

Учреждение образования
«Белорусский государственный педагогический университет
имени Максима Танка»

Факультет естествознания
Кафедра морфологии и физиологии
человека и животных

(рег. № 911-25-2-75-2019)

СОГЛАСОВАНО

Заведующий кафедрой

Жукова И.А.

20.09 2019 г.

СОГЛАСОВАНО

Декан факультета

Науменко Н.В.

20.09 2019 г.

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ
СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА**

для специальности 1 – 86 01 01 – 01 Социальная работа (Социально-педагогическая деятельность)

Составитель: Жукова И.А., кандидат биологических наук, доцент

Рассмотрено и утверждено

на заседании Совета БГПУ 22.09 2019 г., протокол № 2

СОДЕРЖАНИЕ

Пояснительная записка.....	3
Общая характеристика учебно-методического пособия.....	3
1. Теоретический раздел.....	5
1.1. Структура и краткое содержание лекционных занятий.....	5
2. Практический раздел.....	117
2.1. Структура и краткое содержание практических занятий.....	117
3. Раздел контроля знаний.....	123
3.1. Примерные тестовые задания для текущего контроля знаний.....	123
3.2. Темы рефератов.....	137
3.3. Вопросы к зачету.....	137
3.4. Вопросы к экзамену.....	139
4. Вспомогательный раздел.....	141
4.1. Список рекомендуемой литературы.....	141
4.2. Учебная программа дисциплины.....	143

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Значительное количество людей различных возрастов нуждаются в социальной помощи: социальном обеспечении, социальной защите и социальном обслуживании. Поэтому специалист по социальной работе должен обладать необходимыми теоретическими знаниями и практическими навыками для оказания помощи данной категории населения.

Целью учебной дисциплины «Социальная медицина» - дать будущим специалистам по социальной работе теоретические и практические навыки, позволяющие обеспечить социальную медицинскую помощь населению и социальную реабилитацию личности.

Предлагаемый учебно-методический комплекс по социальной медицине представлен в формате структурно-логической модели.

Основной целью при подготовке комплекса было обучить студентов четко определять социально значимые задачи при организации медицинского обслуживания населения отдельного региона и страны. Безусловно, не менее важными задачами, явились развитие креативного мышления при проведении системного анализа основных проблем современной социальной и медицинской науки; обеспечение знаний о таких свойствах и отношениях в реальных ситуациях, которые не могут быть непосредственно восприняты; повышение информационной ёмкости учебных занятий; формирование навыков критического отношения к изучаемому материалу.

Структура учебно-методического комплекса включает:

- теоретический раздел, который включает структуру и краткое содержание лекционных занятий;
- практический раздел, который включает структуру и краткое содержание практических занятий;
- раздел контроля знаний. В нем представлены примерные тестовые задания для текущего контроля знаний, темы рефератов, вопросы к зачету и экзамену;

- вспомогательный раздел содержит список рекомендуемой литературы и учебную программу дисциплины.

В основу подачи материала автор положил лаконичность построения всех разделов, доступность и простоту изложения, материала.

Важно подчеркнуть, что для изучения учебной дисциплины «Социальная медицина» необходимы знания социально-гуманитарных и естественнонаучных дисциплин, общепрофессиональных и специальных дисциплин в рамках типового учебного плана «Социальная работа (Социально-педагогическая деятельность)».

Данный учебно-методический комплекс (УМК) разработан для научно-методического обеспечения дисциплины «Социальная медицина» с целью повышения эффективности преподавания.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

1.1. Структура и краткое содержание лекционных занятий

Тема. Исторические аспекты социальной медицины. Предмет и задачи социальной медицины. Основные методы исследования

План:

1. Основные понятия и определения.
2. Исторические аспекты социальной медицины.
3. Задачи социальной медицины.
4. Основные методы исследований в социальной медицине.
5. Актуальные проблемы социальной медицины.

Исторические и социологические аспекты социальной медицины

Социальные факторы оказывают большое влияние на уровень здоровья и физического развития населения, нередко выступают в роли пускового механизма, дополнительного или обязательного условия для возникновения и развития патологического процесса. Воздействие неблагоприятных факторов социальной среды в значительной степени определяется состоянием организма. В одних случаях организм полностью нейтрализует или значительно ослабляет патологическое воздействие, а в других – негативные социальные условия создают благоприятную основу для усугубления имеющейся предрасположенности к болезням или для дальнейшего развития функциональной недостаточности организма. Благоприятные социальные условия позитивно влияют на состояние здоровья как отдельных членов общества, так и населения в целом, способствуя увеличению продолжительности жизни, снижению заболеваемости и смертности, предупреждению заболеваний.

Социальная медицина – одна из наиболее гуманных сфер общественной практики. Направление деятельности социальной медицины на предупреждение болезней, спасение жизни людей, избавление их от страданий является ярким воплощением гуманистических идей в реальные жизненные ситуации. Социальная медицина призвана служить здоровью и счастью каждого конкретного человека и населения. Социально-медицинская деятельность определяется уровнем социально-экономического развития общества, состоянием культуры, естествознания и техники.

До недавнего времени синонимами понятия «социальная медицина» являлись понятия «социальная гигиена», «социальная гигиена и организация здравоохранения», «медицинская социология», «профилактическая медицина», «общественное здравоохранение», «валеология» и др.

В последнее время наблюдается тенденция к разделению социальной медицины как науки и предмета преподавания на две дисциплины: социальную медицину (готовит специалистов в области общественного здравоохранения и разрабатывает меры по охране здоровья населения) и менеджмент в здравоохранении (готовит специалистов в области управления здравоохранением). Можно предполагать, что в процессе своего развития

социальная медицина и организация здравоохранения изменяют название и направление деятельности.

Социальная медицина непосредственно связана с социальными процессами в обществе, медициной и здравоохранением. Будучи самостоятельной дисциплиной, социальная медицина имеет широкие межпредметные связи, как в структуре медицинских знаний, так и в социальной практике. Она находится на стыке различных наук – медицины, социологии, гигиены, естествознания и др. Основное направление деятельности социальной медицины – профилактическое. Оно охватывает все системы государственных и общественных учреждений с целью профилактики заболеваний, гармоничного развития физических и духовных сил, сохранения работоспособности и долголетия каждого человека.

Основные понятия и определения

Медицина (лат. medicina) – это наука о болезнях человека, их лечении и предупреждении.

Социальная медицина (лат. societas – общество и лат. medicus – лечебный) – область медицины, изучающая влияние социальных факторов на здоровье населения и его охрану (здравоохранение).

Здравоохранение – система государственных и общественных мероприятий, направленных на предупреждение и лечение болезней, укрепление здоровья населения.

Мероприятия по охране здоровья граждан могут осуществляться не только организациями системы здравоохранения, но и другими системами (образования, социального обслуживания).

Гигиена (греч. υγιεινή – здоровый, целебный) – раздел медицины, изучающий влияние условий жизни и труда на здоровье человека и разрабатывающая меры по профилактике заболеваний.

Социальная гигиена изучает влияние разнообразных факторов окружающей среды на здоровье населения и предупреждение заболеваний.

Социально-гигиенический мониторинг – государственная система наблюдения, анализа, оценки и прогноза состояния здоровья населения, а также определения причинно-следственных связей между здоровьем населения и воздействием на него среды обитания.

Предметом социальной медицины является общественное здоровье, а объектом – люди социально дезадаптированные, страдающие хроническими заболеваниями, имеющие физические недостатки или социально значимые болезни.

Исторические аспекты социальной медицины

На рубеже 19-20 вв. медицина начала испытывать влияние социологии, которая в этот период стала одним из актуальных разделов обществоведения.

Впервые термин «социальная медицина» применили французские ученые Рашу и Фарко в середине 19 века. Первая кафедра социальной медицины была организована в 1920 году в Берлинском университете. Возглавил ее известный к тому времени ученый А. Гротьян. В 1922 году аналогичные кафедры были созданы в Московском университете и других учебных

заведениях Советского Союза. В Беларуси становление социальной гигиены как науки произошло с созданием медицинского факультета при Белорусском государственном университете. В 1924 году в составе факультета была открыта кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения.

Первый в мире институт социальной медицины был создан в 1940 году в Оксфорде (Англия). Его возглавил профессор Дж. Рейл. Затем, в течение года были открыты институты социальной медицины в Бирмингеме и Эдинбурге. После Второй мировой войны институт социальной медицины был открыт в США при Нью-Йоркской медицинской академии.

Сегодня социальная медицина в Республике Беларусь представлена Белорусским центром медицинских технологий, информатики и экономики здравоохранения (БелЦМТ) и кафедрами социальной гигиены и организации здравоохранения в пяти медицинских ВУЗах и кафедрой общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО.

Современная социальная медицина – это наука, определяющая стратегию и тактику здравоохранения и медико-социальные задачи социальных служб, направленные на подъем уровня здоровья населения.

Задачи социальной медицины. Социальная медицина изучает почти все аспекты жизнедеятельности человека, а конкретными задачами являются:

1. Изучение и оценка влияния социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения и разработка мер по исключению или уменьшению негативного влияния.

2. Теоретическое обоснование социальной политики государства в области охраны здоровья населения и разработка организационных принципов здравоохранения в стране.

3. Социально-гигиеническое воспитание и обучение населения, проведение идеологии здорового образа жизни.

4. Подготовка и воспитание медицинских и социальных работников всех направлений деятельности в области социальной медицины.

5. Сохранение и защита здоровья населения при любых социально-экономических и идеологических господствующих ценностях, при любых социальных, технических и природных чрезвычайных ситуациях

Основные методы исследований в социальной медицине.

Методы исследований в социальной медицине отличаются разнообразием, отражающим знания в области медицины, социологии, математической статистики, экономики, информатики и др.

Статистический метод изучает количественные изменения в развитии человеческого общества. Применительно к социальной медицине он позволяет определить основные показатели здоровья населения и работы медицинских и социальных учреждений, а также выявляет влияние различных факторов внешней среды на здоровье людей.

Исторический метод позволяет сопоставить прошлое с настоящим состоянием общественного здоровья и рационально планировать развитие социальной медицины. За прошедшие тысячелетия развития человеческого

общества накоплены огромные знания в различных областях жизнедеятельности, которые следует использовать для сохранения здоровья населения.

Метод экспериментов позволяет определить оптимальные формы и методы работы. Это попытка проверить и оценить эффективность новых форм организации медико-социального обслуживания населения. При этом приобретается опыт с наименьшими экономическими и социальными потерями.

Метод экспертных оценок – это привлечение опытного специалиста для дачи заключения (высказывания своего мнения) по поводу вопросов, касающихся состояния и направлений развития социальной медицины, в частности по оценке динамики показателей здоровья населения.

Метод экономических исследований позволяет определить влияние экономики страны и региона на здравоохранение и социальное обслуживание населения, а также влияние медико-социального обслуживания на экономику.

Социологический метод позволяет получить информацию из первых уст, т.е. непосредственно от населения путем опросов, анкетирования, анализа обращений граждан в различные государственные и общественные организации. На основании полученной информации можно определить отношение людей к здоровому образу жизни и к своему здоровью, удовлетворенность системой медико-социального обслуживания и др.

Медико-географический метод позволяет оценить состояние здоровья населения и уровень медико-социальной помощи в различных регионах. Исследования проводятся как в регионах с одинаковыми этническими, экологическими и экономическими условиями, так и в регионах, значительно отличающихся между собой по указанным критериям.

Метод анализа данных, полученных в результате приведенных исследований позволяет получить полную информацию о влиянии внешних факторов и условий на здоровье населения и состояние медико-социального обслуживания населения.

Актуальные проблемы социальной медицины.

Современные технологии и методология позволили определить наиболее эффективные направления развития социальной медицины, и прежде всего, социально-профилактическое направление как генеральную линию государства в области охраны и улучшения здоровья народа, как совокупность социально-экономических и медицинских мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний, искоренение самих причин болезней, оздоровление условий труда и быта, создание условий для здорового образа жизни населения. Эта методология дала возможность разработать четкую и действенную стратегию борьбы за улучшение здоровья народа, определить узловые, актуальные проблемы социальной медицины:

1. Изучение влияния социальных условий и образа жизни на здоровье населения.
2. Охрана материнства и детства.
3. Совершенствование медицинской помощи юношам и девушкам (призывной молодежи).
4. Развитие специализированных видов помощи.
5. Интеграция в здравоохранении и развитие первичной медико-санитарной помощи.
6. Совершенствование стандартов медицинской помощи.
7. Совершенствование медицинской помощи ликвидаторам катастрофы на ЧАЭС и участникам боевых действий.
8. Дальнейшее развитие гериатрической службы.
9. Развитие трансплантологии.
10. Инфекционная безопасность населения.
11. Контроль за безопасностью продуктов питания.
12. Ориентация на меры по улучшению экологической ситуации.
13. Разработка санитарно-эпидемиологических аспектов социальной медицины.
14. Разработка комплексных программ по снижению неинфекционных заболеваний.
15. Совершенствование стационарзамещающих технологий.
16. Медико-социальные аспекты лекарственной политики.
17. Паллиативная медицина и работа хосписов.
18. Больницы сестринского ухода и медико-социальные отделения.
19. Совершенствование медико-социального обслуживания в центрах социального обслуживания населения.
20. Борьба с наркоманией.
21. Взаимодействие с общественными медицинскими объединениями.
22. Подготовка кадров.
23. Биоэтика.
24. Развитие сети платных медицинских услуг, медицинского страхования.
25. Подготовка отдельных групп населения по оказанию первой помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

По мере развития социально-экономических условий и здравоохранения, роста кадрового и материально-технического потенциала, все более усложняются задачи, появляются новые проблемы, которые требуют адекватного реагирования и решения. Курс социальной политики государства направлен на обеспечение достойного уровня благосостояния народа и сделать каждого человека здоровым и счастливым.

ВОЗ рекомендует странам-членам развивать следующие направления охраны здоровья населения: 1) укрепление здоровья; 2) профилактика заболеваний; 3) лечение заболеваний; 4) реабилитация. Только успешная деятельность по всем направлениям обеспечит выполнение всех задач по

обеспечению общественного здоровья. При этом лечение заболеваний (направление №3) обеспечивается Министерством здравоохранения, а остальные три в значительной мере относятся также к Министерству образования и Министерству труда и социальной защиты. Э.И Зборовский приводит основные направления деятельности, обеспечивающие общественное здоровье.

Укрепление здоровья:

- здоровое начало жизни;
- рациональное и сбалансированное питание;
- физическая активность;
- психоэмоциональная устойчивость;
- духовно-нравственное совершенствование;
- включение возможностей энергетики;
- ассимиляция опыта гениалогии;
- подчинение Зову собственной конституции и темперамента.

Профилактика заболеваний:

- здоровый образ жизни как основа физического, духовного и социального благополучия;
- минимизация неблагоприятных экологических, производственных, бытовых факторов;
- профилактика инфекционных и профессиональных заболеваний, врожденных дефектов и травм;
- рациональное питание;
- реализация факторов концепции неинфекционных заболеваний;
- контроль социальных детерминант здоровья.

Лечение заболеваний:

- комплексная деятельность учреждений системы Министерства здравоохранения.

Реабилитация личности:

- медицинская;
- медико-профессиональная;
- профессиональная и трудовая;
- социальная.

Как видно из приведенных данных, значение социальной медицины в пределах социальной работы заключается в обеспечении качества жизни населения, социального благополучия и снижения факторов риска и последствий болезней, которые ведут к ограничению жизнедеятельности и социальной недостаточности (инвалидности).

Тема. Характеристика показателей здоровья

План:

1. Основные понятия и определения.
2. Индивидуальное и общественное здоровье населения и факторы его определяющие.
3. Факторы риска, определяющие здоровье населения РБ.

4. Современные подходы к профилактике болезней

Здоровье населения и факторы его определяющие

В современной литературе существует более ста определений здоровья. Основные подходы к определению понятия «здоровье»: здоровье – это отсутствие болезней; однозначность понятий здоровье и норма; здоровье – это совокупность структурных и функциональных, психоэмоциональных и социально-экономических показателей. Во всех указанных подходах здоровье рассматривается как категория, противоположная болезни. Сейчас, наряду с давно существующей теорией патологии успешно развивается теория здоровья – валеология – наука о здоровье, содержащая рекомендации о правильном питании, оптимальном режиме дня, трудовых, спортивных и иных нагрузках, об отношениях человека с окружающей средой и т.п.

Уровень индивидуального и общественного здоровья определяется рядом факторов, обусловленных социальными условиями жизни. В свою очередь, социальные условия жизни зависят от позиции государства по вопросам, связанным с охраной здоровья населения, – наличие соответствующего законодательства, государственных и общественных институтов, политики в области здравоохранения, поддержки семьи. В настоящее время улучшение здоровья населения как главного показателя качества жизни, является одним из приоритетных направлений развития нашего общества.

Основные понятия и определения

Болезнь – ограничение жизнедеятельности организма человека за счет нарушения адаптации к изменению внутренней и внешней среды.

Здоровье – состояние физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Здоровье населения – физическое, психическое и социальное благополучие людей, осуществляющих свою жизнедеятельность в определенных социальных условиях.

Здоровый образ жизни – благоприятные условия жизнедеятельности человека, соответствующие уровню его культуры и гигиенических навыков, позволяющие сохранять и укреплять здоровье, предупреждать его нарушения и поддерживать оптимальное качество жизни.

Общественное здоровье – физическое, репродуктивное, психическое и духовное здоровье, измеряемое показателями здоровья населения.

Профилактика – предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях.

С этой точки зрения выделяют первичную, вторичную и третичную профилактику.

Первичная профилактика – вмешательства, направленные на предупреждение болезней, обычно за счет устранения их причин.

Вторичная профилактика – мероприятия, направленные на замедление или остановку развития заболеваний у больных.

Третичная профилактика – мероприятия, направленные на предотвращение осложнений заболевания после того, как болезнь проявилась.

Профилактическая программа – четкое определение целей, задач и направлений деятельности по профилактике болезней и укреплению здоровья.

Факторы риска – опасные для здоровья факторы биологического, генетического, экологического, социального и поведенческого характера, окружающей среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход.

Индивидуальное и общественное здоровье населения.

Индивидуальное здоровье учитывает самочувствие индивидуума, наличие у него заболеваний, физическое состояние, трудоспособность, выполнение бытовых обязанностей и другие аспекты жизнедеятельности. Таким образом, индивидуальное здоровье – это здоровье отдельного человека и определяется структурно-функциональными показателями при условии отсутствия болезней и физических дефектов.

Общественное здоровье (здоровье населения) определяется демографическими показателями, показателями физического развития и образа жизни, заболеваемостью населения.

Демографические показатели: численность населения, структура населения по полу, возрасту, месту жительства, воспроизводство населения (родившиеся, умершие, естественный прирост), ожидаемая продолжительность жизни при рождении, браки и разводы, смертность, миграция (иммиграция и эмиграция).

Показатели здоровья населения: заболеваемость, инвалидность, профессиональная заболеваемость, смертность.

Показатели физического развития и образа жизни населения: антропометрические, соматоскопические, функциональные, табакокурение, алкоголизация, распространенность ожирения.

Факторы, определяющие здоровье населения.

Образ жизни влияет на состояние здоровья на 50-55%. Наследственность определяет состояние здоровья на 15-20%, экологическая обстановка – на 15-20% и 10-15% зависит от эффективности работы органов и учреждений здравоохранения.

Следует уточнить, что при учете воздействия на здоровье населения санэпидмероприятий, вакцинации и антибиотикотерапии тяжелых заболеваний, последний показатель (работа органов и учреждений здравоохранения) имеет гораздо большее значение.

Факторы риска заболеваний.

Факторы риска определяют повышенную вероятность развития неблагоприятного события (заболевания), а его величина – уровень этой вероятности.

Классификация: 1) Первичные большие факторы риска (курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание, гиподинамия,

психоэмоциональный стресс); 2) Вторичные большие факторы риска (сахарный диабет, артериальная гипертензия, дислипидемия, иммунодефициты и др.).

Группы риска – это часть населения, предрасположенные к различным заболеваниям. Группы по демографическим признакам: дети, старики, одинокие, мигранты. Группы профессионального риска – рабочие вредных для здоровья производств. Группы риска по признакам функционального или патологического состояния: беременные, недоношенные дети, лица с генетическим риском, аномалиями, инвалиды с детства. Группы риска по низкому материальному уровню жизни: бедные, безработные, бомжи. Группа риска по девиантному поведению: злоупотребляющие алкоголем, наркоманы, токсикоманы, проститутки, лица с сексуальными девиациями, с отклонениями в психической сфере и поведении.

Образ и условия жизни населения РБ.

Образ жизни – определенный тип деятельности человека в материальной и нематериальной средах.

Условия жизни – факторы, обуславливающие образ жизни.

Здоровье и продолжительность жизни населения в значительной мере определяются образом и условиями жизни, среди которых большое значение придается наличию факторов риска.

Факторы риска у населения РБ.

Злоупотребление алкоголем – одна из важнейших проблем населения РБ. На каждого взрослого жителя в среднем приходится по 11-13 литров чистого спирта в год. Это меньше, чем в России (18 литров), но больше, чем в большинстве стран Европы, включая Польшу. Особенность потребления алкоголя состоит в том, что преимущественно потребляются крепкие алкогольные напитки, являющиеся важным фактором риска заболеваний и преждевременной смерти. В последние десятилетия резко увеличилось потребление пива, что также негативно сказывается на здоровье населения РБ.

Табакокурение. В Беларуси, как и во всем мире, потребление табака увеличилось в последнее десятилетие XX века за счет женщин и подростков. Доля курящих в стране достигает 40% среди взрослого населения. Следует признать, что в последние годы число курящей молодежи несколько уменьшилось благодаря выполнению госпрограмм по борьбе с курением и формированию негативного отношения к курению в обществе. Курение вызывает рост заболеваний сердечнососудистой системы, органов дыхания и многих онкологических болезней. При этом почти половина преждевременных смертей мужчин от болезней системы кровообращения связаны с табакокурением. К слову, в Королевстве Таиланд на каждой пачке сигарет имеются яркие и эмоционально отвратительные фотографии последствий курения, например, запущенный рак полости рта. Курящих на улице там найти очень трудно. Следует подчеркнуть, что курение является предотвращаемым фактором риска заболеваний и преждевременных смертей.

Употребление наркотиков. За последние два десятилетия число лиц, потребляющих наркотики, увеличилось в 5-6 раз. Это связано с большим поступлением их в РБ и созданием новых дизайнерских наркотиков.

Высокое артериальное давление – один из главных факторов риска в развитии ишемических болезней сердца и острых нарушений мозгового кровообращения. В Республике Беларусь артериальная гипертензия (АГ) регистрируется у каждого пятого среди взрослого населения. Однако реальная ее распространенность может быть выше. Ситуация усугубляется тем, что около 1/2 из всех гипертоников не знает о повышении у них АД, а около 1/2 из тех, кто знает – не лечатся и около 1/2 из тех, кто лечатся – лечатся неправильно.

Таким образом, своевременное выявление и снижение повышенного АД в диапазон нормы может предотвратить ряд смертельно опасных осложнений.

Гиперхолестеринемия регистрируется у 50-55% взрослого населения РБ. Эта ситуация угрожает развитием атеросклероза и формированием ишемической болезни сердца, а также поражением артерий головного мозга и почек. Поскольку высокий уровень холестерина является одной из четко установленных причин развития атеросклероза, то снижение уровня холестерина всего на 1% ведет к снижению риска развития ИБС на 2,5%.

Несбалансированное питание. Особенностью питания белорусов является избыточное потребление животных жиров (сало) и углеводов (картофель, хлеб, варенье с высоким содержанием сахара). В РБ отмечается недостаточное употребление в пищу овощей и фруктов. Существует нехватка овощей и фруктов в питании населения страны, дефицит некоторых микроэлементов (йод, железо и др.). В последние десятилетия дефицит йода компенсируется йодированием продуктов питания.

Указанные особенности питания влияют на развитие сердечнососудистых, эндокринных и онкологических заболеваний.

Малоподвижный образ жизни усугубляет проблему несбалансированного питания. Как и во многих европейских странах, у населения РБ отмечается низкий уровень физической активности (у 75-80% мужчин и у 77-82% женщин). Четко установлено, что регулярная умеренная физическая нагрузка (ходьба на расстояние 5-7 км 4-7 раз в неделю) снижают вероятность развития ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, сахарного диабета и других заболеваний.

Ожирение и избыточная масса тела неблагоприятно влияют на функцию всех систем организма, являются причиной многих заболеваний. В Беларуси, как и в большинстве стран Европы и США, 40-60% взрослого населения имеют избыточную массу тела. В прошлые столетия, когда на территории современной Беларуси была высокая заболеваемость и смертность от туберкулеза (сухоты), полнота считалась признаком здоровья, и человек с избыточной массой тела признавался здоровым и красивым. Это наложило свой отпечаток на питание населения, а блага современной цивилизации привели к гиподинамии.

Сахарный диабет вызывает поражение сосудистой и нервной системы и развитие ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, нарушений мозгового кровообращения, почечную недостаточность, поражение центральной и периферической нервной системы, и, в конечном итоге, преждевременную смерть. Распространенность сахарного диабета среди населения Беларуси составляет более 2,6%. При этом, в большей степени этот показатель увеличился за счет диабета II типа (инсулиннезависимого).

Экологические факторы и условия труда на производстве.

- Экологическая обстановка по Брестской области. Там ежегодно образуется 1,5 тысяч тонн промышленных токсических отходов. Ежедневно сбрасывается в реки до 25 тысяч кубометров грязных стоков. Ежегодно производством и автотранспортом в атмосферу выбрасывается 330 тысяч тонн вредных веществ.

- Экологическая обстановка по Витебской области. Общий объем сточных вод за год – 286,6 млн. кубометров. Валовой выброс вредных веществ за год – 230,8 тысяч тонн. Основные загрязнители: ПО «Полимер», ПО «Нафтан», ПО «Стекловолокно», ПО «Керамика», ПО «Монолит», Витебская ТЭЦ.

- Экологическая обстановка по Гомельской области. Валовой выброс вредных веществ в атмосферу от предприятий и автотранспорта за год 414,1 тысяч тонн.

- Экологическая обстановка по Гродненской области. Валовой выброс вредных веществ в атмосферу за год составляет 63,6 тысяч тонн, общий выброс сточных вод составляет 148 миллионов кубометров. Основные загрязнители атмосферы: ПО «Азот», ПО «Волковыскцементшифер», ПО «Мостодрев», ТЭЦ-2.

- Экологическая обстановка по Могилевской области. Выброс вредных веществ в атмосферу за год составляет 158,3 тысяч тонн, общий выброс сточных вод составляет 196 миллионов кубометров. Основные загрязнители атмосферы: ПО «Могилев-энерго», ПО «Химволокно», ТЭЦ-1 и ТЭЦ-2.

- Экологическая обстановка по городу Минску. Основные загрязнители воздуха: Минский тракторный и Минский автозаводы, ТЭЦ-и ТЭЦ-4.

- Экологическая обстановка по Минской области определяется градообразующим предприятием «Солигорский калийный комбинат», Борисовским заводом автотракторного электрооборудования, предприятиями городов: Молодечно, Слуцк, Вилейка.

Медицинская активность населения. Как известно, за своим здоровьем должен следить каждый человек самостоятельно. Поэтому здоровье определяется и самостоятельной медицинской активностью: санитарной грамотностью, обращаемостью в медицинские учреждения, выполнением медицинских рекомендаций, ведением здорового образа жизни.

Таким образом, медицинская активность населения является обязательным условием образа жизни и неотъемлемой частью успешного

претворения в реальную жизнь всех государственных программ по улучшению здоровья населения.

Современные подходы к профилактике болезней.

Формирование здорового образа жизни является приоритетной задачей для государственных и общественных организаций РБ. Здоровый образ жизни – это жизнедеятельность человека, соответствующая медико-гигиеническим нормам. Многие специалисты выделяют 10 основных правил здорового образа жизни.

1. Соблюдение правил гигиены труда и техники безопасности.
2. Владение приемами психологической самопомощи.
3. Отказ от курения и злоупотребления алкоголем.
4. Оптимальная физическая активность.
5. Сбалансированное питание.
6. Своевременное обращение за медицинской помощью.
7. Умение оказать первую помощь при травмах и внезапных ухудшениях состояния здоровья.
8. Поддержание нормальной массы тела.
9. Снижение социального и профессионального стресса.
10. Поддержание на оптимальном уровне семейного климата и внутрисемейных отношений.

Основной задачей в РБ является профилактика болезней, сохранение и укрепление индивидуального здоровья путем расширения его возможностей приспособления к изменяющимся факторам среды, совершенствования механизмов здоровья.

В Республике Беларусь принята Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы (Приложение №1) в которой предусмотрены конкретные меры по улучшению здоровья всего населения страны и улучшение демографического потенциала (Приложение).

Демография (др. греч. Δῆμος - народ, γράφω – пишу) – наука о закономерностях воспроизводства населения в общественно-исторической обусловленности этого процесса. По материалам статистики демография изучает воспроизводство населения в целом и его компоненты как массовые социальные процессы, их количественные взаимосвязи с возрастно-половой структурой населения, зависимости от социальных и экономических явлений, характер взаимодействия роста населения с общественным развитием. Особенно тесно демография связана с социальной медициной, что объясняется важной ролью демографических знаний в изучении здоровья населения и заболеваемости. Показатели смертности, средней продолжительности жизни, которые обосновывает и анализирует демография, служат, наряду с данными о заболеваемости и физическом развитии, важной характеристикой состояния здоровья населения и эффективности мер по его охране. Сравнительный анализ демографических процессов в группах населения, дифференцированных по социально-

экономическим признакам, природно-климатическим или культурно-бытовым условиям жизни, позволяют выявить влияние на частоту распространения заболеваний, факторов риска.

Для медико-социальных исследований имеют значение не только результаты, но и методы демографического исследования и анализа.

Демографическая статистика – область статистика, занимающаяся сбором, обработкой и анализом данных о численности, составе, размещении и воспроизводстве населения страны. Основным источником данных о населении служат переписи населения, текущая регистрация рождений, смертей, браков, разводов и миграций (прибытие на жительство и выбытие).

Демографические показатели – это общий коэффициент рождаемости, смертности, ожидаемой продолжительности жизни.

Численность и состав населения.

Население – совокупность людей, проживающих на определенной территории (деревня, город, район, область, страна).

Перепись населения – это процесс сбора, обобщения, анализа демографических показателей обо всем населении, проживающем в определенный момент времени на определенной территории.

Согласно рекомендациям ООН, перепись населения должна проводиться раз в 10 лет. В границах современной Беларуси до этого она проходила 9 раз: в 1897, 1926, 1937, 1959, 1970, 1979 и 1989 годах. Переписи не было только в 1949 году – не хотели показывать истинные потери Второй мировой войны и в 1969 году – из-за тяжелой экономической ситуации. В истории современной Беларуси было две переписи: в 1999 и 2009 годах.

По материалам первой переписи (1999 год), распределение населения по национальности составило: все население – 10045000, в том числе, белорусы – 8159100, русские – 1141700, поляки – 395700, украинцы – 237000, евреи – 27800 человек.

По данным переписи 2009 года, население Республики Беларусь составило 9503807 человек, в том числе белорусы – 83,7%, русские – 8,3%, поляки – 3,1%, украинцы 1,7%, другие национальности – 0,9%. В десятку наиболее многочисленных национальностей РБ кроме белорусов, русских, украинцев, поляков, также входят евреи, армяне, татары, цыгане, азербайджанцы, литовцы. На территории Беларуси проживает постоянно около 140 национальностей и народностей.

Пробная перепись населения пройдет в 2017 году. Как правило, пробная перепись населения проводится за два года до основной переписи. Технология проведения переписи в Беларуси отработана, однако, последняя перепись проведена с помощью бумажных носителей. В настоящее время все страны мира переходят на использование планшетных компьютеров и сети Интернет. В будущей переписи населения РБ будут использованы планшетные компьютеры.

Основные требования при проведении переписи:

- 1) охват всего населения;

- 2) единая программа для всего населения;
- 3) поимённость при сборе информации (при обработке обезличивается);
- 4) личный опрос каждого взрослого в месте фактического проживания;
- 5) соблюдение тайны переписи;
- 6) публикация демографических, экономических и социальных данных обо всем населении.

Анализ результатов переписи. Все данные группируются в таблицы. Затем проводится анализ численности и структуры населения. Определяются, как правило, следующие показатели:

- численность населения на определенной территории;
- плотность населения (по административным единицам);
- половозрастная структура;
- средний возраст живущего населения;
- доля трудоспособного населения;
- доля населения старше трудоспособного возраста;
- доля населения моложе трудоспособного возраста;
- коэффициент демографической старости;
- коэффициент урбанизации.

Воспроизводство населения определяется по полученным данным о рождаемости, смертности, ожидаемой продолжительности жизни, младенческой и материнской смертности и смертности по классам причин.

Рождаемость – процесс рождения детей в некоторой совокупности людей. Влияет на воспроизводство населения и замену поколений. Оптимальное число детей, рожденных, в среднем, от одной женщины за весь репродуктивный период для замещения поколений должно составлять больше 2,1.

Смертность – процесс вымирания поколения (складывается из массы единичных смертей, наступающих в любом возрасте).

Младенческая смертность детей первого года жизни определяется по числу случаев на 1000, рожденных живыми.

Материнская смертность – смерть женщины в период беременность или в течение 42 дней после ее окончания.

Смертность по классам причин. Коэффициенты смертности по причинам смерти вычисляются как отношение числа умерших от указанных причин к среднегодовой численности населения по текущей оценке.

Динамика населения.

Вся динамика населения складывается из естественного, миграционного и социального движения населения.

Естественное движение населения (смена поколений людей) учитывает все рождения и смерти в совокупности населения на определенной территории в определенный календарный период времени.

Естественный прирост – разность между числом родившихся и умерших.
Естественная убыль – разность между числом умерших и родившихся.

Естественное движение населения зависит от уровня рождаемости, смертности и от численности населения (женского).

Иммиграция (лат. immigration – переселение) – въезд на постоянное жительство в какую-либо страну.

Эмиграция (лат. emigration – выселение) – переселение людей из страны, где они жили, в другую страну по политическим, экономическим, религиозным и другим причинам и проживание там после переселения.

Внутренняя миграция – переселение из села в город и межрайонные переселения. Миграционные потоки, как правило, ориентированы из менее развитых регионов в более развитые. Большой миграционной активностью обладают люди молодого возраста, одинокие, мужчины, высокообразованные.

Карусель миграции, например, из Молдовы в Румынию, из Румынии во Францию, Италию, Германию, а оттуда в США, Канаду, Новую Зеландию, Австралию.

Социальное движение (социальная мобильность) – переход людей по социальным группам (колхозники-рабочие), профессиям, уровню образования и т.д.

Брачность и разводимость населения.

Брачность и разводимость непосредственно не влияют на численность населения, но в значительной степени определяют рождаемость.

Брачность – процесс вступления в брак и прекращение брака в результате смерти одного из супругов или развода.

Разводимость – расторжение официально зарегистрированного брака. Не учитывается расторжение официально не зарегистрированных браков. Сведения о заключении и расторжении брака основаны на информации органов записи актов гражданского состояния (ЗАГС).

Коэффициент брачности и разводимости – отношение соответственно числа заключенных и расторгнутых в течение года браков к среднегодовой численности населения.

Демография тесно связана с рядом других наук: социологией, экономикой, этнографией, социальной медициной и др. Однако демография не исследует самих отношений, а устанавливает их влияние на естественное и механическое движение населения и обратное влияние демографических процессов на эти отношения.

Особенно тесно демография связана с социальной медициной, что объясняется важной ролью демографических процессов в формировании здоровья населения и заболеваемости. Показатели смертности, средней продолжительности жизни служат, наряду с данными о заболеваемости и физическом развитии, важной характеристикой состояния здоровья населения и эффективности здравоохранения. Анализ демографических процессов в группах населения, отличающихся по социальным, экономическим признакам, по климатическим и культурно-бытовым условиям жизни, позволяет установить влияние этих факторов на распространенность и частоту различных заболеваний. Установление

особенностей брачно-семейных отношений позволяет понять, какое влияние оказывают условия жизни и семейные отношения на состояние здоровья людей, а понимание репродуктивных процессов имеет большое значение для планирования медико-социальных служб и учреждений образования. Все более широкое применение в планировании всей социальной сферы приобретает демографический прогноз, основанный на результатах демографической статистики.

Тема. Классификация болезней, структура заболеваемости населения, основные инфекционные заболевания

План:

1. Основные понятия и определения.
2. Международная классификация болезней (МКБ-10).
3. Заболеваемость по обращаемости в ЛПУ и по данным медицинских осмотров.
4. Заболеваемость важнейшими социально-значимыми заболеваниями.

В настоящее время различают здоровье населения (общественное здоровье) и здоровье индивида (индивидуальное здоровье). Общественное здоровье отражает здоровье индивидуумов, из которых состоит общество, а индивидуальное здоровье – это здоровье отдельного человека.

Для оценки общественного здоровья используют следующие показатели:

- 1) демографические: рождаемость, смертность, среднюю продолжительность предстоящей жизни;
- 2) заболеваемость (общая, по возрастным группам, отдельных групп населения, с временной утратой трудоспособности и т.д.);
- 3) инвалидность (общую, первичную, по возрасту, по причинам);
- 4) уровень физического развития.

Основные понятия и определения.

Заболеваемость – это распространенность болезней среди населения. Определяется по числу случаев заболеваний, зарегистрированных в ЛПУ в течение года.

Первичная заболеваемость – установление диагноза больному впервые в жизни в этом году.

Общая заболеваемость – учитываются все случаи заболеваний, которые были диагностированы в прошлом и послужили поводом для обращения в данном году.

Распространенность – это отношение числа лиц с зарегистрированным заболеванием к числу всех лиц, проживающих в районе.

Анализ заболеваемости проводят по отдельным группам болезней, по обращаемости в ЛПУ, по данным медосмотров, по социально значимым и инфекционным болезням, по заболеваемости отдельных групп населения (дети, подростки, старики и др.).

Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем – официальный документ, используемый как основная

классификационная система в здравоохранении. Пересматривается раз в десять лет под руководством Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Международная классификация болезней (МКБ) обеспечивает единство методических подходов и сопоставимость материалов, поступающих из различных стран. В настоящее время действует Международная классификация болезней Десятого пересмотра (МКБ-10). Проводится 11 пересмотр, который будет завершен в 2018 году.

В РБ в настоящее время используется МКБ-10, в которой выделены следующие 20 классов заболеваний и причин смерти:

- инфекционные и паразитарные болезни;
- новообразования;
- болезни крови и кроветворных органов;
- болезни эндокринной системы;
- психические расстройства;
- болезни нервной системы;
- болезни глаза и его придатков;
- болезни уха;
- болезни системы кровообращения;
- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения;
- болезни кожи;
- болезни костно-мышечной системы;
- болезни моче-половой системы;
- осложнения беременности и родов;
- состояния в перинатальном периоде;
- врожденные аномалии;
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, не классифицируемые в других рубриках;
- травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних факторов.

Заболеваемость по обращаемости в ЛПУ.

Сведения об обращаемости населения в ЛПУ являются основным источником данных о заболеваемости. Каждое обращение за медицинской помощью регистрируется в статистическом талоне уточненных диагнозов. На основании этих сведений формируются показатели первичной и общей заболеваемости.

В последние десятилетия заболеваемость населения РБ увеличилась, прежде всего, за счет роста доли пожилого населения и более полной выявляемостью заболеваний с помощью новых методов диагностики. Следует отметить, что реальная заболеваемость, требующая медицинской помощи, выше, чем регистрируемая. Это связано с тем, что часть больных людей по разным причинам не обращаются за медицинской помощью.

Заболеваемость по данным медицинских осмотров, картам выбывших из стационара и причинам смерти.

Медицинские осмотры способствуют наиболее ранней диагностике заболеваний и своевременному началу лечения и профилактических мероприятий. При комплексных медицинских осмотрах выявляется наибольшее число хронических заболеваний. Комплексные медицинские осмотры увеличивают показатели заболеваемости почти вдвое.

Скрининг – массовое обследование лиц, не считающих себя больными, для выявления скрыто протекающих заболеваний или других состояний (факторов риска). Обычно проводится с помощью дешевых, простых, неинвазивных диагностических процедур, имеющих высокую диагностическую чувствительность. Например, измерения АД у всех взрослых жителей населенного пункта или определения уровня глюкозы в крови с помощью глюкометра у сотрудников кондитерской фабрики и др.

Медицинские осмотры могут быть целевыми, периодическими (диспансерными) и предварительными (профилактическими).

Предварительные медицинские осмотры проводятся при приеме на работу или учебу для определения соответствия состояния здоровья требованиям профессии или обучения.

Периодические медицинские осмотры проводятся для наблюдения за состоянием здоровья работающих во вредных условиях труда.

Предварительные и периодические медицинские осмотры регламентируются приказами МЗ РБ, которые определяют, кто подлежит осмотрам и объем исследования.

Целевые медицинские осмотры проводятся для выявления социально значимых заболеваний (артериальная гипертензия, туберкулез, онкологические заболевания, сахарный диабет и др.). Результаты таких осмотров определяют проведение лечебных и профилактических мероприятий. Такие осмотры требуют значительных материальных затрат. Более экономным и эффективным целевым осмотром является скрининг.

Заболеваемость, определяемая по другим источникам.

Госпитальная заболеваемость – это случаи сложных для диагностики и лечения заболеваний. Учитывается по картам выбывших из стационара.

Заболеваемость по причинам смерти отражает те заболевания, по поводу которых человек не обращался за медицинской помощью. Такие данные получают в результате патолого-анатомических и судебно-медицинских вскрытий.

Заболеваемость по результатам исследований научных работников. Они проводятся для изучения особенностей отдельных заболеваний (распространенности, диагностики, лечения), для выявления предболезни или факторов риска заболеваний. Результаты этих исследований учитываются не всегда.

Заболеваемость важнейшими социально-значимыми заболеваниями.

Социально-значимые заболевания (туберкулез, злокачественные, венерические заболевания, ВИЧ-инфекция, наркомания, психические

заболевания) учитываются по специальным извещениям, которые отправляются в специализированные диспансеры сразу после установления диагноза. Сведения о распространенности этих заболеваний позволяют внести коррективы в проводимые профилактические мероприятия.

Туберкулез в Республике Беларусь в последние два десятилетия продолжает оставаться распространенным заболеванием, наносящим значительный ущерб здоровью населения и экономике страны. С 1991 по 2005 гг. уровень заболеваемости туберкулезом увеличился на 65,4% (с 30,0 до 51,1 на 100 тыс. населения), а уровень смертности - в 2,8 раза (с 4,3 до 12,1 на 100 тыс. населения). С 2005 по 2010 гг. наметилась положительная динамика эпидемиологических показателей: уровень заболеваемости снизился на 13,9% (с 51,1 до 44,0 на 100 тыс. населения). Эта положительная динамика продолжается и сейчас.

Ежегодно в Республике Беларусь заболевают туберкулезом 4,5 тыс. человек, из них 79,4% трудоспособного населения, а умирают около 1000 человек (81,3% - лица трудоспособного возраста). Уровень смертности обусловлен высоким удельным весом остро прогрессирующих форм этого заболевания, а также наличием значительного контингента социально дезадаптированных лиц с хроническими лекарственно устойчивыми формами туберкулеза.

Экономические потери общества, связанные с туберкулезом, обусловлены как высокой стоимостью лечения, так и длительной, а зачастую и полной утратой трудоспособности.

Заболеваемость онкологическими заболеваниями населения Республики Беларусь непрерывно увеличивается. Так, число больных с впервые в жизни установленным диагнозом за 10 лет (с 1990 до 2000 г.) увеличилось на 5878, а с 2000 до 2010 г. - на 10490, т.е. почти в 2 раза, причем, заболеваемость населения Гомельской области превосходит показатели других регионов. По локализации злокачественных новообразований у населения Беларуси привлекает внимание увеличение злокачественных новообразований полости рта (включая язык и глотку), прямой кишки, бронхолегочной системы, шейки матки, молочной железы (на 71%), кожи (на 269%), злокачественных новообразований кроветворной и лимфоидной ткани.

Смертность населения Республики Беларусь от злокачественных новообразований возрастает из года в год, несмотря на успехи раннего выявления и лечения. Так, число умерших на протяжении 20 лет (с 1990 по 2010 гг.) непрерывно увеличивалась с 146,9 до 186,0 на 100 тыс. населения. При этом показатели смертности среди сельского и городского населения изменялись параллельно.

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) - различные по этиологии и клиническим проявлениям инфекционные заболевания, объединенные в одну группу по способу заражения - преимущественно половым путем. К ИППП относятся: сифилис, гонорея, мягкий шанкр, уrogenитальный хламидиоз, микоплазменная инфекция уrogenитального тракта, уrogenитальный трихомониаз, уrogenитальный кандидоз,

бактериальный вагиноз, урогенитальный герпес, папилломовирусная инфекция урогенитального тракта, острый вирусный гепатит В, эктопаразитарные инфекции.

Социальное значение ИППП определяется их распространенностью, тяжестью последствий для здоровья заболевших, опасностью для общества, снижением репродукции. С одной стороны, вызывает беспокойство появление новых ИППП и резкое омоложение носителей (подростки), а с другой стороны, рост ИППП повышает вероятность распространения ВИЧ-инфекции. В современном обществе с массовой миграцией населения и возможностью лечения ИППП вне официальной медицины, возникли трудности в регистрации и контроле этих заболеваний.

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежедневно в мире заражается ВИЧ 16 тыс. человек, из них 10% дети, 40% женщины и 50% мужчины. Среди зараженных женщин и мужчин, 50% составляют люди в возрасте 15-25 лет. Ежегодно в Беларуси заражается ВИЧ 500-700 человек, т.е. примерно 2-3 человека в день. Основной причиной заражения по-прежнему являются инъекционное введение наркотиков и сексуальные контакты. Развитию эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь способствует неблагоприятная эпидситуация по ИППП и увеличение количества потребителей наркотиков. Реальное количество граждан Беларуси, инфицированных ВИЧ, предположительно, в 2-3 раза превосходит данные официальной статистики и составляет 13-18 тысяч человек. ВИЧ-инфекция распространяется преимущественно среди женщин и поэтому увеличивается число детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. В Беларуси создана трехуровневая система лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции, позволяющая успешно выявлять инфицированных.

Заболеваемость инфекционными заболеваниями учитывается путем заполнения и отправки экстренного извещения в центр гигиены и эпидемиологии в течение нескольких часов. Таким образом, учитываются карантинные заболевания (чума, холера и др.).

Заболеваемость инфекционными заболеваниями зависит от санитарно-гигиенических условий, от миграционных и других процессов.

Заболеваемость отдельных групп населения. Отдельно учитывается заболеваемость женщин (осложнения беременности, родов, аборты), заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет по основным классам и группам болезней.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности учитывается по листкам нетрудоспособности (больничным листам) и оценивается по числу потерянных рабочих дней и числу случаев в году. Основные болезни, которые приводят к невыходу на работу: болезни органов дыхания, травмы и отравления, болезни костно-мышечной и сердечно-сосудистой систем.

Другие показатели здоровья населения. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ВУТ) учитывается для регистрации заболеваний

у работающих и имеет важное экономическое и социальное значение, а не только для оценки здоровья работающих.

Для проведения статистического анализа заболеваемости с ВУТ, лечебно-профилактические учреждения должны обеспечить шифровку диагнозов в учетных медицинских документах (листочках нетрудоспособности) на основе МКБ-10.

Основные показатели заболеваемости с ВУТ:

- 1) число случаев нетрудоспособности на 100 работающих;
- 2) число дней нетрудоспособности на 100 работающих;
- 3) средняя длительность одного случая заболеваемости с ВУТ;
- 4) структура заболеваемости в ВУТ (в случаях и днях);
- 5) удельный вес ни разу не заболевших (индекс здоровья);
- 6) удельный вес часто (длительно) болевших.

Большую долю в заболеваемости с ВУТ составляют болезни органов дыхания, травмы и отравления, болезни костно-мышечной и сердечно-сосудистой систем, кожи и подкожной клетчатки.

Стойкая утрата трудоспособности (инвалидность) за счет снижения функционирования органов и систем организма вследствие хронического заболевания или травмы. Учитываются следующие показатели: абсолютное число инвалидов и отдельно – абсолютное число детей-инвалидов, структура инвалидности по возрасту, по причинам, по группам и по классам заболеваний. Отдельно учитываются лица, впервые признанные инвалидами. Наиболее часто к стойкой утрате трудоспособности приводят заболевания сердечнососудистой системы, онкологические заболевания и болезни костно-мышечной системы.

Физическое развитие является одним из основных показателей здоровья населения. Физическое развитие оценивают по антропометрическим, соматоскопическим и функциональным показателям.

Антропометрические показатели включают определение роста, окружности грудной клетки, талии, массы тела и др.

Соматоскопические описательные показатели: осанка, телосложение (нормо-, гипер- и гипостенический типы), состояние кожных покровов, вторичные половые и другие признаки.

Функциональные признаки оценивают по функции внешнего дыхания, мышечной силе и др.

По уровню физического развития различных поколений делаются выводы об акселерации (ускоренном развитии) или ретардации (замедлении развития).

Группы здоровья являются комплексным показателем, отражающим состояние здоровья населения. Для определения уровня здоровья взрослых выделяют следующие группы.

- 1-я группа – отсутствие обращений в ЛПУ за медпомощью.
- 2-я группа – практически здоровые с факторами риска.
- 3-я группа – больные с хроническими заболеваниями, компенсированные.

4-я группа – больные с хроническими заболеваниями, декомпенсированные (нуждающиеся в стационарном лечении).

5-я группа – больные, нуждающиеся в высокоспециализированной медицинской помощи.

Среди детей группы здоровья определяются по другим критериям:

1-я группа здоровья – это дети, не болевшие в течение года.

2-я группа здоровья – это дети, перенесшие 2-3 заболевания в год.

3-я группа здоровья – это дети длительно и часто болеющие.

4-я группа здоровья – это дети с хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации.

5-я группа здоровья – это дети с хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации.

Распределение в группы здоровья помогает правильно планировать лечебные и профилактические мероприятия.

Тема. Формирование здорового образа жизни

План:

1. Основные понятия и определения.
2. Компоненты здорового образа жизни
3. Образ жизни студентов УВО
4. Формирование ЗОЖ

Формирование здорового образа жизни

На протяжении всей истории развития человечества одной из главных задач было здоровье, как индивидуальное, так и общественное. Среди населения бытует мнение, что здоровье – это отсутствие болезней. Эксперты ВОЗ дали более точное и четкое определение здоровья: «Здоровье – это не только отсутствие болезней, но состояние физического, психического и социального благополучия». Значение, здоровья для человека очень верно определил Иван Петрович Павлов: «Человек – Высший продукт земной природы. Человек – сложнейшая и тончайшая система, но для того, чтобы использовать природу, чтобы этим сокровищами наслаждаться, человек должен быть здоровым, сильным и умным». Сегодня все ученые сходятся во мнении, что основным средством достижения здоровья является здоровый образ жизни.

Основные понятия и определения

В Международном терминологическом словаре санитарного просвещения дано следующее определение: «Здоровый образ жизни (ЗОЖ) – это гигиеническое поведение, базирующееся на научно-обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на сохранение и укрепление здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия». Формирование здорового образа жизни является основным разделом профилактики.

Другими словами, ЗОЖ – это такой стиль жизни человека, который укрепляет и тренирует резервные возможности организма, обеспечивая

выполнение социальных и профессиональных функций и активной продолжительной жизни.

Подчеркивая важность проблемы, Национальная программа устойчивого развития на период до 2020 г. определяет, что стратегической целью в области здоровья является создание государственного механизма поддержки здорового образа жизни, формирование высокого спроса на личное здоровье и создание предпосылок для его удовлетворения.

Образ жизни – способ жизнедеятельности человека, обусловленный конкретными условиями существования. Образ жизни включает следующие виды деятельности:

- трудовую;
- хозяйственно-бытовую (условия быта и жилища);
- рекреационную (лат. recreation – восстановление) – возможность восстановления интеллектуальных и физических сил (отдых);
- социальную в семье (воспитание детей, уход за престарелыми родственниками);
- планирование семьи и взаимоотношения членов семьи.

Тесно переплетается с понятием образа жизни – качество жизни.

Качество жизни – это интегральная оценка индивидуумом своего положения в обществе (в системе общечеловеческих ценностей), а также соотношение этого положения со своими целями и возможностями (ВОЗ). Качество жизни отражает уровень комфортности человека в обществе. Определяется условиями жизни (природными, социальными) не зависящими от самого человека, образом жизни, определяемым самим человеком и его удовлетворенностью вышеназванными условиями и образом жизни.

Компоненты, составляющие здоровый образ жизни

Личная гигиена касается не только кожных покровов, но и волос, полости рта, дыхательного аппарата, половых органов, то есть всех частей тела, которые непосредственно контактируют с внешней средой. Следует обеспечивать и определенные требования к условиям своей жизни.

Рациональное и сбалансированное питание. Питание – поступление в организм человека и усвоение им веществ, необходимых для восполнения энергетических затрат, построения и возобновления тканей. Посредством питания, как составной части обмена веществ, осуществляется связь организма с внешней средой. Недостаточное и избыточное питание приводит к нарушению обмена веществ. Суточная потребность в основных пищевых веществах для мужчин составляет: белки – 82 – 118 г. (в т.ч. животные 45 – 65 г.), жиры – 93 – 158 г., углеводы – 304 – 602 г.; энергетическая ценность (калорийность) – 2550 – 4300 ккал. У женщин в связи с менее интенсивным обменом веществ и меньшей массой тела соответствующие показатели на 15 % ниже приведенных величин. Для правильного развития детей разработаны особые (с учетом возраста) нормы питания, которые учитывают потребность детей во всех пищевых компонентах. Обязательные компоненты сбалансированного питания – вода, минеральные вещества и витамины.

Пищевые добавки сегодня широко используются в пищевой индустрии. Их применение регламентируется документами Евросоюза и ГОСТом. Существуют варианты приема пищи в виде раздельного питания, сыроедения, натурализма, лечебного голодания. Это модные и не всегда полезные направления в диетологии.

Гармоничное сочетание работы и отдыха

Рациональный режим дня определяется чередованием успешного труда с полноценным отдыхом. При этом вырабатывается динамический стереотип (привычки). Физиологи утверждают, что привычки формируют характер, а характер определяет судьбу человека. Если чередование труда и отдыха происходит в оптимальном режиме, то закрепляется система условных рефлексов, облегчающая все функции организма.

Следует принимать во внимание тот факт, что условия жизнедеятельности людей разные и поэтому единого режима дня быть не может. Поэтому при выработке режима работы и отдыха конкретного человека должны учитываться все факторы, определяющие здоровый образ жизни.

Физическая (двигательная) активность

Движение является основным условием обеспечения жизнедеятельности человека. Организм устроен таким образом, что деятельность всех его систем связана с двигательной активностью, которая поддерживает на высоком уровне иммунитет, обеспечивает оптимальное функционирование сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и других систем организма. Ограничение двигательной активности отрицательно сказывается на развитии и формировании молодых и функционировании зрелых и стареющих организмов.

По мере индустриального развития и внедрения технических средств во все сферы жизнедеятельности физическая активность человека снижалась. В XX веке население нашей планеты оказалось в состоянии гиподинамии. В середине XIX века машины, созданные человеком, производили около 4% вырабатываемой энергии, а в XXI веке уже 99% энергии вырабатывается техническими средствами.

Двигательная активность молодых людей (студентов) в течение недели (от утренней гимнастики до фитнеса) представляется следующим образом: 0 часов – 6,7 % опрошенных; 0,5-1 час – 22,7%; 2-3 часа – 30%; 4-5 часов – 24,8 %; 6-7 часов – 9,1 %; 8 часов и более – 6,3 % (Жук Г.В., Соколовская М.Г., 2011).

Если соотнести приведенные уровни двигательной активности с рекомендуемыми многими специалистами (минимум 1 час в день), то становится очевидным факт, что в состоянии гиподинамии находится 84,2 % студенческой молодежи. Известно, что для нормально жизнедеятельности необходимы оптимальные объемы физической нагрузки, которые определяются состоянием здоровья и физической подготовленностью человека. Т.В. Матвейчик и Ю.В. Мещеряков рекомендуют для повышения двигательной активности подбирать такие физические упражнения, которые

доставляют человеку удовольствие. Это может стать залогом устойчивого интереса к занятиям физической культурой. Можно ориентироваться на основные принципы занятий физическими упражнениями:

1. Тренироваться через день или не реже трех раз в неделю;
2. Выполнять упражнения непрерывно не менее 20 мин. или заниматься ходьбой в умеренном темпе 1 час.
3. Нагрузку следует дозировать, ориентируясь на число сердечных сокращений (по пульсу) при отсутствии противопоказаний. Например, в 20 лет оптимальной нагрузка будет при темпе сердечных сокращений 140-170 в минуту, а в 50 лет – 120-144.

В заключение необходимо подчеркнуть, что физическая активность развивает естественные резервы и создает высокую работоспособность за счет оптимизации функционального состояния всех физиологических систем организма.

Закаливание – правильное физическое воспитание, которое делает человека крепким, выносливым, устойчивым к холоду. Физиологическая сущность закаливания состоит в воздействии на организм воздуха, воды и солнца, вырабатывается привыкание к ним за счет влияния на ЦНС и различные системы, обеспечивающимся адаптацию организма к меняющимся внешним воздействиям.

Закаливание воздухом рекомендуют начинать при температуре воздуха $+15^{\circ}$ - $+20^{\circ}$ в течение 20-30 мин. лежа или в движении. Место закаливания – затененные участки, удаленные от источников загрязнения воздуха. Продолжительность процедуры постепенно увеличивают ежедневно на 10 мин. и доводят до 2 часов. На следующем этапе процедуру проводят при температуре воздуха $+10^{\circ}$ - $+15^{\circ}$ продолжительностью 15-20 мин., а затем можно воздушные ванны принимать при температуре воздуха ниже $+10^{\circ}$ продолжительностью 5-10 минут. При появлении озноба рекомендуется выполнять интенсивные движения или пробежку.

Закаливание воздухом может быть во время сна при открытой форточке или окне, ношение легкой одежды в холодное время года.

Закаливание водой – наиболее распространенный и эффективный способ закаливания. В начале температура воды должна быть $+30^{\circ}$ - $+35^{\circ}$, через 3-4 дня температуру воды снижают на 1° и за 2 месяца доводят ее до $+18^{\circ}$ или $+12^{\circ}$. На первом этапе проводят растирание губкой или мягкой тканью в течение 5-6 мин. Следующий этап – обливание водой в течение 3 мин. с постоянным снижением температуры от $+30^{\circ}$ до $+12^{\circ}$. Обливание может быть из сосуда или душа с контрастами температур.

Закаливание водой может проводиться путем обливания стоп и полоскания горла (вода $+25^{\circ}$ в начале с постоянным снижением до $+15^{\circ}$).

Закаливание солнечной инсоляцией развивает устойчивость организма к воздействию ультрафиолетовых лучей. Доказано, что оздоровительный эффект проявляется даже при малых дозах, не вызывающих пигментации кожи.

Начинать солнечные процедуры следует спустя 40-60 мин. после еды, продолжать 7-10 мин., увеличивать каждый раз по 7-10 мин. Можно увеличивать продолжительность процедуры до 2-9 часов с 15-минутным перерывом после каждого часа. Рекомендуется закрывать голову и глаза (темные очки). При первых признаках дискомфорта прекратить солнечную процедуру.

Отказ от вредных привычек в первую очередь касается профилактики никотиновой и алкогольной зависимости, профилактики потребления наркотиков.

Профилактика никотиновой зависимости проводится по двум направлениям:

а) разъясняется вред курения табачных изделий и запретительные мероприятия;

б) пропаганда стиля жизни «не курение – это красиво и здорово».

В Республике Беларусь курят значительное количество мужчин – 62 %, 13 % женщин и около 3 % несовершеннолетних. В США курит 28 % взрослого населения. Доля курящих женщин составляет от 10 % в Испании до 49 % в Дании. Доля курящих мужчин в мире колеблется от 43 % - в Великобритании до 75 % - в Польше. Чаще курят молодые люди и лица с низким уровнем образования, особенно мужчины. Среди женщин противоположная тенденция, свидетельствующая о том, что среди образованных с высоким уровнем материального дохода курящих больше.

Курение табачных изделий студентами БГПУ по результатам анонимного анкетирования составляет 21,4 % (28,6 юноши, 19,5% девушки). Отмечается тенденция к снижению этого показателя.

В настоящее время все курящие в Республике Беларусь информированы о пагубном влиянии курения табака на здоровье. И тем не менее продолжают курить. Известно, что 90 % всех смертельных исходов от рака бронхолегочной системы связываются с курением. С курением связывают 85 % хронической обструктивной болезни легких, 70 % рака полости рта, 50 % рака поджелудочной железы, 30 % рака пищевода, 20 % рака почек.

Дым табака содержит около 3 тысяч различных химических веществ, некоторые из них соответствуют наркотическим. Самый активный алкалоид из этой группы – никотин. Он очень быстро всасывается в кровь. В настоящее время достоверно известно, что курение табака является одним из главных факторов риска развития ишемической болезни сердца.

Для предупреждения потребления населением табачных изделий в Республике Беларусь проводятся следующие мероприятия:

- антитабачное воспитание в учреждениях образования;
- пациентам лечебно-профилактических учреждений постоянно разъясняется вред для здоровья курения табака;
- санитарное просвещение молодежи с использованием кинолекториев, видеороликов и т.д.;
- запрет продажи табачных изделий детям;

- исключение рекламы табачных изделий в магазинах и других общественных местах.

В последнее время набирает обороты пропаганда ЗОЖ: не курение – это красиво и здорово. Всеми доступными средствами демонстрируются красивые жизненные ситуации без курения и преимущества человека, который не курит. Проводятся соответствующие образовательные стратегии, направляющие молодежь на восприятие взрослости, независимости, привлекательности без курения. Важной стороной этого направления является воздействие норм поведения успешных людей (образцов для подражания).

Профилактика алкогольной зависимости является важной государственной задачей.

Алкоголь (араб. аль-кюхе) – спиртные напитки, содержащие этиловый спирт. Обладает основными признаками наркотического вещества, но в фармакопее не отнесен к наркотикам.

По определению ВОЗ (28-сессия, 1975 г.) алкоголь и табак – это наркотики. По материалам ученых, опубликованных в журнале Lancet, по степени вреда для человека и его окружения алкоголь располагается на первом месте, на втором – героин, на 6-м – табак. Кстати, ГОСТ СССР на этиловый спирт 1972 года: «Этиловый спирт – легковоспламеняющаяся бесцветная жидкость, относится к сильнодействующим наркотикам» (АИФ № 24, 2016 г.). в Беларуси приходится 12 литров спирта на человека в год. Алкоголь, с точки зрения химии, фармакологии – сильно действующий яд, а с точки зрения права – продукт питания. В России в год досрочно из-за алкоголя уходят из жизни 800 тыс. человек, из-за табака – 400 тыс., из-за наркотиков в нашем традиционном понимании – 100 тысяч. В Беларуси эти цифры меньше, но градация такая же. (Васковский С. 2016). Алкогольные напитки традиционно употребляются населением большинства стран. Особенностью потребления алкоголя в Республике Беларусь является преимущественное потребление крепкие алкогольных напитков и в значительных дозах. С целью профилактики алкогольной зависимости можно дать следующие рекомендации (цит. по Матвейчик Т.В. и др. 2016):

- верхний предел самого низкого уровня риска для взрослых мужчин составляет 140-280 г. алкоголя в неделю. для женщин, а также молодых и пожилых, более подверженных токсическому воздействию алкоголя этот уровень составляет менее 140 г. в неделю;

- с точки зрения рисков для здоровья нет различий между типами алкогольных напитков (за исключением ситуаций с острой интоксикацией и отравлением);

- непьющие не должны начинать пить, а те, которые пьют редко, не должны начинать пить регулярно исключительно с целью профилактики ИБС;

- люди не должны пить совсем если они, например: имеют некоторые специфические психологические или физические заболевания (депрессию,

психоз, заболевание печени, артериальную гипертензию); применяют некоторые специфические лекарственные препараты (седативные, антидепрессанты и др.); управляют станками или транспортными средствами; в случаях, когда человек несет ответственность за сохранение общественного порядка или безопасность; во время работы с огнеопасными и токсическими веществами; во время беременности и кормления грудью.

Проблемы, связанные с употреблением алкоголя затрагивают не только самих пьющих, но также их семьи, окружение, общество. Поэтому работа по противодействию потреблению алкоголя должна быть направлена не только на отдельного человека, но и на общество в целом.

Профилактика употребления наркотиков

Наркотики – группа психоактивных препаратов, соответствующих трем критериям: медицинский – специфическое воздействие на ЦНС, изменяющее поведение; социальный – немедицинское потребление вещества имеет большие масштабы и социальную значимость; юридический – вещество признается наркотическим и вносится в фармакопею.

В настоящее время список наркотических веществ включает около 150 различных препаратов, среди них стимулирующие нервную систему (кокаин, кофеин, амфетамин), угнетающие нервную систему (барбитураты, снотворные, транквилизаторы); опиум и его производные (морфин, героин, метадон), являющиеся обезболивающими, марихуана и другие производные конопли (гашиш и др.), галлюциногены (ЛСД, мексалин и др.), спайсы (курительные смеси).

Наркомания – это заболевание, возникающее в результате применения наркотиков и проявляющееся психической, физической зависимостью и деградацией личности. Если такое заболевание вызвано злоупотреблением других психоактивных веществ, не включенных в список наркотиков, то оно именуется токсикоманией.

На учете в наркологических диспансерах РБ состоит около 10 тыс. человек. Среди наркоманов преобладают пациенты в возрасте 20-30 лет. Основную группу составляют лица без определенного рода деятельности (65 %), учащиеся составляют 10 %. Лечение наркоманов осуществляется в условиях полной изоляции больных в наркологических диспансерах. Анонимное лечение используется крайне редко медико-социальная реабилитация, в основном, в частных реабилитационных центрах.

В профилактической работе с наркологическими больными используются профилактические, лечебные и специализированные программы. Профилактическая программа направлена на предупреждение потребления алкоголя и наркотиков, а также на предупреждение любых форм девиантного поведения. Целевой контингент этих программ – дети и подростки, особенно те, у которых риск приобщения к приему психоактивных веществ особенно велик. В группы риска входят дети, у которых отягощена наследственность, особенно в наркологическом плане: дети из неблагополучных семей, воспитываемые в семьях с наличием лиц, злоупотребляющих алкоголем, больных наркоманией; дети, отстающие в своевременном личностном и

социальном развитии. Работа с детьми и подростками из группы риска ведется в учебных заведениях, специализированных учреждениях и т.д.

Лечебные программы предусматривают раннее выявление и направление на лечение больных с наркологическими проблемами. Центральное место в этой группе занимают программы по оказанию квалифицированной терапевтической помощи, удерживая их в режиме отказа от приема наркотиков, проведения мер вторичной и третичной профилактики. Не менее важны программы, в рамках которых осуществляется социально-психологическая помощь членам семей и родственникам пациента, корректируется их личностный, семейный и трудовой статус.

Специализированные программы в области наркологии неразрывно связаны с лечебными и содержат программы по реабилитации, реадaptации, ресоциализации наркологических больных. В рамках этих программ преодолевается разрыв между личностью и обществом. В реабилитации больных наркоманией необходимо полагаться на принципы добровольности и ответственности пациента, его отказа от употребления психоактивных веществ, опору на социальные ценности и нормы, системного и дифференцированного подхода.

Состояние окружающей среды оказывает серьезное влияние на здоровье человека. Окружающая среда – это среда обитания и деятельности человека, окружающий его природный и созданный им материальный мир. Общественное производство изменяет окружающую среду, воздействуя прямо или косвенно на все её элементы. В широком смысле в понятие «окружающая среда» (социальная экономика, социальные институты и культура, семья, трудовая и учебные группы и др.). для комфортного проживания каждый человек должен не только выбирать определенное место жительства, но и заботиться об охране окружающей среды, соблюдать социальное законодательство.

Благоприятная наследственность формируется в процессе создания семьи. Молодожены должны не только придерживаться условий здорового образа жизни, но и, перед бракосочетанием, пройти генетическое консультирование.

Уровень медико-социального обслуживания определяется государством и постоянно совершенствуется. Как подчеркивалось выше, Национальная программа устойчивого развития на период до 2020 г. определяет, что стратегической целью в области здоровья является формирование высокого спроса на личное здоровье. Как и во всем цивилизованном мире, каждый взрослый человек, в первую очередь, сам ответственный за своевременное обращение за медико-социальной помощью.

Образ жизни студентов учреждений высшего образования

Курение табака студентами университета по результатам анонимного анкетирования составляет 21,4 % (28,6 % - юноши, 19,5 % - девушки). Отличается тенденция к уменьшению этого показателя.

В молодежной среде пьют пиво 65 % юношей и 66% девушек 14-19 лет, в т.ч. 66 % студентов и 48 % учащихся школ, гимназий, лицеев.

Уровень физической активности студентов-филологов: у 14,5 % - высокий, у 21,5% - низкий, у 64 % - умеренный. Физическая активность студентов факультета физического воспитания: у 3 % - низкая, у 40 % - умеренная; у 57 % - высокая. Как показывает приведенный материал, преобладающее количество студентов живут в состоянии гиподинамии.

Особенности питания студентов: 51 % питаются регулярно 3 раза в день, 41 % кушают 2 раза в день, 2 % кушают 1 раз в день и 6 % - 4-5 раз в день. При этом более 70 % студентов предпочитают плотный ужин после 19 часов. Употребляют сладости несколько раз в день 16,4 % (27,7 % студентов каждый день и 8,6 % - по праздникам). Сладкие газированные напитки пьют 45 % студентов. Фаст-фуды употребляют каждый день (гамбургеры и чипсы) 0,9 % студентов, а 32,3 % - 1 раз в месяц. Свежие овощи и фрукты употребляют каждый день 23,2 %, а 40 % - 1 раз в неделю. Студенты с высокой физической активностью питаются регулярно три раза в день – 86 % и 57 % принимают дополнительно витамины и другие биологические активные добавки. Большая часть студентов не обращает внимание на калорийность продуктов.

Результаты анкетирования свидетельствуют о том, что большинство студентов питаются не регулярно, не соблюдая принципов рационального и сбалансированного питания. При этом, значительные различия наблюдаются среди студентов, проживающих дома в семье, на частных квартирах и в студенческих общежитиях.

Сон – обязательная и ничем не заменимая форма отдыха. Специалисты рекомендуют соблюдать не только продолжительность сна, но и режим: продолжительность сна подростков и студентов – 8-9 часов (для людей среднего возраста 7,5-8 часов); исключить перед сном активную физическую и умственную деятельность, употребление стимулирующих напитков; исключить дневной сон; отход ко сну в 22-23 часа, подъем в 7.00.

Не придерживаются рекомендаций по продолжительности сна 80 % студентов (57 % недосыпают, а 23 % пересыпают). Режим сна не соблюдают 83 % студентов; 12 % отходят ко сну раньше 22 часов, а 71 % - гораздо позже.

Репродуктивное поведение девушек-студенток университета отражает стиль жизни молодых людей в современном мире. На вопрос о планируемом типе создания семьи 61 % курящих девушек и 52 % некурящих девушек предпочитают добрачное сожителство с последующей регистрацией брака. Возраст сексуального дебюта до 18 лет – 87 % курящие и 42 % некурящие; старше 18 лет – 13 % курящие и 58 % некурящие. Количество сексуальных партнеров с момента начала половой жизни: 1-2 у 20 % курящих девушек и у 30 % некурящих; 3 и более у 79 % курящих и у 21 % некурящих.

В анамнезе девушек заболевания инфекциями, передаваемыми половым путем были отмечены у 22% курящих и 7 % некурящих. Защищенный секс использовали 39 % курящих и 66 % некурящих девушек.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что стиль жизни девушек-студенток курящих отличается более рискованным поведением во многих

сферах. Результат рискованного стиля жизни студентов отражается в структуре заболеваемости (по материалам студенческой поликлиники г. Минска).

На первом месте (821 на 1000 нас.), как и всей белорусской популяции, прочно обосновались болезни органов дыхания (94 % составляют ОРВИ), но неожиданно, в отличие от статистических показателей здоровья всей популяции, на втором месте у студентов (182 на 1000 нас.) оказались болезни мочеполовой системы (в 90,4 % это болезни женских тазовых органов), на третьем месте (70 на 1000 нас.) инфекционные болезни (78 % из них инфекции уrogenитального тракта, преимущественно ИППП).

Заболеваемость студенческой молодежи является прямым следствием пренебрежения основными правилами здорового образа жизни.

Формирование здорового образа жизни

Формирование ЗОЖ осуществляется на трех уровнях:

- социальном, пропаганда СМИ, информационно-просветительская работа;
- инфраструктурном (конкретные условия в основных сферах жизнедеятельности (наличие свободного времени, материальных средств), профилактические учреждения, экологический контроль);
- личностном (система ценностных ориентиров человека, стандартизация бытового уклада).

Работа на социальном и инфраструктурном уровне определена Национальной программой устойчивого развития на период до 2020 года. Определено, что стратегической целью в области здоровья является создание государственного механизма поддержки здорового образа жизни, формирование высокого спроса на личное здоровье, создание предпосылок для его удовлетворения. Проводится всеми лечебно-профилактическими учреждениями, а общее руководство в системе Минздрава осуществляют следующие учреждения: Республиканский, областные и городские центры здоровья; кабинеты здоровья ЛПУ, кабинеты формирования ЗОЖ, центры гигиены и эпидемиологии.

Основные направления формирования ЗОЖ в учреждениях образования:

- формирование ценности здоровья и здорового образа жизни в деятельности учреждений образования;
- оптимизация учебной нагрузки;
- подготовка и повышение квалификации педагогических кадров;
- разработка и внедрение инновационных программ, здоровосозидательного направления;
- создание системы совместной деятельности семьи и школы по формированию ЗОЖ.

Из всего множества рекомендаций по формированию здорового образа жизни на личностном уровне можно выделить 10 основных.

1. Выполнение гигиенических требований (личная гигиена в широком понимании).

2. Достаточная физическая активность.
3. Закаливание.
4. Рациональное и сбалансированное питание.
5. Соблюдение четко определенных норм режима жизни (труд, отдых, сон).
6. Отказ от вредных привычек.
7. Умение вести рациональную психосексуальную жизнь (во всех взаимоотношениях женщины и мужчины).
8. Умение предупреждать опасные ситуации и правильно вести себя при их возникновении.
9. Каждый человек несет личную ответственность за свое здоровье и поэтому обязан обращаться в лечебно-профилактические учреждения не только в случаях заболеваний, но и для их профилактики.
10. Проживание, в благоприятной внешней среде (положительная внешняя среда и чистые проветриваемые помещения дома и на работе).

Пропагандируя и формируя потребность в ЗОЖ, необходимо учитывать психологические особенности возраста, считает Н.Ф. Гребень. Дело в том, что ценность здоровья возрастает по мере увеличения возраста, начиная примерно с 30 лет. В подростковом и юношеском возрасте больше внимания уделяется физической составляющей здоровья, связанной с внешней привлекательностью. А поскольку явных проблем со здоровьем еще не наблюдается, то молодые люди принимают его как некую изначальную данность, не прилагая особых усилий к его сохранению и укреплению. Люди зрелого возраста осознают ценность здоровья, столкнувшись с явными признаками нездоровья и в большинстве своем начинают бороться с физическим или психическим неблагополучием, ориентируясь не столько на ЗОЖ, сколько на фармакологию.

Подводя итог вышесказанному необходимо подчеркнуть, что важнейшей задачей по формированию ЗОЖ, является подготовка к активному применению знаний, способствующих повышению качества жизни, зависящего от уровня здоровья, позволяющего пользоваться всеми возможностями, противостоять негативным факторам.

Тема. Современные системы здравоохранения: государственная, страховая, частная

План:

1. Основные понятия и определения.
2. Государственная система здравоохранения.
3. Страховая и частная система здравоохранения.

Исторические аспекты развития здравоохранения на территории современной Беларуси отражают этапы развития здравоохранения в России. На первом этапе (632-1775 гг.) создается приказная медицина: организованы больницы, подготовка фельдшеров, проводится борьба с инфекционными заболеваниями. На втором этапе (1864-1879 гг.) возникла земская медицина. Основой земской медицины стала участковая медицина. На одного врача

приходилось 25 тыс. населения. Третий этап постепенно развивался в 70-х годах XIX века и характеризовался развитием городской медицины.

После 1917 года основу здравоохранения составили принципы земской и городской медицины – была создана государственная система здравоохранения.

В настоящее время унифицированной системы здравоохранения, которая удовлетворяла бы потребности населения в медицинской помощи в мире не существует. Здравоохранение в различных странах представлено, как правило, одной или несколькими параллельно существующими формами, которые имеют свои национальные особенности.

Основные понятия и определения.

Здравоохранение – это система социально-экономических и медицинских мероприятий, направленных на сохранение и повышение уровня здоровья населения.

Система здравоохранения (греч. σύστημα – целое, составленное из частей) – это множество организаций, учреждений, предприятий, общественных организаций, вне зависимости от их ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы деятельности, призванных сохранять и укреплять здоровье населения, оказывать медицинские и лекарственные услуги, осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Общественное здоровье – здоровье населения, обусловленное воздействием социальных, биологических факторов и факторов окружающей среды.

Таким образом, система здравоохранения ориентирована на сохранение и укрепление здоровья каждого гражданина (индивидуальное здоровье) и здоровья всего населения (общественное здоровье).

Структура системы здравоохранения по функциональным признакам:

1. Органы управления здравоохранением – министерства, комитеты, региональные управления, службы, которые осуществляют управление системой.

2. Организации, участвующие в финансировании системы здравоохранения.

3. Надзорные и контрольные органы (органы и учреждения санэпиднадзора).

4. Учреждения здравоохранения – больницы, поликлиники, диспансеры и др.

5. Образовательные учреждения (университеты, колледжи).

6. Научно-исследовательские учреждения.

7. Фармацевтические организации и аптечные учреждения.

Решения по управлению системой здравоохранения в Республике Беларусь в большинстве случаев принимаются на уровне Министерства Здравоохранения и на уровне региональных управлений здравоохранения.

Государственная система здравоохранения – органы исполнительной власти в области здравоохранения, планирующие и осуществляющие в пределах своей компетенции меры по охране здоровья граждан. К государственной системе здравоохранения также относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические, санитарно-профилактические (центры гигиены и эпидемиологии), аптечные учреждения, фармацевтические предприятия и организации и иные предприятия, учреждения и организации.

Государственное управление – форма государственного регулирования и контроля за функционированием и развитием системы здравоохранения Республики Беларусь. Государственное регулирование функционирования и развития системы здравоохранения осуществляется путем издания законов и других нормативных правовых актов, определяющих государством правила деятельности. Государственное регулирование предполагает, с одной стороны, формирование механизмов и стимулов определенной организации деятельности, а с другой – применение мер государственного принуждения к лицам, нарушающим требования, которые содержатся в правовых актах.

Основным фактором, определяющим государственную систему здравоохранения, является государственный источник финансирования. Организационные принципы государственного здравоохранения включают:

1. Государство берет на себя ответственность за финансирование здравоохранения, развитие науки, планирование, строительство лечебно-профилактических учреждений, подготовку и усовершенствование медицинских кадров, качество медицинской помощи, организацию работы системы здравоохранения.

2. Принцип бесплатности и общедоступности способствует приближению медицинской помощи к населению. В последние годы стало трудно решать вопросы бесплатного обеспечения населения квалифицированной медицинской помощью за счет государства. Поэтому создаются перечни бесплатных медицинских услуг, за пределами которых рассматривается возможность предоставления платных услуг.

3. Профилактическая направленность – важнейшая особенность государственной системы здравоохранения. Профилактическое направление в широком смысле слова означает конкретную активную форму заботы государства о здоровье населения. Такое понимание профилактического направления позволило активно внедрять методы профилактики в работу лечебной сети. Разработаны специфические формы профилактики, включающие: осуществление общесанитарных мер по улучшению состояния окружающей среды, условий быта и труда; контроль за выполнением санитарного законодательства, гигиенических нормативов, противоэпидемических мероприятий; организацию сети лечебно-профилактических учреждений, домов отдыха, санаториев, яслей, интернатов; проведение массовых профилактических осмотров; раннюю

диагностику, выявление преморбидных состояний и их устранение, широкие меры по предупреждению осложнений в клинике, психопрофилактику и др. Важнейшим синтезом профилактики и лечения явился диспансерный метод, получивший широкое распространение в больницах, поликлиниках, в деятельности участковых врачей и других работников лечебно-профилактических учреждений, а также специальных учреждений-диспансеров. Профилактика включает и такие важные направления деятельности, как санитарное просвещение и воспитание здорового образа жизни. Профилактическая направленность проявляется в системе медицинского образования и в тематике научных медицинских исследований.

4. Принцип единство в здравоохранении: единство лечения и профилактики, единства науки и практики.

5. Универсальный принцип государственного здравоохранения – планирование. Государственная система здравоохранения является важной частью государственной системы социально-экономического развития. Планирование в здравоохранении позволяет совершенствовать работу лечебно-профилактических учреждений, учреждений медицинского образования и науки.

6. Принцип участия общественных организаций в решении вопросов охраны здоровья населения. Деятельность общественных медицинских организаций направлена на повышение качества медицинской помощи, уровня научных исследований, развитие международных связей и др.

7. Принцип международного сотрудничества позволяет совершенствовать не только деятельность лечебно-профилактических учреждений, но и развитие науки. Благодаря широким связям белорусских ученых с учеными ведущих научных медицинских центров, в Республике Беларусь стремительно развиваются специализированные виды медицинской помощи: трансплантология, кардиология, онкология, реабилитация и др.

Государственная система здравоохранения наиболее полно представлена в Беларуси, Болгарии, Великобритании, Словакии, Швеции и некоторых других странах.

Страховая медицина – это такая система здравоохранения, при которой финансирование осуществляется за счет медицинского страхования.

Страхование – система защиты имущественных интересов физических и юридических лиц при наступлении страховых случаев (неожиданных событий) за счет оплачиваемых денежных фондов или взносов.

Медицинское страхование – форма социальной защиты населения в охране здоровья.

Финансирование здравоохранения (страховые взносы) может осуществляться за счет обязательного или добровольного страхования. Обязательное медицинское страхование – страхование граждан без учета рисков возникновения заболевания (пола, возраста, наличия заболеваний в анамнезе). Обязательное страхование регулируется государством, а выплаты

соответствуют ущербу здоровью. Добровольное медицинское страхование финансируется из взносов граждан и взносов нанимателя.

Добровольное медицинское страхование учитывает риски возникновения заболеваний и величина страховых взносов устанавливается в соответствии с величиной этих взносов.

Страхователи – это физические и юридические лица, оплачивающие договор страхования. Лица, на которых распространяется страхование являются застрахованными.

Частная система здравоохранения.

Частная система здравоохранения базируется на оплате населением прямых медицинских услуг, т.е. население несет все расходы за оказание медицинской помощи. При отсутствии финансовых возможностей человек остается без медицинской помощи. Частная система здравоохранения предполагает наличие конкуренции, свободного выбора пациентом медицинского учреждения и лично поставщика медицинских услуг. Медицинские учреждения могут быть в частной собственности или государственной собственности или арендованы. Конкуренция и расширение потребительского выбора способствуют повышению качества и эффективности медицинских услуг. Несмотря на снижение расходов государства на здравоохранение, оно ответственно за охрану здоровья населения. Здравоохранение в странах с преимущественно частной системой, представлено несколькими параллельно существующими формами: государственной и страховой.

В наиболее полном виде частная система здравоохранения представлена в Люксембурге, Соединенных Штатах Америки, Южноамериканской Республике и др.

Тема. Организация здравоохранения в Республике Беларусь. Структура Минздрава Республики Беларусь и местных органов управления здравоохранением

План:

1. Задачи здравоохранения РБ.
2. Руководство здравоохранением на центральном и местном уровнях.
3. Виды медицинской помощи.

Система здравоохранения Республики Беларусь в основном является государственной, т.е. органы и учреждения здравоохранения финансируются государством. Одновременно функционируют элементы страховой медицины, а также частные лечебно-профилактические учреждения: стоматологические кабинеты, частные медицинские центры (ЛОДЭ, Экомедсервис и др.)

Наличие различных систем здравоохранения обеспечивает свободный выбор поставщиков медицинских услуг и повышает эффективность и прозрачность деятельности учреждений здравоохранения. Для медицинских учреждений, находящихся в государственной собственности общей

тенденцией стала большая независимость, возможность оказания платных услуг и распределение заработанных средств, а также управление кадрами.

Целью белорусского здравоохранения является охрана здоровья граждан.

При этом определены следующие задачи:

- охрана внешней среды;
- обеспечение оптимальных санитарно-гигиенических условий во всех сферах жизнедеятельности;
- развитие физической культуры и спорта, пропаганда здорового образа жизни;
- охрана здоровья матери и ребенка;
- развитие первичной медицинской помощи как в сельских, так и в городских населенных пунктах;
- дальнейшее совершенствование квалифицированной и специализированной помощи;
- обеспечение общедоступной и бесплатной медицинской помощью всего населения страны в соответствии со стандартами;
- бесплатное обеспечение пациентов лекарствами в стационарах и частично или полностью в амбулаторных условиях;
- развитие фундаментальных и прикладных научных исследований;
- дальнейшее развитие санаторно-курортной помощи;
- обеспечение Республиканских научно-практических центров и учреждений практического здравоохранения современной медицинской аппаратурой, инструментарием и реактивами для лабораторных исследований;
- обеспечение всех работающих материальной помощью при временной утрате трудоспособности вследствие заболевания, травмы, беременности, родам и др.;
- гарантия пенсионного обеспечения за счет государственного социального страхования по инвалидности вследствие заболевания, трудового увечья, потери кормильца;
- предоставлении бесплатных или частично оплачиваемых путевок на санаторно-курортное лечение в санаториях, профилакториях, домах отдыха, а также отдыха детей в летних лагерях.

Основные структуры системы здравоохранения – это органы и учреждения. Органы системы здравоохранения осуществляют руководство (Минздрав, областные управления здравоохранения и др.) учреждениями, оказывающими непосредственно медицинскую помощь (госпитальные, амбулаторные и другие учреждения).

Система здравоохранения Республики Беларусь предусматривает развитие его на плановой основе, обеспечение общедоступной, бесплатной квалифицированной медицинской помощью населения страны. Это достигается наличием достаточного количества различных государственных медицинских учреждений, обеспечение квалифицированными кадрами и необходимым финансированием.

Для обеспечения органов и учреждений здравоохранения кадрами в Беларуси функционируют 4 медицинских университета и Белорусская медицинская академия последипломного образования, пятнадцать Республиканских научно-практических центров по различным проблемам медицины, восемнадцать медицинских колледжей.

Руководство здравоохранением по управлению осуществляется на двух уровнях: центральном и местном.

Центральный уровень представлен Министерством здравоохранения Республики Беларусь, которое входит в состав Совета Министров. Министр здравоохранения назначается Президентом Республики Беларусь. При Министре здравоохранения функционирует Коллегия, которая решает важные вопросы по охране здоровья населения.

Задачи Министерства здравоохранения вытекают из общих задач государства по охране здоровья граждан, а задачи определяют структуру Минздрава. Основу Минздрава составляют главные управления. Каждое из которых отвечает за организацию работы по конкретному направлению (Рис.1).

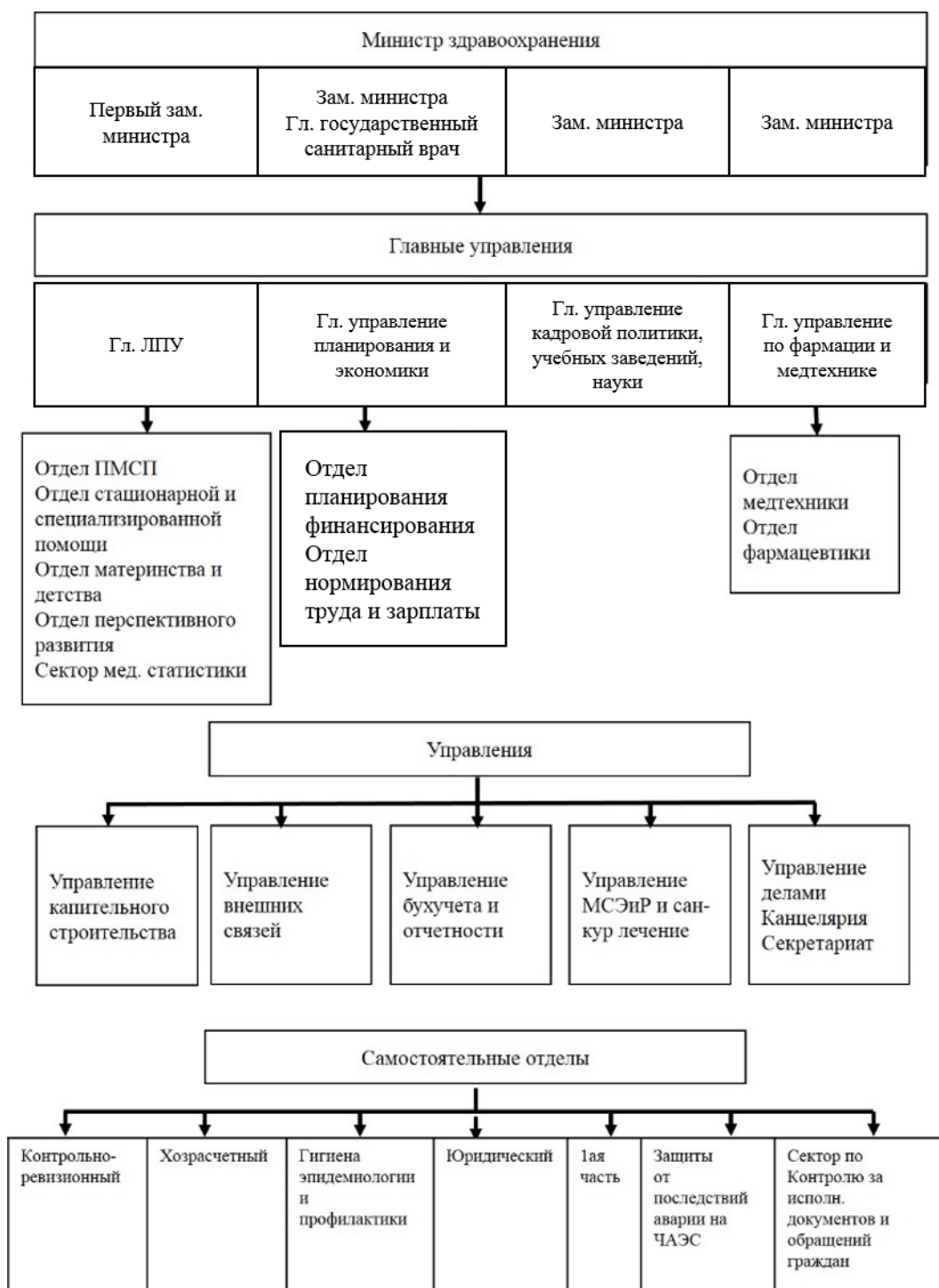


Рисунок 1. Структура МЗ РБ

В составе управлений имеются отделы, которые отвечают за более узкие направления деятельности. В отделах имеются специалисты (главные, ведущие и др.), которые курируют определенные конкретные направления работы. Главные специалисты (главный хирург, главный терапевт, главный акушер-гинеколог, главный педиатр и др.) – это наиболее опытные преподаватели медицинских университетов и научные работники Республиканских научно-практических центров (профессора, доценты, доктора и кандидаты наук).

Местные органы управления. В шести областях имеются Управления здравоохранения облисполкомов. В Минске руководство здравоохранением осуществляет Комитет по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета. Структура управлений и комитета аналогична структуре Минздрава только в меньшем объеме (Рис. 2).

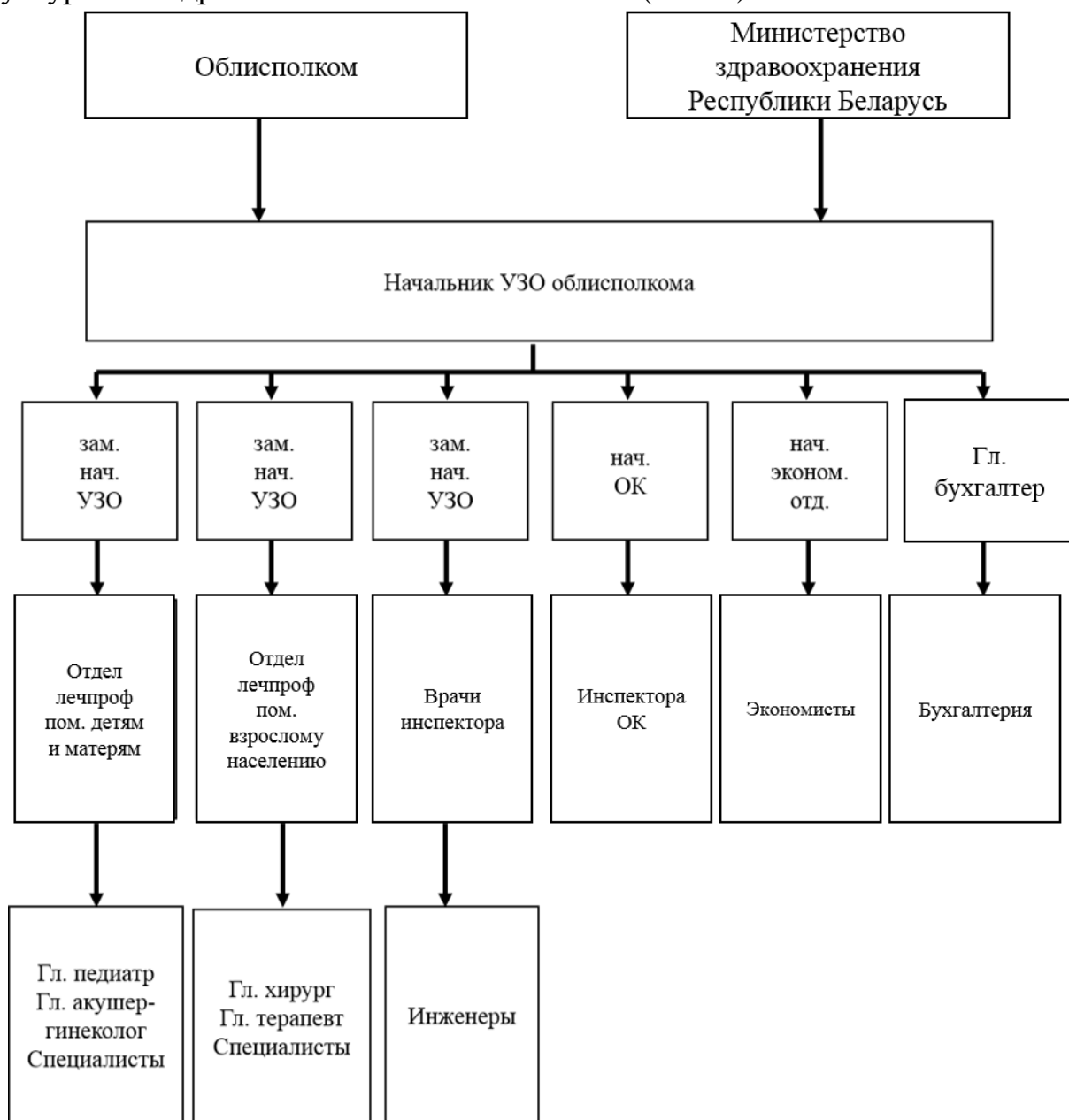


Рисунок 2. Структура УЗО

На уровне районов (в стране 118 сельских районов) управление здравоохранения представлено главным врачом территориального медицинского объединения (ТМО). Главный врач ТМО является и главным врачом Центральной районной больницы (ЦРБ). В структуре районного уровня руководства здравоохранением у главного врача ТМО есть заместители: заместитель по лечебной работе, заместитель по оргметодработе, заместитель по детству и родовспоможению и др. (Рис. 3).

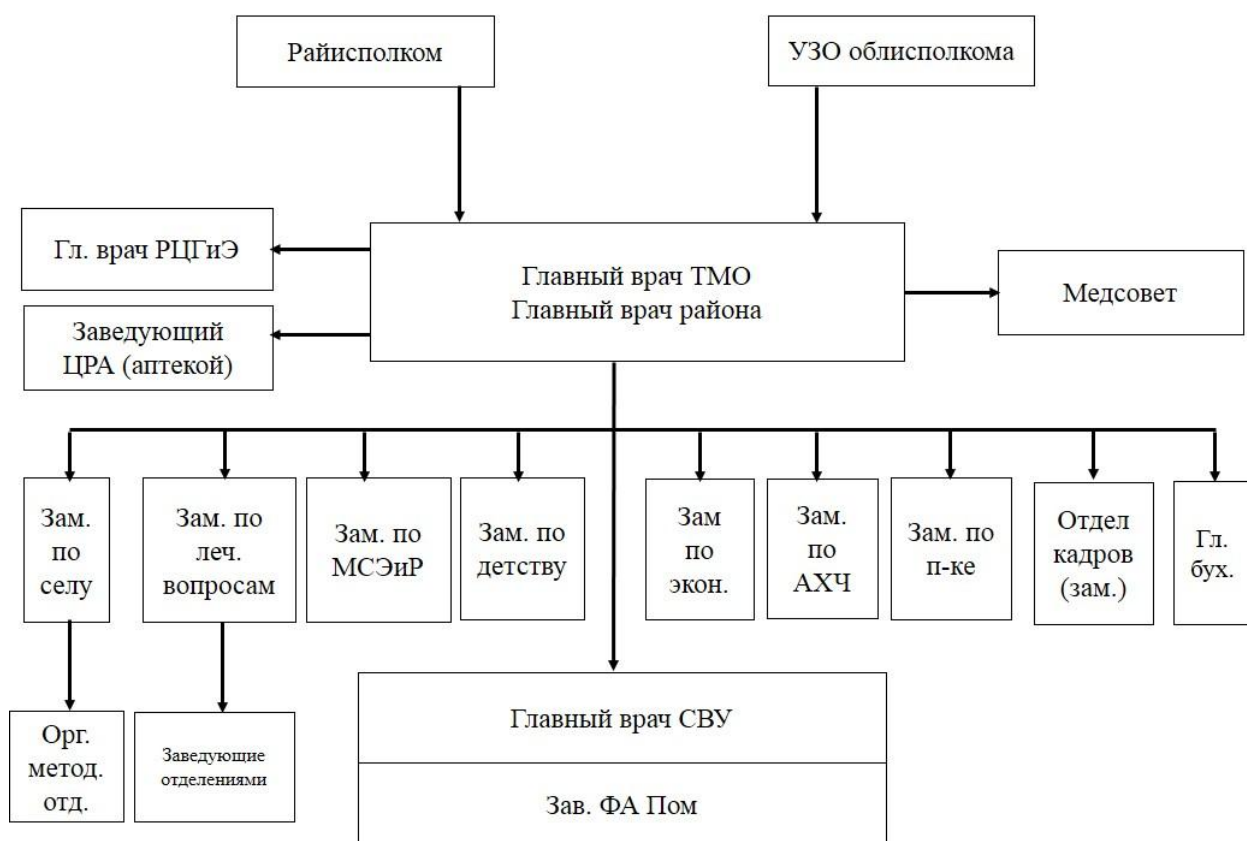


Рисунок 3. Руководство здравоохранением сельского района

Заведующие отделениями являются одновременно главными районными специалистами (районный хирург, райтерапевт, райпедиатр и др.).

Особенности управления здравоохранением районов:

- по медицинским вопросам местные органы управления здравоохранением подчинены Минздраву, а по административно-хозяйственным вопросам – администрации района, области;
- вопросы назначения на все должности решаются на местах;
- назначение на должность начальника УЗО и главного врача ТМО согласовывается с Минздравом.

По форме собственности медицинских организаций и учреждений РБ выделены 2 вида государственной системы здравоохранения: государственная (областные, районные, сельские) и ведомственная (отраслевая медицинская служба (медицинская служба Министерства обороны, Министерства внутренних дел, Министерства транспорта, Министерства труда и социальной защиты и др.).

Управление ведомственной медицинской службой, также, как и управление местным здравоохранением, имеет некоторые особенности:

- по медицинским вопросам ведомственная медицина руководствуется нормативными документами Минздрава;
- по административно-хозяйственным вопросам выполняет приказы и распоряжения руководства своего ведомства.

В структуре Министерства труда и соцзащиты имеются специалисты-медики, которые руководят работой медицинских учреждений ведомства:

- санатории для ветеранов (Ясельда (Пинск), Березина (Борисов), Белая Вежа (Каменец), Вежучи (Молодечно);
- в медицинских пунктах Домов социальных услуг, как правило, работают средние медицинские работники (фельдшера, медсестры).

Существующая правовая база здравоохранения РБ начала формироваться с 1991 года и этот процесс продолжается по настоящее время. В этот период приняты основные законы в области здравоохранения, которые с некоторыми поправками и сейчас определяют его правовую деятельность (Приложение №2) Законы Республики Беларусь об охране населения:

- Конституция Республики Беларусь;
- Закон «О здравоохранении»;
- Закон «О санитарно-гигиеническом благополучии населения»;
- Закон «О правах ребенка»;
- Закон «О социальной защите инвалидов»;
- Закон «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов»;
- Закон «О трансплантации органов и тканей»;
- Закон «О первичной медико-санитарной помощи».

Принятие этих законов способствует лучшей организации медицинского обслуживания населения. Все другие нормативно-правовые акты, принимаемые органами власти называются подзаконными.

Виды медицинской помощи

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) – оказание доступной бесплатной медицинской помощи по месту жительства каждому гражданину (лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и других неотложных состояний, а также профилактика важнейших заболеваний и санитарное просвещение).

Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Специализированная медицинская помощь – оказание помощи при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий.

Медицинская реабилитация – комплекс мероприятий, направленных на восстановление функциональных резервов организма.

Паллиативная помощь – комплексная медицинская помощь гражданам, страдающим неизлечимыми заболеваниями.

Тема. Санитарно-эпидемиологическая служба. Предупредительный и текущий санитарный надзор

План:

1. Основные понятия и определения.

2. Задачи и основные принципы организации санитарно-эпидемиологической службы Беларуси.

3. Предупредительный и текущий санитарный надзор.

Проблемы влияния социальной и трудовой деятельности человека на его здоровье и проблемы предупреждения болезней волновали умы ученых во все времена. Впервые идеи управления общественным здоровьем зародились во второй половине XVIII века в Англии. В этот период очень быстро росли города. Численность населения в них выросла за счет притока сельского населения и повышения уровня рождаемости. В результате население проживало в переполненных неблагоустроенных сырых домах. Условия труда были крайне тяжелыми – травмы и смерти среди рабочих были привычным явлением. Поэтому в Европе в начале XIX века стали активно разрабатываться правила, регулирующие состояние внешней среды и производственных условий. В этот период начали активно создаваться службы гигиенического контроля и санитарной инспекции, работники которых осуществляли контроль за исполнением этих правил.

В России становление управления общественным здоровьем связано с именами двух крупных деятелей советского здравоохранения Н.А. Семашко и З.П. Соловьева, которые с первых дней новой власти были активными организаторами социологических и демографических исследований, формирования медико-профилактических мероприятий в стране.

Основы современной санитарно-эпидемиологической службы Беларуси были заложены в 1919 году организацией санитарно-эпидемиологического отдела Народного комиссариата здравоохранения БССР, губернских медико-санитарных отделов и уездных подотделов. Главной задачей этих органов была организация профилактической работы по предупреждению болезней и распространение санитарно-гигиенических знаний среди населения. В 1922 года создавались санэпидстанции (СЭС) и при них пункты санитарного просвещения.

Общественная гигиена в Беларуси начала формироваться с открытия в 1924 г. на базе медицинского факультета БГУ кафедры социальной гигиены, а также с созданием Белорусского НИИ гигиены и санитарии и Белорусского НИИ эпидемиологии и микробиологии.

В 2002 году Министерством здравоохранения Республики Беларусь принято решение о создании на базе крупных санэпидучреждений Центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья (ЦГиЭ) с включением в их структуру центров здоровья и центров по борьбе с ВИЧ/СПИД.

Основные понятия и определения

Санитарно-эпидемиологическая служба (СЭС) – это отрасль медицины, включающая органы и учреждения, осуществляющие санитарно-эпидемиологический надзор в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения республики.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения – состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует

вредное воздействие факторов внешней среды и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности.

Санитарно-эпидемиологическая обстановка – состояние здоровья населения и среды обитания людей на определенной территории в конкретно указанное время.

Санитарно-противоэпидемические мероприятия – организационные, административные, инженерно-технические, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращения возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний и их ликвидацию.

Санитарно-эпидемиологический надзор – осуществление контроля государственными органами и формированиями центров здоровья за соблюдением санитарного законодательства РБ и предупреждением эпидемий.

Санитарно-эпидемиологическое расследование – деятельность центра гигиены и эпидемиологии по установлению причин и условий возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний.

Санитарные правила – нормативные правовые акты, устанавливающие санитарно-эпидемиологические требования, несоблюдение которых создает угрозу жизни или здоровью человека, а также угрозу возникновения и распространения заболеваний.

Санитарные конвенции – международные договоры, предусматривающие осуществление санитарного контроля, т.е. проведение санитарно-карантинных и других мероприятий в целях борьбы с распространением остроинфекционных (эпидемических) заболеваний. Международные санитарные правила (1969 г.) приняты большинством государств.

Задачи и основные принципы организации санитарно-эпидемиологической службы Беларуси:

- своевременная гигиеническая оценка всего нового, что внедряется в народное хозяйство;
- профилактика инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний населения;
- предупреждение вредного воздействия на человека факторов среды обитания;
- гигиеническое воспитание и образование населения.

Основные принципы организации санитарно-эпидемиологической службы.

1. Государственный характер всей санэпиддеятельности.
2. Планирование гигиенических и противоэпидемических мероприятий на основе современных достижений науки.
3. Управление санитарно-профилактическим и противоэпидемиологическим направлениям деятельности гармоничного сочетается и сосредоточено в центрах гигиены и эпидемиологии.

4. Санэпидслужба Республики Беларусь входит в состав Министерства здравоохранения и вся ее деятельность направляется Министром здравоохранения при участии всех работников системы здравоохранения.

Структура

Санитарно-эпидемиологическую службу Беларуси возглавляет Главный государственный санитарный врач республики, являющийся заместителем министра здравоохранения Республики Беларусь.

Руководство всей структурой санэпидслужбы ориентировано на классический административно-территориальный принцип. В каждом территориальном медицинском объединении (республика, область, город, район) назначен главный государственный санитарный врач, который является одновременно заместителем главного врача района и главным врачом центра гигиены и эпидемиологии.

В республике организовано 147 центров гигиены и эпидемиологии:

- 1) республиканских – 1;
- 2) областных и минский городской – 7;
- 3) городских – 21;
- 4) районных – 118.

Одновременно в республике функционируют ведомственные санэпидслужбы: ЦГиЭ Министерства обороны, ЦГиЭ Министерства внутренних дел, ЦГиЭ Министерства транспорта. Указанные ведомственные ЦГиЭ решают специфические задачи, которые не могут выполнить территориальные санитарно-эпидемиологические центры.

Разработкой вопросов санитарно-эпидемиологической науки в РБ занимаются следующие научно-практические и научно-педагогические коллективы: Белорусский научно-практический центр гигиены, Белорусский научно-практический центр эпидемиологии, кафедры гигиенического и эпидемиологического профиля медицинских университетов и Белорусской медицинской академии последипломного образования.

Центры гигиены и эпидемиологии (ЦГЭ)

1. Республиканский центр гигиены и эпидемиологии (РЦГиЭ) является организационно-методическим центром для санитарно-эпидемиологической службы Республики Беларусь.

Организационная структура РЦГиЭ: оргметодотдел, санитарно-гигиенический отдел, эпидемиологический отдел, дезинфекционный отдел, радиологический отдел, отдел карантинных инфекций и др.

2. Областные и Минский городской центры гигиены и эпидемиологии имеют в составе те же отделы, что и РЦГиЭ.

3. В структуре городских ЦГиЭ имеются при отделе: санитарно-гигиенический, эпидемиологический, дезинфекционный.

4. Районные ЦГЭ имеют в своем составе два отдела: санитарно-гигиенический с лабораторией и эпидемиологический с бактериологической лабораторией и дезинфекционным отделением.

Основная задача ЦГЭ – проведение государственного санитарно-эпидемиологического надзора за всеми организациями и учреждениями не

зависимо от формы собственности и ведомственной принадлежности. При этом ведомственные ЦГЭ выполняют все требования закона и подзаконных актов, изданных МЗ РБ.

Вся деятельность ЦГиЭ включает два стратегические направления:
а) предупредительный надзор; б) текущий надзор.

Основными задачами предупредительного санитарного надзора являются: проведение экспертизы проектной документации и надзор за строительством; участие в комиссиях при вводе в эксплуатацию жилых домов, промышленных предприятий, клубов и др.; санитарно-гигиеническая оценка опытного и серийного оборудования; санитарно-гигиеническая оценка полимерных и синтетических материалов. Задачи текущего санитарного надзора: систематическое наблюдение за санитарным состоянием действующих объектов; контроль за технологией производства промышленных товаров и продуктов питания.

Противоэпидемиологические мероприятия предупредительного и текущего надзора: обезвреживание источника инфекции; прерывание путей передачи распространения инфекционных болезней; повешение невосприимчивости населения к инфекциям (прививки).

В процессе санэпиднадзора специалисты ЦГЭ используют следующие методы:

- регулярное обследование объектов административной территории;
- проведение лабораторных и инструментальных исследований и измерений в процессе надзора;
- обработка информации и обобщение материалов и принятие решений, постановлений.

Ответственность за нарушения в сфере санэпидблагополучия

За несоблюдение и нарушение законодательства и подзаконных актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия установлены следующие виды ответственности: дисциплинарная – ответственность заключается в наложении дисциплинарного взыскания администрацией той организации, где трудится работник или вышестоящим в порядке подчиненности органом; административное наказание включает административный штраф, лишение специального права, предоставленного физическому лицу, дисквалификация, административное приостановление деятельности; уголовная ответственность применяется при совершении общественно опасных действий или бездействие лица и наступившие общественно опасные последствия, в отношении которых установлена его вина (регулируется Уголовным кодексом и предусматривает штраф, ограничение свободы, лишение свободы).

Деятельность всей санитарно-эпидемиологической службы Республики Беларусь определяется Конституцией Республики Беларусь и Законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» 1993 г., а также подзаконными нормативами и правилами, отдельными постановлениями Правительства, решениями депутатов Верховного Совета.

Тема. Организация лечебно-профилактической помощи городскому населению. Медобслуживание рабочих промышленных предприятий

План:

1. Медицинская помощь в амбулаторно-поликлинических учреждениях.
2. Медицинская помощь в стационарах.
3. Организация медицинской помощи работникам крупных предприятий.

Медицинская помощь населению Беларуси зависит от мест проживания и условий ее оказания. Можно выделить амбулаторно-поликлиническую, стационарную (больничную), скорую медицинскую помощь, а также специализированные ее виды (стоматологическая и реабилитационная), включая санаторно-курортное лечение.

Выделены особенности организации медицинской помощи отдельным группам населения: женщинам, детям, работникам крупных предприятий, сельскому населению и др.

Медицинская помощь в амбулаторно-поликлинических учреждениях – это самый массовый вид медпомощи. Она оказывается в тех случаях, когда не требуется круглосуточное наблюдение за пациентами и их изоляция, а также применение специальных методов лечения.

К амбулаторно-поликлиническим учреждениям относятся: фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), сельские врачебные амбулатории (СВА) и амбулатории врача общей практики (ВОП), поликлиники, диспансеры, женские консультации, здравпункты.

В указанных учреждениях оказывается доступная бесплатная медпомощь, основанная на участковом принципе обслуживания и использования системы этапности (поликлиника → больница → поликлиника). Существенной особенностью амбулаторно-поликлинической помощи является ее профилактическая направленность, а основным методом профилактики является диспансеризация (выявление заболеваний на ранних стадиях, динамическое наблюдение и лечение).

Фельдшерско-акушерский пункт – первичное доврачебное медицинское учреждение, оказывающее медико-санитарную помощь сельскому населению. Медицинский персонал ФАПа осуществляет на закрепленной территории комплекс лечебно-профилактических мероприятий, оказывает больному первую доврачебную помощь на амбулаторном приеме и на дому. Медицинскую помощь оказывают в пределах компетенции и прав фельдшера и акушерки.

Основные задачи ФАПа:

- оказание доврачебной помощи населению;
- организация патронажа детей и беременных женщин;
- проведение комплекса профилактических, противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости;
- участие в текущем санитарном надзоре за учреждениями для детей и подростков;

- проведение подворных обходов по эпидемическим показаниям с целью выявления инфекционных больных и контактных с ними лиц.

Фельдшерско-акушерский пункт фактически является первым звеном в системе первичной медико-санитарной помощи сельскому населению.

Здравпункт – это, как правило, первичное доврачебное медицинское учреждение, оказывающее помощь пациентам по месту работы на предприятиях, а также по месту учебы студентам учреждений образования.

В структуре здравпункта имеются медицинские работники со средним медицинским образованием и, чаще всего, стоматологи. Здравпункт является аналогом ФАПа и отличается только по обслуживаемому контингенту граждан.

Амбулатория (лат. ambulo – хожу, гуляю) – лечебно-профилактическое учреждение, преимущественно в сельской местности, оказывающее помощь проходящим больным и на дому по основным лечебным специальностям (терапия, хирургия, акушерство, педиатрия). Другими словами, амбулатория – лечебно-профилактическое учреждение для проходящих больных. В амбулатории, как правило, прием больных ведет и стоматолог. В амбулатории оказывается первая врачебная помощь, как было сказано выше, по терапии, хирургии, акушерству, педиатрии и стоматологии. Кроме того, оказывается экстренная медицинская помощь больным независимо от их места жительства в случае непосредственного обращения при возникновении острых состояний. Врач амбулатории проводит экспертизу временной нетрудоспособности больных в соответствии с действующими нормативными документами; организует и проводит диспансеризацию населения и профилактические прививки; занимается санпросветработой среди населения прикрепленной территории.

Амбулатория врача общей практики

Врач общей практики – это специалист лечебного дела, который оказывает первичную многопрофильную медицинскую помощь на догоспитальном этапе взрослому населению. Семейный врач оказывает первичную многопрофильную медицинскую помощь на догоспитальном этапе всему населению и, кроме того, занимается медико-социальными вопросами семьи. Главные задачи врача общей практики:

- проведение профилактических мероприятий среди обслуживаемого населения;
- оказание населению квалифицированной медицинской помощи на амбулаторном приеме и на дому;
- оказание экстренной медицинской помощи всем обратившимся больным;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности и выдача листков нетрудоспособности.

Как видно из перечисленных основных задач, функции врача общей практики (ВОП) и врача сельского врачебного участника (СВУ) идентичны.

Отличие состоит в том, что амбулатории ВОП, как правило, открываются в городах.

Поликлиника (греч. polis – город и klinike – лечение) – медицинское учреждение, оказывающее приходящим больным и на дому внебольничную медицинскую помощь всех видов. Городскому населению оказывает помощь городская поликлиника.

Если поликлиника предназначена для оказания медицинской помощи работникам промышленных предприятий, строительных и транспортных организаций, то ее считают медико-санитарной частью (МСЧ). Поликлиники различают по организации работы: объединенные со стационаром и не объединенные; по территориальному признаку – городские и сельские; по профилю – общие для обслуживания взрослого и детского населения и поликлиники, обслуживающие только взрослое или только детское население; специализированные – стоматологические, физиотерапевтические, курортные и др.

Городская поликлиника, организуемая в городах и агрогородках строит свою работу по участково-территориальному принципу. Медико-санитарная часть (МСЧ) обслуживает работников промышленных предприятий, строительных и транспортных организаций по цеховому (производственному) принципу.

К каждому участку прикрепляются врачи и медицинские сестры, которые оказывают медицинскую помощь населению участка. По участковому принципу работают терапевты, педиатры, акушер-гинекологи, фтизиатры и, по возможности, другие специалисты. Участковый терапевт – ведущая фигура на участке и в системе охраны здоровья населения.

Численность взрослого населения терапевтического участка составляет 1500-1700 человек в возрасте 18 лет и старше, а численность детского населения педиатрического участка – 800 детей.

Основные структурные подразделения поликлиники:

- руководство поликлиники;
- регистратура со столом справок;
- лечебно-профилактические подразделения (терапевтическое, хирургическое, стоматологическое и др.);
- вспомогательно-диагностические подразделения (рентгеновское (кабинет), лаборатория, функциональной диагностики, эндоскопическое (кабинет) и др.

По необходимости могут быть организованы и другие подразделения: дневные стационары, центры здоровья, отделения нетрадиционных методов лечения и др.

Диспансер (лат. dispenso – распределяю) – специальные лечебно-профилактические учреждения, оказывающие медицинскую помощь определённым контингентам населения и осуществляющие систематическое наблюдение за состоянием их здоровья.

Диспансеры предназначены для решения комплекса профилактических мероприятий для больных, страдающих социально-значимыми

заболеваниями, активного их выявления на ранних стадиях, а также лечения и реабилитации.

Существуют следующие типы диспансеров:

- врачебно-физкультурные;
- кардиологические;
- онкологические;
- кожно-венерологические;
- противотуберкулёзные;
- эндокринологические;
- психоневрологические.

Основной метод работы диспансеров – диспансеризация. Это систематическое врачебное наблюдение за состоянием здоровья определенных групп здорового населения с целью предупреждения и раннего выявления заболеваний, своевременного лечения и профилактики обострений.

Медицинская помощь в больницах

В стационарах оказывается преимущественно специализированная медицинская помощь при заболеваниях, требующих круглосуточного наблюдения, применения интенсивных методов лечения или изоляции пациента. В стационарах лечебно-профилактических учреждений сосредоточены основные ресурсы здравоохранения (оборудование и специализированные кадры).

Городская больница может быть объединенной или не объединенной с поликлиникой, многопрофильной или специализированной и различной коечной мощности. Основная задача городской больницы – оказание высококвалифицированной медицинской помощи населению.

Республиканские научно-практические центры (РНПЦ) проводят научные исследования по актуальным проблемам медицины и оказывают населению высокотехнологическую медицинскую помощь.

Организация медицинской помощи работникам крупных предприятий

Медицинская помощь работникам промышленных предприятий обеспечивается как медицинскими учреждениями в районе проживания, так и специализированными учреждениями – МСЧ и/или здравпунктами, расположенными на территории предприятий или в непосредственной близости от них. Все лечебно-профилактическую работу МСЧ и здравпункты проводят на предприятии.

МСЧ могут быть закрытого и открытого типа. МСЧ закрытого типа обслуживают только работников данного предприятия, а МСЧ открытого типа обслуживают семьи работников и население близлежащих участков. Среди задач МСЧ необходимо отметить следующее:

- оказание квалифицированной ПМСП и специализированной медицинской помощи прикрепленному контингенту;
- проведение мероприятий; по оздоровлению работающих;

- контроль за соответствием состояния здоровья работающих условиям труда.

Деятельность МСЧ независимо от формы собственности регламентируется законами страны и нормативными документами Минздрава по вопросам охраны здоровья населения и уставом учреждения (предприятия, организации). МСЧ оказывают медицинскую помощь работникам предприятий по принципу цеховой участковости (цеховой участок возглавляет цеховой терапевт). Цеховой терапевт должен знать особенности технологического процесса в цехах и вопросы профессиональной патологии.

Тема. Медико-социальная помощь сельскому населению

План:

1. Особенности организации медицинской помощи сельскому населению.

Основные особенности оказания медицинской помощи в сельской местности: этапность, наличие специальных медицинских учреждений, использование специальных форм и методов работы.

Этапы оказания медицинской помощи сельскому населению: первый этап – фельдшерско-акушерский пункт, который находится в структуре сельского врачебного участка (первую врачебную помощь оказывает врач СВА или СУБ); второй этап – медицинские учреждения района; третий этап – областная больница и другие областные медицинские учреждения.

Особенности организации медицинской помощи в сельской участковой больнице:

- нет четкого ограничения времени приема пациентов;
- в отсутствие врача прием ведет фельдшер;
- вызовы на дом обслуживает врач и фельдшер СВА и ФАПа;
- врач и фельдшер обязательно информируют персонал о своем местонахождении на случай необходимости оказания неотложной помощи.

Основные особенности организации медицинской помощи в районной больнице:

- обеспечение населения района и районного центра квалифицированной медицинской помощью;
- организационно-методическое руководство учреждениями здравоохранения района.

Основные особенности организации медицинской помощи в областной больнице:

- обеспечение населения области специализированной и консультативной медицинской помощью в амбулаторных и стационарных условиях;
- организационно-методическая помощь всем ЛПУ области;
- оказание экстренной медицинской помощи средствами санитарной авиации и наземного транспорта с привлечением врачей-специалистов областных медицинских учреждений;

- анализ и управление качеством медицинской помощи во всех ЛПУ области.

В областной больнице должны быть следующие структурные подразделения: стационар; консультативная поликлиника; лечебно-диагностические отделения; организационно-методический отдел с отделением медицинской статистики; отделение экстренной и планово-консультативной помощи.

Таким образом, областная больница является лечебно-профилактическим, организационно-методическим и учебным центром всех учреждений здравоохранения области.

Тема. Общественные медицинские объединения: история возникновения, концептуальные основы деятельности

План:

1. История возникновения и совершенствования деятельности общественных медицинских объединений РБ.

2. Концептуальные основы деятельности общественных медицинских объединений РБ.

3. Взаимодействие общественных медицинских объединений с Министерством здравоохранения и Международными медицинскими обществами.

Общественное объединение – в РБ добровольное, самоуправляемое, некоммерческое формирование, созданное по инициативе граждан, объединившихся на основе общности интересов для реализации общих целей, указанных в уставе общественного объединения.

Первые медицинские общества возникли в Европе в XIX веке. Медицинские общественные объединения на территории нынешней Беларуси стали создаваться одновременно с наиболее ранними обществами Российской империи. Это связано с третьим разделом Речи Посполитой и вхождением в состав России западных земель. Первым в 1862 г. было образовано Могилевское общество врачей. В этом же 1862 году начало свою деятельность Общество Минских врачей. Позднее было создано Общество Гродненских врачей (1870 г.) и Общество Витебских врачей (1874 г.). в уездных городах врачебные общества появились позже – в начале XX века: в Бобруйске (1902 г.), Бресте (1903 г.), Гомеле (1910 г.).

Первые медицинские общественные объединения стремились содействовать усовершенствованию медицинских наук, улучшению санитарного состояния населенных мест и снижению заболеваемости инфекционными болезнями. Деятельность медицинских обществ осуществлялась согласно нормальному уставу Российской империи 1869 г., в основу которого были положены уставы Минского и Гродненского обществ.

С конца XIX в. начали созываться съезды врачей. Первый съезд врачей Гродненской губернии в 1892 г. был целиком посвящен вопросам сельской медицины. На съезде врачей Витебской губернии в 1899 г. были рассмотрены вопросы санитарного надзора и меры борьбы с заразными болезнями, а также

вопросы организации медицинской помощи. Первый съезд врачей Минской губернии состоялся 22-25 января 1908 г., на котором решались вопросы становления земской медицины.

В Минской губернии, после введения выборных земств, наряду со съездами, организованными обществом врачей, начали созываться съезды земских врачей для решения задач по улучшению медицинской помощи сельскому населению. Впервые такой съезд был созван в 1912 г. для обоснования мер борьбы со свирепствовавшей в то время эпидемией скарлатины.

Важной стороной деятельности врачебных обществ и отдельных врачей явилось установление и укрепление научных медицинских связей с учеными Петербурга, Москвы и Западной Европы.

В начале 20-ых годов XX в. в БССР возрождаются и создаются вновь десятки общественных медицинских объединений, деятельность которых продолжает исторические традиции и приобретает новые направления в соответствии с идеологией новой власти. По мере развития науки и совершенствования здравоохранения стали создаваться общества врачей-специалистов. В 20-30-е годы были учреждены общества дерматовенерологов, отоларингологов, хирургов, акушер-гинекологов, педиатров и др. в 1923 г. общества были преобразованы в научные ассоциации, а в 1933 г. последние были реорганизованы в профессиональные общества (хирургов, педиатров и пр.). огромное влияние на деятельность обществ оказало открытие медицинского факультета БГУ в 1921 г.

В 20-30-е годы члены общественных медицинских объединений проводили большую работу по организации съездов: санитарных врачей в 1926 г., отоларингологов в 1926 г., хирургов в 1929 г.

Политические репрессии 30-ых годов, уничтожавшие творческую интеллигенцию, постоянный поиск «врагов народа» пробуждали страх перед беззаконием власти. Идеологизация медицины наглядно прослеживается в статьях медицинских журналов и в докладах на заседаниях научных обществ тех лет. В 1940 г. все медицинские общественные объединения БССР были объединены в Единое Всебелорусское медицинское общество.

Деятельность научных медицинских обществ была прервана нападением фашистской Германии и оккупацией территории Белоруссии. Сразу после освобождения от немецко-фашистских оккупантов в республике начало работать большинство областных и городских медицинских обществ. Научные медицинские общества создавались преимущественно по территориальному принципу. Уставы республиканских, городских и областных обществ утверждались и регистрировались в Минздраве и облздравотделах. Для более четкого руководства деятельностью научных обществ в 1961 году при Минздраве СССР, а затем и при Минздраве БССР были организованы Советы научных медицинских обществ. В 1977 году были разработан и утвержден Приказом МЗ СССР новый типовой уставов Всесоюзного научного медицинского общества.

После обретения суверенитета в Республике Беларусь зарегистрировано в Министерстве юстиции около 50 общественных медицинских объединений врачей-специалистов и фармацевтов, а также 25 общественных объединений и фондов по оказанию помощи больным различными заболеваниями (преимущественно детям): гемофилией, сахарным диабетом и др. Кроме того, в Республике Беларусь функционирует ряд международных медицинских и парамедицинских общественных объединений: «Белорусский комитет Красного Креста», «Руки помощи», «Сотрудничество», «Чернобыль-помощь» и другие. Основные положения деятельности общественных организаций и фондов представлены в приложении.

Концептуальные основы деятельности общественных медицинских объединений Беларуси в современных условиях

В 90-е годы XX века произошли кардинальные изменения в политической и экономической жизни Восточной Европы, которые, так или иначе, коснулись всех государств на всех континентах. Республика Беларусь обрела независимость и массу проблем по созданию суверенного государства. Поэтому деятельность всех общественных объединений, в том числе и медицинских, претерпела существенные изменения.

В самом начале девяностых годов деятельность медицинских общественных объединений приостановилась, но вскоре активизировалась в связи с активизацией социально-экономических процессов. Новое законодательство, высокая общественная активность граждан и сотрудничество с представителями зарубежных фармацевтических фирм и предприятий медицинской техники определяло новые концептуальные условия деятельности общественных медицинских объединений.

Юридические аспекты

Сегодня в Республике Беларусь существует значительное число законов и подзаконных актов, так или иначе, регулирующих вопросы деятельности общественных объединений. Только нормативных актов, в которых в качестве объекта регулирования упоминаются общественные объединения, насчитывается более 150.

Основным актом гражданского законодательства, осуществляющим общее правовое регулирование создания и деятельности некоммерческих организаций является Гражданский кодекс Республики Беларусь (введен в действие 1 июля 1999 года), который устанавливает общие нормы в отношении всех юридических лиц.

Кодекс указывает на то, что вопросы создания и деятельности отдельных видов общественных объединений регулируются специальным законодательством. Кроме того, источником прямого регулирования создания «деятельности общественных объединений является Закон Республики Беларусь «Об общественных объединениях» от 4 октября 1994 года. Изменения и дополнения в данный закон вносились четыре раза. На сегодняшний день принята новая редакция указанного закона от 19 июля 2005 года № 36-З.

Закон Республики Беларусь «Об общественных объединениях» подразделяет общественные объединения на республиканские, местные и международные, исходя из принципа «территориальности» их создания. Исходя из возрастного критерия объединяющихся лиц, законодательство выделяет детские и молодежные общественные объединения. При этом не допускается создание общественных объединений, деятельность которых направлена на свержение либо насильственное изменение конституционного строя, нарушение целостности и безопасности государства, пропаганду войны, насилия, разжигания национальной, религиозной и расовой вражды, а также общественных объединений, деятельность которых может отрицательно влиять на физическое и психическое здоровье граждан.

Статья 9 регламентирует учредительные документы общественных объединений. Учредительным документом общественного объединения является устав данного объединения, который должен содержать следующие разделы:

1. Полное и сокращенное название общественного объединения.
2. Цели и задачи, предмет и методы деятельности общественного объединения.
3. Указание на территорию распространения деятельности общественного объединения.
4. Условия и порядок приобретения и утрата членства в общественном объединении, а также порядок учета членов общественного объединения.
5. Права и обязанности членов общественного объединения.
6. Порядок управления деятельностью общественного объединения.
7. Источники и порядок формирования денежных средств и иного имущества общественного объединения.
8. Порядок внесения изменений и/или дополнений в учредительные документы.
9. Порядок реорганизации и ликвидации общественного объединения и порядок использования имущества, оставшегося после ликвидации общественного объединения.
10. Юридический адрес общественного объединения (место нахождения руководящего органа).
11. Структуру общественного объединения. Условия и порядок создания и прекращения деятельности его организационных структур.
12. В уставе общественного объединения могут содержаться и иные положения, касающиеся создания и деятельности общественного объединения и не противоречащие законодательству.

Структура и выборные органы общественных медицинских объединений

Высшим органом общественного объединения является съезд или конференция. Съезд или конференция проводится через 5 лет для обобщения важнейших научных достижений, обсуждения организационных и других вопросов, связанных с деятельностью объединения, перечень которых вносится в «План мероприятий Министерства здравоохранения РБ» в установленном порядке.

Экономические аспекты

Общественное объединение может иметь здания или часть их, сооружения, иное имущество, необходимое для обеспечения деятельности, предусмотренной уставом, за исключением объектов, которые согласно законодательству, могут находиться только в собственности государства.

Руководитель организации обязан организовать бухгалтерский учет и создать необходимые денежные средства общественного объединения. Денежный фонд объединения формируется из вступительных взносов, добровольных взносов и пожертвований, поступления от проведения лекций, выставок, оздоровительных и иных мероприятий, отчислений от доходов производственно-хозяйственной и издательской деятельности и других, не запрещенных законом поступлений. Денежные средства объединения могут расходоваться только на осуществление его уставных целей и задач.

Взаимодействие медицинских общественных объединений с Министерством здравоохранения Республики Беларусь

Для координации деятельности общественных медицинских объединений при Министерстве здравоохранения РБ создан Совет (приказ МЗ № 105 от 01.04.1998 «О совершенствовании работы Совета по работе с научными медицинскими обществами»). В состав Совета, как правило, включаются авторитетные члены медицинских общественных объединений и главные специалисты Минздрава Республики, а члены Совета часто входят в состав Правления медицинских обществ. В функции Совета входит планирование проведения съездов, пленумов, конференций, организация методической и финансовой поддержки при проведении съездов. Съезды и конференции проводятся по программе, утвержденной приказом Министра здравоохранения.

Взаимодействие общественных медицинских объединений с представительствами зарубежных фармацевтических компаний и заводов по производству медицинской техники

В начале 90-ых годов взаимоотношения медицинских общественных объединений с зарубежными компаниями, фактически определялись компаниями. По мере совершенствования законодательства Республики Беларусь деятельность представительств зарубежных компаний вошла в четкие рамки закона, а особенности работы медицинского общественного объединения с представительством зарубежных компаний закреплены в Уставе общественного объединения.

Итак, общественные медицинские объединения на территории современной Беларуси создавались одновременно с общественными объединениями Западной Европы и России. На протяжении более чем 160 лет эти организации, часто вопреки намерениям официальных властей, воплощали в жизнь великие идеи международного сотрудничества, охраны здоровья населения Беларуси, стимулировали научно-практические исследования на уровне мировых достижений. И сегодня общественные медицинские объединения РБ достойно претворяют в жизнь цели и задачи, обозначенные при их создании. Реализация заявленных целей и задач

общественными медицинскими объединениями РБ происходит на основании безукоснительного выполнения требований Гражданского кодекса и Закона «Об общественных объединениях». Исторически сложившиеся формы совместной общественной деятельности медицинских работников в современной Беларуси обрели юридическую основу, соответствующую демократическим принципам государства и европейским традициям

Тема. Репродуктивное здоровье и планирование семьи

План:

1. Женская консультация
2. Особенности организации медицинской помощи женщинам и детям

Женская консультация – это лечебно-профилактическое учреждение, осуществляющее квалифицированную акушерско-гинекологическую помощь по принципу диспансеризации, а также патронаж беременных.

По основному направлению деятельности и задачам женская консультация соответствует всем критериям диспансера.

Женские консультации чаще размещаются в составе крупных поликлиник, реже – при МСЧ или в составе объединенного родильного дома или являются самостоятельными лечебно-профилактическими учреждениями.

Работа женской консультации строится по участковому принципу. Под наблюдением у одного акушер-гинеколога находится примерно 2500-3000 женщин.

Основные мероприятия в сфере профилактики проводятся в области первичной профилактики (наблюдение за женщинами в течение всей жизни с целью предупреждения заболеваний и профилактики патологической беременности. Вторичная профилактика предусматривает раннее выявление заболеваний, соответствующее лечение и реабилитацию.

Анатомо-физиологические особенности детского организма и функции женщины по воспроизводству населения требуют специальной охраны здоровья ребенка и женщин репродуктивного возраста.

Система охраны материнства и детства (ОМД) ориентирована на профилактическое направление деятельности и включает: сохранение репродуктивного здоровья на всех этапах жизни детей и молодых людей; диспансерное наблюдение за группой «резерва родов» и детским населением; четкую организацию работы женской консультации, детских поликлиник и больниц, яслей, домов ребенка и школьных врачей.

Основой организации медицинской помощи женщинам и детям являются женские консультации, детские поликлиники, родильные дома, центры планирования семьи и репродукции человека. Учреждения, оказывающие медицинскую помощь женщинам и детям, условно подразделяются на следующие группы: лечебно-профилактические; оздоровительные; воспитательные.

Медицинская помощь женщинам и детям организована по тем же принципам, что и другим группам населения, но отличается более выраженной профилактической направленностью. Стационарная медицинская помощь роженицам оказывается в акушерских или акушерско-гинекологических отделениях родильного дома либо многопрофильной больницы. Для консервативного и хирургического лечения женщин организованы гинекологические отделения.

В педиатрии существуют два главные направления деятельности: 1) забота о сохранении и укреплении здоровья здорового ребенка; 2) проблема патологии детей.

В антенатальном периоде выделяют фазу эмбрионального и фазу плацентарного развития. Отклонения в развитии возникают преимущественно в фазу эмбрионального развития (первые 3 месяца беременности). Эта особенность эмбриогенеза определяет необходимость проведения антенатальной профилактики.

Установлена патогенетическая связь недоношенности, врожденных уродств и заболеваний новорожденных с заболеваниями беременных женщин, состоянием их эндокринной системы и острыми и хроническими заболеваниями у них.

Изменения в организме ребенка возникают сразу после рождения. С первым криком начинают функционировать дыхательная система и малый круг кровообращения; существенно меняется кровообращение в большом круге, терморегуляция; совершенно иным становится питание новорожденного.

В медицине долго существовал взгляд на детский организм как на миниатюрную модель взрослого человека, отличающегося лишь размерами.

Первичную медико-санитарную специализированную помощь детям в амбулаторных условиях оказывают детские поликлиники. Вся работа детской поликлиники строится в соответствии с основными принципами лечебно-профилактической помощи населению страны: участковый принцип обслуживания (на педиатрическом участке 800 детей); диспансерный метод работы; профилактическое направление (профилактические осмотры здоровых детей и комплексные медицинские осмотры детей с ранжированием их по группам здоровья).

Стационарная медицинская помощь детям оказывается в детских больницах или в педиатрических отделениях районных больниц. Детская больница включает в себя профильные отделения (педиатрические, хирургическое, инфекционное, которые подразделяются по возрасту и по полу среди детей старше 3 лет.

Приемное отделение детской больницы состоит из приемно-смотровых боксов. Для ограничения распространения инфекций предусмотрены палаты детей до 1 года на 1-2 койки и на 2-4 койки для более старших детей. Госпитализация детей первых 2-3 лет жизни проводится вместе с матерями.

Тема. Социальная геронтология. Медико-социальная помощь пожилым

План:

1. Основные понятия и определения.
2. Социальные проблемы пожилых и старых людей и организация амбулаторного медико-социального обслуживания.
3. Типы стационарных учреждений и отделений, ориентированных на геронтологических пациентов.

В последние десятилетия во всём мире остро встала проблема старения населения. В соответствии с прогнозом ООН численность людей старше 60 лет к 2050 году превысит 1 млрд, что составит 15 % всего населения. Беларусь не является исключением. В нашей стране доля лиц возрасте 60 лет и старше постоянно растёт и составляет $\approx 20\%$ населения страны. При этом постоянно увеличивается численность населения старших возрастов (старше 80 лет). Резкое старение населения является серьёзной проблемой любого государства – вот почему назрела крайнее необходимость в расширении медико-социальной помощи людям пожилого и старческого возраста.

Основные понятия и определения

Геронтология (греческая *gerontos* – старик) – наука, изучающая процессы старения, его биологические, медицинские, социальные, психологические, гигиенические и экономические аспекты.

Социальная геронтология – это область геронтологии, изучающая демографические, социально-экономические, социально-гигиенические, социально-психологические и социально-технические проблемы людей пожилого и старческого возраста. Другими словами, в поле зрения социальной геронтологии находится стиль жизни людей третьего возраста, адаптации к новой социальной роли в связи с выходом на пенсию, материальное положение, семейные отношения и др.

Гериатрия – составная часть геронтологии и включает в себя медицинские аспекты старения. Она изучает особенности клиники, диагностики, лечения и профилактики болезней в пожилом и старческом возрасте, так же организацию медико-социальной помощи лицам старших возрастных групп.

Старость (лат. *senilitas*) – естественный и закономерный процесс индивидуального развития, характеризующий завершающий этап жизни. Определяется в основном по хронологическому возрасту (75 лет и старше). В старческом возрасте вслед за морфологическими изменениями органов и тканей организма снижаются функциональные резервы, которые и определяют социально-экономические потери.

Старение (лат. *senescentia*) – это физиологический, нарастающий с возрастом универсальный эндогенный разрушительный процесс, который ведет к снижению адаптационных возможностей организма и проявляется повышением вероятности смерти.

Старение человека, продолжительность его жизни обусловлены влиянием генетических и средовых факторов. Среди множества теорий старения можно выделить две основные группы: теории клеточного повреждения и теории

программированного старения. Повреждение клеток вызывают свободные радикалы (побочные продукты окислительных метаболитов) и неэнзиматическое гликозилирование, вызывающее повреждение ДНК и появление белков старения. «Программированное старение» предполагает, что старение – результат последней генетической программы.

Возраст человека определяется как период в росте и развитии. В основу его определения могут быть заложены различные критерии: хронология, степень функциональных резервов, социальная зрелость и др.

Хронологический (календарный, паспортный) возраст – перечень периодов в жизни человека в их хронологической (календарной) последовательности. Определяется по календарю от момента рождения. В хронологическом возрасте выделяют следующие возрастные периоды: молодость (до 44 лет включительно); зрелый возраст (45-59 лет); пожилой (60-74 года); старческий (75 лет и старше); долгожители (90 лет и старше).

Биологический возраст определяется по состоянию и динамике функциональных резервов органов и систем организма. Биологический возраст в отличие от хронологического характеризует индивидуальный перечень периодов в жизни человека.

Социальный возраст – перечень периодов в жизни человека в соответствии с его ролью в обществе.

Психологический возраст – это психологическое и эмоциональное самоощущение своего места в возрастной структуре. Определяется закономерностями психического развития человека.

По степени соответствия хронологического и биологического возрастов выделяют три типа старения: физиологическое (красивое), ретардированное (замедленное) и преждевременное (ускоренное).

Физиологическое (красивое) старение – это естественное начало и постепенное развитие старческих изменений, характерных для данного вида и ограничивающих способность организма адаптироваться к окружающей среде. Стареть красиво может только здоровый человек!

Преждевременное (ускоренное) старение (прогерия) возникает тогда, когда возрастные изменения развиваются раньше, чем у здоровых людей соответствующего возраста, т.е. при преждевременном старении биологический возраст человека опережает паспортный. Патологические процессы приводят к ускоренному старению, поэтому первичная профилактика болезней, правильная и адекватная терапия уже имеющихся заболеваний являются надежным способом предупреждения ускоренного старения.

Ретардированное (замедленное) старение – возникает, когда возрастные изменения развиваются позже, чем у здоровых людей соответствующего возраста, т.е. при ретардированном старении биологический возраст человека меньше хронологического.

Социальные проблемы пожилого возраста и организация медико-социальной помощи гражданам пожилого и старческого возрастов

Проблема (греч. πρόβλημα – задача) – сложный теоретический или практический вопрос, вызывающий противоположные мнения, требующий изучения и разрешения. Социальная проблема – определённая степень противоречий в обществе, которая характеризуется усилением противоположных тенденций и интересов социальных общностей и индивидов. Таким образом, можно сделать вывод, что социальная проблема – это нежелательная ситуация, которую нужно изменить. Наиболее важные социальные проблемы в Республике Беларусь у людей пожилого и старческого возрастов:

- социальная защита пенсионеров и их семей;
- повышение уровня жизни граждан третьего возраста;
- изменение стиля жизни и адаптация к новым условиям, изменение статуса пожилых людей;
- одиночество;
- девиантное поведение стариков – социальное отчуждение и уход в себя;
- совершенствование медико-социального обслуживания граждан пенсионного возраста.

Возрастные изменения организма, наличие у каждого пожилого человека по 5-7 хронических заболеваний, полиорганная патология, обуславливает у пожилых людей, по сравнению с населением трудоспособного возраста, в несколько раз большую потребность в медико-социальной помощи. В настоящее время, практически, каждый 3-ий пациент в амбулаторно-поликлинических учреждениях является человеком пенсионного возраста, в стационарах от 40 до 60 процентов коечного фонда, а в сельской местности, особенно в зимний период, до 80% занято больными старше 60 лет.

Медицинская помощь этой категории населения оказывается всеми лечебно-профилактическими учреждениями без ограничения, соблюдаются принципы внеочередного и первоочередного медобслуживания участников войн. В то же время ее организация требует особого подхода, учета физиологических и психологических особенностей пожилых людей, создания, в ряде случаев, специальных условий.

В Республике Беларусь совершенствование системы медицинской помощи происходит за счет приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи, что позволит удовлетворить основные потребности населения в услугах по охране и укреплению здоровья с учетом социальной справедливости. Основным направлением реформирования первичной медико-санитарной помощи является ориентация на ключевую роль врача общей практики: обеспечение основного медицинского обслуживания, увеличение объемов первичной медико-санитарной помощи и сокращение специализированной, улучшение качества медицинских услуг и совершенствование оплаты труда медицинских работников. На первом этапе реформирования разрабатывается многовариантная система первичной медико-санитарной помощи, когда наряду с введением в практику работы

ЛПУ врача общей практики первичную медико-санитарную помощь осуществляют участковые терапевты, гериатры, гинекологи, стоматологи и врачи скорой помощи. Таким образом, основная забота об охране здоровья пожилых пока возлагается на участкового терапевта. Гериатр поликлиники осуществляет организационно-методическую помощь в обслуживании пожилых, ведет консультативный прием и проводит реабилитационные мероприятия в сформированных группах из числа пожилого населения, проживающего в зоне обслуживания поликлиники. Координаторами всей работы по вопросам гериатрии и межведомственного сотрудничества выступают гериатр, заведующий отделением, главный врач ЛПУ. Перспективным направлением развития гериатрической службы на уровне первичной медико-санитарной помощи является расширения сферы медико-социальных услуг (организаций гериатрических кабинетов и медико-социальных отделений, специализированных служб ухода за больными на дому, стационаров дневного пребывания, хосписов).

Региональные центры социальной защиты населения могут предоставить инвалидам и одиноко проживающим пенсионерам помощь социальных работников по уборке квартир, доставке продуктов и др. При этом медицинские услуги может предоставить и служба милосердия Красного Креста.

Медико-социальная помощь представляет собой комплекс мероприятий медицинского, социального, психологического, педагогического, реабилитационного и юридического характера, направленная на удовлетворение основных потребностей социально уязвимой категории граждан. Данная помощь предоставляется как амбулаторно-поликлиническими учреждениями здравоохранения, так и учреждениями сферы социального обслуживания граждан.

В настоящее время наряду с понятием медико-социальная помощь существует понятие социально-медицинская помощь. Медико-социальная помощь оказывается в стационарных учреждениях сферы здравоохранения, таких как медико-социальные отделения (отделения паллиативной помощи) и отделения сестринского ухода. Она направлена на обеспечение лечебных мероприятий и ухода с целью поддержания здоровья и способности к самообслуживанию пациентов.

Целью социально-медицинской помощи является поддержание и улучшение состояния здоровья граждан пожилого возраста, осуществление реабилитационных мероприятий путем организации лечебно-оздоровительных услуг, предоставления медикаментов и медицинской техники, консультирования, содействия в получении квалифицированной медицинской помощи, а также решения других социальных проблем жизнедеятельности. Данный вид помощи предоставляется в стационарных учреждениях социального обслуживания граждан пожилого возраста – домах-интернатах для престарелых и инвалидов (Бронников Т.В. и др. 2016).

Необходимо подчеркнуть, что установлена четкая взаимосвязь между качеством медицинской помощи и уровнем социального обслуживания, что

требует со стороны органов здравоохранения и социального обеспечения взаимно координированных усилий, а медицинский персонал, оказывающий помощь пожилым и старым людям, нуждающимся в социальной помощи, должен способствовать ее организации.

Гериатрические отделения стационаров предоставляют диагностические, лечебные и реабилитационные услуги больным пожилого возраста, перенесшим тяжелое инвалидизирующее заболевание. Такие отделения должны иметь не только палаты, диагностические и лечебные кабинеты, но и помещения для физической реабилитации, психотерапевтической помощи и трудотерапии. Гериатрический пациент ни в коем случае не должен находиться весь день в своей палате, в своей кровати. Большую часть дня он должен находиться в других помещениях гериатрического отделения. Сроки пребывания больного в гериатрическом отделении – от нескольких недель до 1,5 месяцев.

Отделения сестринского ухода, как правило, являются подразделениями многопрофильных стационаров. Основной функцией этих отделений является санитарно-гигиенический уход, поддерживающая терапия, психологическая поддержка больных, которым невозможно проводить активные медицинские вмешательства и реабилитацию. Больные находятся в отделении сестринского ухода длительно, иногда несколько месяцев. Летальность в таких отделениях может достигать 50%. Иногда возможен перевод больных в дома-интернаты.

Отделения сестринского ухода должны быть оборудованы современными средствами малой инвалидной техники: креслами, ходунками, передвижными ваннами для мытья больных, одноразовым бельем, специальной посудой для приема пищи лежа. Критерием эффективности работы отделения сестринского ухода являются: отсутствие запахов, отсутствие пролежней у больных, опрятное состояние каждого больного.

Хосписы и отделения паллиативной помощи должны располагать специфическими методами медицинской помощи: обезболивающая терапия, гемодиализ для больных ХПН, психотропная терапия для больных с тяжелыми нарушениями психики.

Отделение медико-социальной помощи частично выполняет функции вышеназванных отделений. Чаще всего отделения медико-социальной помощи создаются в сельской местности. Такие отделения не имеют реабилитационной базы как гериатрические, не имеют средств малой инвалидной техники как отделения сестринского ухода, но они могут оказать медико-социальную помощь одиноким и одиноко проживающим престарелым гражданам преимущественно в зимний период.

Стационарное лечение ветеранов в республике обеспечивают 4 госпиталя инвалидов ВОВ. В многопрофильных больницах имеется 1680 палат повышенной комфортности для ветеранов ВОВ. С целью улучшения качества лечения и ухода за пациентами третьего возраста выделено 2500 медико-социальных коек, на которых за год пролечивается более 16000 лиц

пожилого и старческого возрастов, при средней длительности пребывания больного на койке около 40 дней.

На базе сельских участковых больниц в республике открыты 4 больницы сестринского ухода на 90 коек, в том числе: 2 – в Витебской области на 30 коек, 1 – в Могилевской области на 10 коек и 1 – в Гомельской области на 50 коек.

В стационарных социальных учреждениях (домах-интернатах) нуждаются в основном граждане пожилого и старческого возраста одинокие и одиноко проживающие, которым необходима постоянная посторонняя помощь в самообслуживании.

Пенсионное обеспечение в республике осуществляется на основе принципов всеобщей доступности и многообразия его видов. Право на него представляется всем нетрудоспособным лицам в виде трудовой или социальной помощи, постоянно проживающим в Республике Беларусь независимо от гражданства. Для обеспечения социальной защиты пенсионеров в условиях роста стоимости жизни производится индексация пенсий. Совершенствование пенсионной системы проводится с учетом реальной социально-экономической ситуации в стране.

Тема. Биоэтика: взаимоотношение врача и пациента, эксперименты на человеке, эвтаназия, аборт, новые репродуктивные технологии, трансплантация органов и тканей, психиатрические аспекты биоэтики

План:

1. Основные определения и понятия.
2. Взаимоотношения врача и пациента. Основные модели.
3. Основные проблемные вопросы биомедицинской этики: болезнь, смерть, эвтаназия, суицид.
4. Паллиативная помощь. Хосписы.
5. Современные медицинские технологии и биомедицинская этика.
6. Контрацепция. Прерывание беременности. Бесплодный брак. Экстракорпоральное оплодотворение.

Медицинская этика возникла тысячелетия назад, одновременно с началом врачевания. Во многих древнейших письменных источниках по медицине наряду с советами по сохранению здоровья и лечению болезней излагаются правила поведения врача. Наиболее известным документом является Клятва Гиппократа (V в. до н.э.), оказавшая огромное влияние на все последующие развитие медицинской этики. Постепенно определились основные вопросы медицинской этики: врач и общество, отношение медицинских работников к здоровому и больному человеку; взаимоотношение с людьми, окружающими больного; медицинская тайна; взаимоотношения медицинских работников; этика обучения медицине и усовершенствование знаний; этика научных исследований; внешний вид медицинских работников. Нормы медицинской этики изменялись в зависимости от социальных условий и прогресса медицины.

Последние достижения биологической и медицинской наук, приведшие к развитию новых медицинских технологий, и появившиеся возможности ее применения вызвали обеспокоенность общества о возможных негативных последствиях ряда биомедицинских воздействий на человека. Все это, а также большое внимание к правам личности, в том числе и к правам пациента, послужило предпосылкой для возникновения и развития биоэтики. Термин «биоэтика» был введен американским биологом В.Ф. Поттером в 1969 г. По его определению, биоэтика – это соединение биологических знаний и человеческих ценностей.

Основные определения и понятия

Биоэтика – область исследований и практическая деятельность, предметом которой являются ценности, этические проблемы взаимоотношения врача и пациента, социальной политики в области здравоохранения, применение новых медицинских технологий.

Этика (лат. ethica, от греч. ηθικός – связанный с обычаями) – учение о морали, ее принципах, нормах и роли в обществе, другими словами, этика – это мораль определенной социальной или профессиональной группы.

Мораль (фр. morale, от лат. moralis – нравственный) – совокупность принципов и норм поведения людей по отношению друг к другу, обществу.

Нравственность – совокупность норм, определяющих поведение человека.

Деонтология (греч. деон – нужное, должное + логия) – профессиональная этика медицинских работников, принципы их поведения в отношении к больным.

Медицинская субординация (лат. sub. – под и ordination – приведение в порядок) – система подчинения младшего медперсонала старшему. Это система корпоративного этикета.

Проблемное поле биомедицинской этики

Будучи междисциплинарной областью знаний, биоэтика изучает философские, моральные, правовые и социальные проблемы, рождающиеся по мере развития биологии и медицины. В большинстве работ о биоэтике указывается, что она охватывает медицинскую этику и простирается за ее пределы. Биомедицинская этика в любой стране является функцией комплекса взаимозависимых факторов: 1) состояние биологических и медицинских знаний, экспертизы, практики и темпов их развития; 2) преобладающая в данном обществе этическая теория и практика; 3) социально-экономические условия каждого общества, его историческое и культурное развитие.

В настоящее время биоэтика включает широкий круг проблем, среди них основные.

1. Взаимоотношения врача и пациента. Права пациента.
2. Эксперименты на человеке.
3. Эвтаназия (активная и пассивная).
4. Аборт.
5. Новые репродуктивные технологии.

6. Генетика, генная технология.
7. Трансплантация систем и органов.
8. Психиатрия, права душевнобольных.
9. Анализ концепций социальной справедливости и определение политики в области здравоохранения.

Во многих странах эти проблемы обсуждаются средствами массовой коммуникации, влияют на установки медицинских работников и на общественное мнение. Примечательным моментом сегодняшней ситуации является возникновение и укрепление в развитых странах того, что можно назвать биоэтической инфраструктурой, что обеспечивает взаимодействие медиков и научных работников, пациентов и их близких, юристов, философов, геологов, политических и общественных деятелей. Центральным звеном являются комитеты, советы или комиссии по биоэтике при медицинских учреждениях. Появились серии книг и журналов по биоэтике, энциклопедия по биоэтике. Проводятся конгрессы и симпозиумы. Ведется преподавание курсов биоэтики в университетах и медицинских учебных заведениях.

В нашей стране изучение биоэтики началось на 15-20 лет позже по сравнению с другими европейскими странами. В двухтысячные годы созданы «Национальный комитет по биоэтике» и Национальный этический комитет ассоциации врачей, в УВО биоэтика включена в программу подготовки специалистов-медиков.

При определении тактики решения различных проблем медицинской этики и биоэтики основываются на таких известных документах, как «Всеобщая декларация прав человека» (1948), «Декларация прав ребенка» (1959) и основанная на ней «Конвенция ООН о правах ребенка» (1989). Главная цель Конвенции состоит в максимальной защите интересов ребенка, Определяя права детей по различным аспектам, она устанавливает и правовые нормы ответственности государства, вводит специальный механизм контроля. Комитет ООН по правам ребенка наделяет ее высокими полномочиями.

Существует также целый ряд этических документов общего характера, где отражаются многие принципы медицинской этики. К таким, например, относятся «Женевская декларация», принятая в 1949 г. Всемирной медицинской ассоциацией и представляющая собой текст присяги, которую приносят врачи стран - членов Всемирной медицинской ассоциации; в 1949г. был принят «Международный кодекс медицинской этики», который более подробно излагает нормы профессиональной медицинской морали. Кроме того, разработаны документы, регламентирующие проведение экспериментов на человеке (около 30), генетические исследования, отношение к абортам, права доноров и реципиентов при трансплантации органов и др.

В нашей стране в 1992 г. принят закон «О трансплантации органов и тканей»; закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»; в 1993 - «Основы законодательства об охране здоровья граждан», которые прошли экспертизу авторитетных международных здравоохранительных и правозащитных организаций, впервые включили в себя немало прогрессивных и гуманных норм, в

частности, специальные статьи посвящены правам пациента, медицинской тайне, эвтаназии, аборту, новой репродуктивной технологии и др.

Обсуждается проект Постановления МЗ РБ «О нормах медицинской этики и деонтологии». Документ представляет собой свод норм медицинской этики и деонтологии, определяющих требования, предъявляемые к поведению медицинских, фармацевтических работников при осуществлении ими должностных обязанностей в Беларуси.

В проекте, в частности, говорится, что медицинские, фармацевтические работники должны соблюдать такие морально-этические нормы поведения, как уважение, сочувствие, гуманность, вежливость, толерантность, сдержанность, коллегиальность, демократичность, неконфликтность, конфиденциальность.

С пациентами и иными лицами медработники должны честно и добросовестно, на высоком профессиональном уровне, эффективно решать поставленные задачи, связанные с исполнением должностных обязанностей, не допуская формализма и бюрократизма, проявляя при этом допустимую самостоятельность, высокую организованность, требовательность и принципиальность. Они должны информировать в доступной и понятной для пациента форме о возможных нежелательных эффектах при применении лекарственных средств и медицинских изделий, воздерживаться от какой-либо формы рекламы, относящейся к своей профессиональной деятельности, в общении использовать деловую манеру, а также избегать любых действий, подрывающих доверие общества к системе здравоохранения.

Взаимоотношения врача и пациента. Основные модели

Во взаимоотношениях врача и пациента традиционно обязательными являются преданность врача интересам больного, профессиональная честность, конфиденциальность (медицинская тайна).

Исторически сложилась так называемая патерналистская, или авторитарная, модель взаимоотношений врача с больным. В данной модели врач принимает на себя обязанность действовать на благо пациента и сам же определяет, в чем это благо заключается. Врач решает, в какой мере и в каком аспекте информировать больного о его состоянии и перспективах лечения, причем так, чтобы получить согласие на запланированную им тактику лечения. За врачом остается последнее слово в выборе методов лечения. Таким образом, врач берет на себя всю ответственность за лечение и исход болезни. В связи с большим вниманием к правам человека в течение двух последних десятилетий встал вопрос об участии пациента в принятии врачебного решения и отхода от патерналистской модели.

Многие врачи считают допустимой патерналистскую модель только по отношению к детям, к лицам с резко сниженным интеллектуальным уровнем, к больным, находящимся в бессознательном состоянии. Однако крайний патернализм недопустим и к указанным пациентам. В педиатрической практике мать (или другие родственники ребенка) является, как правило, участником всех взаимоотношений врача с ребенком. Поэтому обсуждается вопрос, насколько допустим патерналистский подход по отношению к матери. Однозначно на этот

вопрос ответить невозможно. Это зависит от многих причин: от отношения матери к ребенку, от ее физического и психического состояния, способности понять информацию врача и принять решение. Если патерналистский подход возможен по отношению к малолетнему ребенку, находящемуся в интернатном учреждении, или в стационаре без родителей, или при необходимости экстренной помощи, то по отношению к матери этот подход допустим только в крайних случаях, например, при полной незаинтересованности родителей в здоровье ребенка или их психической неполноценности.

Патерналистская модель предполагает возможность принудительной госпитализации больных определенных категорий: психических больных, больных с инфекционными заболеваниями и др. В этом случае приводятся объяснения, что интересы общества выше интересов отдельного человека.

В то же время врачи сталкиваются с «вмешательством в медицинскую деятельность» пациентов и их родственников, что вполне объяснимо, так как любой человек желает получить более полную информацию о своем состоянии здоровья. Обычно в практике педиатра наблюдается, что любящая мать хочет знать все мелочи, связанные со здоровьем ребенка, иногда она просит направить ее ребенка на дополнительные исследования, проконсультировать у других специалистов, назначить нужное, по ее мнению, лекарство. И это является ее законным правом, закрепленным в «Основах законодательства» (статьи 30, 31).

Старая модель патернализма постепенно изживает себя, что проявляется в феномене кризиса доверия между врачом и пациентом. В мире, наряду с патерналистской моделью, которая в ряде стран уже уходит в прошлое, существуют и другие модели взаимоотношения врача и пациента. Изучением проблем, возникающих при использовании различных моделей, и занимается биоэтика. Эти антипатерналистские модели вызваны к жизни системой здравоохранения (страховая и частнопредпринимательская медицина), новыми медицинскими технологиями, растущим образовательным уровнем населения, требованием автономии больного, большим вниманием к юридическим нормам, регламентирующим лечение, установлением правового статуса пациента. Декларация Всемирной медицинской ассоциации (Венеция, 1983) провозгласила: «Врач должен уважать права пациента».

В основу этих моделей положен ряд принципов: автономия личности, компетентность больного, информированное согласие, конфиденциальность и др. Главным отличием моделей друг от друга является понимание автономии пациента. Автономия, или самоопределение, человека — одна из высших ценностей цивилизованного общества. Под автономией пациента понимается его право выбора метода лечения и полного контроля за любым медицинским вмешательством. Учитывая автономию пациента, врач должен опираться на представления самого пациента о том, что является благом для него, а не рассматривать собственное мнение в качестве единственного правильного.

Если в патерналистской модели информирование пациента ставится в зависимость от желания врача, то в новых моделях получение информации становится правом больного. Пациент вправе знать правду о своем состоянии, о всех существующих способах лечения его заболевания и риске, связанном с

каждым из них. Право на полную и правдивую информацию входит в противоречие с принципами классической медицинской этики, идущими от Гиппократата: «Окружи больного любовью и разумным утешением, но главное, оставь его в неведении о том, что ему предстоит, и особенно, что угрожает». Эта же мысль высказана крупнейшим клиницистом конца XIX в. Г.А. Захарьиним: «Открыть же больному все опасения, которые возникают во враче, - всегда ошибка со стороны последнего, а иногда и прямо преступление...». В ряде случаев откровенное объяснение врача ведет к так называемой информационной или психогенной ятрогении. Сообщение больному, особенно с тяжелым, неизлечимым заболеванием, правды о его состоянии может резко ухудшить его психическое и даже физическое состояние.

Право граждан на информацию о состоянии здоровья закреплено в «Основах законодательства» в статье 31. Здесь же указано, что в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии их здоровья предоставляется их законным представителям. Продолжением статьи 31 является утверждение о том, что «информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лица, которому должна быть передана такая информация.

Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны».

В соответствии с признанием автономии пациента особую значимость приобретает понятие «информированное согласие».

Самый важный принцип деонтологии на протяжении многих веков – не навреди! При этом, врач обязан применить все знания и опыт для спасения больного. Эта, можно сказать, заповедь гармонично сочетает осторожность и активность при оказании помощи больному. Н.В. Эльштейн пишет, «Особенности современного пациента (психологические и клинические), постарение населения, изменение характера медицины, в частности ее все более широкая технизация, а также влияние средств массовой информации должны учитываться при рассмотрении проблем взаимоотношений врача с больным в настоящем, и еще больше – в будущем». И далее «Думается, до тех пор, пока будут существовать болезни и смерть, а они неизбежны, человек будет недоволен медициной. Каждый шаг вперед врачи будут воспринимать как очередную победу, а пациенты будут продолжать учитывать нерешенные проблемы».

Врачебная тайна. В документах, касающихся врачебной тайны записано: «Врачи и другие медицинские работники не вправе разглашать ставшие им известными в силу исполнения профессиональных обязанностей сведения о болезни, интимной и семейной сторонах жизни больного». Кроме того,

медицинские работники должны сохранять в тайне и сам факт перенесенного больным заболевания.

Однако, врач обязан ставить в известность сотрудников центра гигиены и эпидемиологии о случаях острых инфекционных заболеваний и отравлениях, следственные органы – об убийствах и тяжелых травмах, одного из будущих супругов о заболевании другого, руководителей учреждений о заболеваниях сотрудников, работа которых противопоказана в данной отрасли.

Врачебные ошибки всегда предаются гласности в системе органов здравоохранения. Они (ошибки) обсуждаются на врачебных конференциях, на съездах, на заседании научного общества врачей, освещаются в медицинской печати и лекциях в медицинских университетах. Органы здравоохранения, как правило, издают приказы, в которых анализируются наиболее серьезные врачебные ошибки, причины их породившие и предложения по предупреждению их появления в будущем. Врачебная деонтология негативно относится к освещению врачебных ошибок в

Основные проблемные вопросы биомедицинской этики: болезнь, смерть, эвтаназия, хосписы.

Биомедицинская этика решает несколько ключевых вопросов – это проблемы моральных ценностей в профессиональной деятельности медиков и биологов; нравственные коллизии в конкретных ситуациях, возникающих в процессе биомедицинских исследований и лечения больных; этические проблемы межличностных человеческих отношений в системе вертикальных и горизонтальных связей в сфере медицины.

Первый круг проблем связан с наличием в деятельности медицинского работника общечеловеческих моральных ценностей и регулирование ими норм поведения врача. Этот свод высших общечеловеческих моральных ценностей представлен такими этическими категориями, как «добро и зло», «страдание и сострадание», «честь и достоинство», «долг и совесть», «свобода и ответственность». Данный круг проблем определяет сущность и признаки Жизни и Смерти человека как высших базовых ценностей.

Второй круг проблем биомедицинской этики связан с новейшими технологиями и достижениями современной медицины, которые могут создавать уникальные ситуации и оказывать определенные воздействия на привычный этико-нормативный мир человека. Многочисленная вариабельность подобных ситуаций создает научные биомедицинские открытия и приводит к возникновению все новых и новых проблем биомедицинской этики. К их числу относятся: проблема эвтаназии; реанимирования и связанной с ней трансплантации органов; норм и патологии взрослого человека и человеческого зародыша; проблема искусственного оплодотворения и прерывания беременности; возможных последствий любых медико-биологических, особенно генетических, исследований и экспериментов на человеке; определение меры ответственности и возможной степени риска исследователя.

Третий круг этико-медицинских проблем – проблемы межличностных человеческих отношений в системе вертикальных отношений («врач» -

«больной») и горизонтальных связей в сфере медицины и в медицинском коллективе.

Здоровье и болезнь. Здоровье подразумевает определенный потенциал развития живой сущности (живого существа) и является атрибутивным и неотъемлемым компонентом живой сущности, характеризующим ее способность к развитию. Следовательно, патология – это явление, противоположное вышесказанному. Несмотря на обилие работ по проблеме болезни, это понятие до сих пор не является достаточно детерминированным. По П.Д. Горизонтову, болезнь представляет собой общую сложную реакцию, возникающую в результате нарушения взаимоотношений организма и среды. В трудах И.В. Давыдовского отстаивается положение, согласно которому не существует принципиальных отличий между физиологией и патологией. Патологические процессы и болезнь, по мнению ученого, – это всего лишь особенности приспособительных процессов, сопряженных с субъективным страданием. Согласно концепции Г. Селье об общем адаптационном синдроме, болезнь представляет собой напряжение («стресс»), возникающее в организме при воздействии на него чрезвычайного раздражителя.

Таким образом, надо признать, что до сих пор не существует абсолютно точного определения понятий больной и здоровый. Отсутствие такого стандарта, в сущности, имеет смысл, иначе людям пришлось бы признать жесткую правду, что любой человек по определению болен. Здоровье каждого относительно, а болезнь абсолютна, так как в организме человека постоянно происходят сбои и мутации, приводящие к физической смерти. В тоже время абсолютной болезни и абсолютного здоровья в реальной жизни человека нет, между ними существует бесконечное множество форм, связей и взаимных переходов. Чем выше уровень здоровья, тем меньше возможность развития болезни, и наоборот: развитие болезни возможно лишь тогда, когда недостаточны резервы здоровья. Между состояниями здоровья и болезни существует переходное третье состояние, которое характеризуется «неполным здоровьем» или «предболезнью». Понятие «здоровый человек» принимается условным, так как критерии здоровья отличаются у разных этнических и социальных групп и в различные периоды истории оцениваются по-разному. Скорее можно говорить о практически здоровом человеке, чем об абсолютно здоровом. Здоровье не является фиксированным состоянием.

Проблема жизнь – смерть. В биоэтике проблема смерти и умирания человека рассматривается с позиций современных научных представлений о том, что смерть – это состояние полного прекращения жизнедеятельности человека. Прекращается функционирование всех органов и систем человеческого организма и наступает состояние, при котором невозможны никакие виды активности человека – на духовная, ни психологическая, ни социальная, ни физиологическая. Смерть мозга становится для человека одновременно смертью и во всех остальных отношениях. Человек гибнет как целостная биосоциальная сущность. При этом смерть – естественное состояние, которым завершается жизнь человека.

В настоящее время в медицине различают клиническую и биологическую смерть. Главным признаком биологической смерти считается смерть мозга. Мозг является ведущим органом при определении момента наступления смерти, так как функции этого органа не могут быть замещены средствами современной медицины. В законодательствах почти всех стран смерть мозга признана главным критерием смерти человека. Для биологической смерти характерно полное и необратимое исчезновение функций мозга и всех органов. Клиническую смерть характеризуют: остановка дыхания, остановка кровообращения, искусственное поддержание кровотока и вентиляции легких, сохраняющее функции центральной нервной системы.

Процесс умирания может быть растянут во времени (месяцы, годы), а может быть свернут до нескольких минут (внезапная смерть). Когда процесс умирания тянется достаточно долго и сопровождается мучительными страданиями человека, возникает вопрос об эвтаназии.

В настоящее время все споры вокруг этико-медицинских проблем, связанных со смертью человека, сводятся к противоборству двух главных подходов к пониманию жизни, нашедших воплощение в концепции качества жизни, в основе которой лежат утилитарские идеи и концепции самоценности (святости) жизни. При рассмотрении проблем смерти и умирания в условиях современной медицины с позиции утилитаристского подхода отмечается, что поддержание жизни неизлечимо больных людей или интенсивное лечение, в результате которого человек все равно не будет жить полноценной жизнью, требует все больших материальных затрат (лекарства, аппаратура, труд врачей). Концепция святости жизни и самоценности феномена жизни в философии сходны в своей главной идее: жизнь является безусловной, высшей ценностью в мире. К ней неприменимы критерии полезности, затратности, целесообразности и др. Ценность жизни в том, что она есть, даже ущербная, неполноценная в каком-то отношении. Польза в данном случае тоже есть, но она не материальная, а нравственная, духовная. Признавая жизнь высшей и безусловной ценностью во всех ее формах, общество сохраняет созидательные, конструктивные тенденции своего развития. Сохранение жизни немощным, тяжело больным, инвалидам, престарелым и другим «экономически невыгодным» для общества людям сохраняет в обществе потенциал доброты и человеколюбия, составляющий духовную основу существования любого общества.

Этические проблемы суицида. Суицид – крайняя форма реализации права на смерть. На самоубийство человек решается по личным соображениям. Существуют разные трактовки суицида: 1) выбор ради спасения чести; 2) уход из жизни не имеющей смысла; 3) избавление от невыносимых страданий тяжело больного человека. Этической точки зрения врач (медицинский работник) должен сделать все возможное для предотвращения самоубийства. Кстати, христианская религия относит самоубийство к греховному поведению, т.к. человек покушается на волю Бога, который подарил ему жизнь.

Эвтаназия (от греч. ευ – хорошо и θάνατος – смерть) – добровольная безболезненная смерть человека. Эвтаназия может быть пассивной и активной. Пассивная эвтаназия – это решение о прекращении лечения тяжело больного человека ввиду плохого прогноза для жизни. Активная эвтаназия – введение высоких доз медицинских препаратов (преимущественно наркотиков), прекращающих страдания безнадежно и тяжело больного человека. Активная эвтаназия осуществляется при информировании и согласии больного (добровольная эвтаназия).

Дискуссионным является вопрос о добровольной активной эвтаназии. С одной стороны, каждый человек должен иметь право выбирать для себя болезненную или безболезненную смерть. Другая точка зрения базируется на древнем постулате – врач должен сражаться со смертью до последнего вздоха больного, а намеренное прекращение человеческой жизни всегда безнравственно. Кроме того, возможны злоупотребления активной эвтаназией со стороны врачей и родственников, заинтересованных в преждевременной смерти больного. Поэтому активная недобровольная эвтаназия в большинстве стран мира отвергнута. Пассивная недобровольная эвтаназия может быть допущена при состояниях несовместимых с жизнью, смерти мозга и т.д.

Что же такое эвтаназия – милосердие или преступление? Впервые попытка найти ответы на эти вопросы была сделана в 1965 г. на проходившем в Марселе международном «Коллоквиуме о сущности жизни и смерти». В его постановлении говорится: «Новые медицинские ситуации требуют выделения двух состояний: длительной комы (comaprolonge) и необратимой комы (comadepasse). Длительная кома – это состояние, в котором вегетативные функции сохранены и которое может либо регрессировать до необратимой комы, либо пойти на улучшение. При необратимой коме регулирующие функции мозга безвозвратно утрачены, а вегетативные функции (дыхание и др.) поддерживаются искусственно. Этот диагноз должен быть подтвержден клиническим и лабораторным исследованием, свидетельствующим, что гибель центральной нервной системы действительно наступила. В течение 48 часов эти исследования должны быть сделаны повторно, и если они дали тот же результат, такой больной может быть объявлен мертвым, а его органы взяты для трансплантации». Здесь впервые главным объективным критерием смерти стали считаться определённые критерии деятельности мозга и появился новый термин «смерть мозга».

Существуют три подхода к проблеме эвтаназии, но и они не всегда дают однозначный ответ на все этические вопросы.

1. Если смерть понимать традиционно как прекращение всех функций человеческого организма, то об эвтаназии вообще нельзя вести речь.

2. Если смерть – это избавление от бессмысленных страданий при необратимых процессах умирания, то эвтаназия – это просто выбор между смертью долгой или быстрой.

3. Если главным считать смерть мозга, то эвтаназии подлежит и будут подлежать все более многочисленные группы больных, а тем более умирающих. У этого аспекта есть еще довольно мрачные группы союзников в лице сторонников трансплантации внутренних органов.

Отношение общества к вопросу эвтаназии неоднозначно. Есть много сторонников и противников данной меры. В частности, многие ученые опасаются, что формальное разрешение эвтаназии может стать определённым психологическим тормозом для поиска новых более эффективных средств диагностики и лечения тяжелобольных, а также способствовать недобросовестности в оказании медицинской помощи таким больным. Во многих случаях эвтаназия дешевле, чем длительное лечение и поддержание жизнедеятельности организма больного.

Противники эвтаназии приводят два возражения. Первое: некорректно сравнивать «количества» страдания и блага, ибо здесь налицо противостояние между жизнью в форме страдания и отсутствием жизни, в какой бы то ни было форме вообще. Жизнь остается наиважнейшим благом даже тогда, когда становится по преимуществу страданием (а многие рассматривают таковой всякую, даже внешне относительно благополучную жизнь...). Второе: аргументируя допустимость эвтаназии тем, что такова воля самого больного, мы тем самым признаем моральное право на самоубийство больного, так как если бы больной был в состоянии распорядиться своей жизнью, то он бы сам прекратил ее. Однако далеко не все, кто признает право на эвтаназию, признает право на самоубийство.

Сторонники эвтаназии постулируют, что жизнь можно считать благом до тех пор, пока она имеет достойную форму, существует в поле культуры, нравственных отношений. Дегradировав до сугубо вегетативного, дочеловеческого уровня, она теряет этический статус и может рассматриваться как объект, вещь, и потому вопрос о ее прекращении – не более чем вопрос о том, срубить ли высохшее дерево.

Наиболее сильным аргументом в пользу эвтаназии является положение «Декларации об эвтаназии» о том, что «бессмысленное страдание является злом». Если исходить из атеистических и материалистических представлений, то человек никому не обязан своей жизнью, то есть он является ее полным хозяином и может сам решать проблему своей смерти. Идеалом современного человека в этом мире является благосостояние, единственным смыслом его жизни – хорошее здоровье, красота, сила, легкое будущее. В таком случае действительно получается, что жизнь без надежды на выздоровление оказывается «пустой» и не стоит того, чтобы ее прожить до конца. Значит, «стоящей» жизнью живет лишь тот, кто молод, здоров, красив, счастлив, умен и нужен обществу. Потому существует и жизнь, «не имеющая никакой ценности», и логичным становится уничтожение инвалидов, тяжело и неизлечимо больных. Таковой была точка зрения спартанского общества, нацистов, и такова политика руководителей стран тоталитарных режимов, где государство имеет право принимать решение о

ликвидации «балластных личностей». Подобный этический подход вызывает у цивилизованных людей чувство отвращения перед такими идеологиями.

Как нам кажется, если бы эвтаназия означала выбор между жизнью и смертью, она, безусловно, должна была бы быть запрещена. Потому что этика не может защищать смерть против жизни, она всегда защищала и защищает жизнь против смерти. Но эвтаназия не есть выбор между жизнью и смертью. Она есть выбор между смертью и смертью. Между смертью страшной и мучительной и смертью быстрой и легкой. А это уже совсем иное дело. Здесь можно выбирать...

Хосписы. В связи с культурно-историческими изменениями общества и новыми взглядами на жизнь и смерть в последнее десятилетие все больше утверждается мнение о том, что человек имеет право умереть достойно. Это значит – иметь возможность спокойно подвести итог своей жизни, не испытывая при этом страданий, а также получить необходимую медицинскую и другую помощь. В Лиссабонской декларации Всемирной медицинской ассоциации (1995 г.) о правах пациента говорится о том, что пациент имеет право на гуманную терминальную помощь и содействие с тем, чтобы он мог умереть как можно более достойным образом.

Паллиативная помощь (от лат. *palium* – оболочка, покрытие) – это квалифицированная медицинская помощь терминальным больным, заключающаяся в купировании и, по возможности, в предупреждении болевого и других тягостных синдромов, симптомов, сопровождающих умирание. Она включает в себя не только медицинские мероприятия, но и психологическую, социальную помощь. К жизнеподдерживающим медицинским мероприятиям относятся: искусственная вентиляция легких, экстракорпоральный диализ с помощью аппарата «искусственная почка», антибиотикотерапия, искусственное питание, гидратация. Главной целью паллиативной медицинской помощи является достижение качества жизни умирающего пациента, максимально приближенного к качеству жизни здорового человека. В подобных ситуациях встает вопрос о моральных аспектах оказания помощи тяжелым и умирающим пациентам. Насколько морально оправданно деление пациентов на тех, кто «все равно умрет» и нуждается только в паллиативной помощи, и тех, кому следует оказывать медицинскую помощь в максимальном объеме, вопрос сомнительный, так как при этом не учитывается мнение самого пациента. В первую очередь при оказании помощи пациенту в терминальном состоянии необходимо придерживаться принципа, согласно которому польза от медицинского экстраординарного вмешательства для больного должна превышать степень причиняемого при этом вреда.

Паллиативная помощь умирающим основывается на одном из ведущих принципов врачебной деятельности: врач даже при невозможности излечить больного обязан предпринять все меры для облегчения его страданий и сделать все, чтобы продлить жизнь больного. Отказ от медицинской помощи при понимании больным всех последствий – это и есть форма добровольной пассивной эвтаназии.

Паллиативная помощь является реальной альтернативной эвтаназии для неизлечимых больных, находящихся в терминальной стадии заболевания и испытывающих страдания. В зарубежных странах широко используется такая форма паллиативной помощи больным, как хоспис, которая начинает распространяться в последние годы и в нашей республике. Хоспис – это медико-социальное учреждение, в котором больным, находящимся в терминальной стадии заболевания, оказывается не только паллиативная медицинская помощь, но и создаются комфортные социальные и психологические условия жизни. В хосписе обеспечивается достойное существование человека в последние дни его жизни, которое предполагает максимальное удовлетворение физических, социальных, психологических и духовных потребностей.

Паллиативная помощь в хосписах основывается на следующих принципах: поддерживать жизнь и способствовать выработке отношения к смерти как к естественному процессу; не ускорять и не оттягивать наступление смерти; устранять боль и другие тягостные симптомы; сочетать физическую и духовную поддержку; предлагать систему поддержки с целью помочь пациенту; насколько это возможно, обеспечивать ведение активного образа жизни до самой смерти; предлагать поддержку семье больного. Медперсонал хосписа должен создавать и поддерживать отношения с пациентами на основе уважения прав и достоинства личности, ее автономии. В соответствии с этими принципами пациент должен иметь возможность реализовать свое право выбора места смерти – в хосписе, дома, в больнице или другом месте.

При оказании медико-социальной и психологической помощи терминальным больным исходят из того, что у них имеются следующие проблемы: физические страдания, обусловленные заболеванием; социальные, связанные с потерей работы, изменением социальных ролей, возникновением зависимости от окружающих; психологические – депрессия, страх, отчаяние, неопределённость, чувство вины (перед родственниками, окружающими); экзистенциальные – переоценка жизненных ценностей, смысла жизни и др.

Желание умереть у больных с тяжелыми, причиняющими страдания, неизлечимыми заболеваниями, связано с отказом от такой жизни, а не от жизни вообще. Поэтому единственной альтернативой эвтаназии является организация хосписов и представление качественной паллиативной помощи, хотя этико-философские основания современной паллиативной медицины являются по ряду вопросов спорными.

Современные медицинские технологии и биомедицинская этика

Развитие геномных технологий порождает специфические биоэтические проблемы. Манипулирование с генетическим материалом и клетками человека сопряжено со взятием образцов биоматериала у индивидов для диагностики или экстракорпоральных изменений в интересах данного лица, его живущих или будущих потомков, или иных родственников. Кроме того, введение в организм человека генетического материала аутологического или чужеродного происхождения для коррекции работы его генома или иные

способы генотерапии затрагивают интересы как непосредственно обследуемых или проходящих лечение лиц, так и их родственников, и потомков: их здоровье, семейное положение, страхование, трудоустройство, собственность и др.

Даже такое, казалось бы, безобидное нововведение, как генетическая паспортизация (составление личных паспортов, в которых отмечается генетическая предрасположенность к наследственным и некоторым другим заболеваниям) требует биоэтической экспертизы, так как вызывает у ученых обеспокоенность возможностью вмешательства в личную жизнь граждан и здоровье. Основными критериями оценки проекта являются уважение личности человека, его автономии и принципа невмешательства в его частную жизнь, а также сравнительная оценка риска и пользы.

Этические проблемы клонирования человека. Современная культура с понятием «клонирование» связывает технологию размножения живых организмов, в результате которой из одной клетки получаются генетически идентичные особи. Клонирование «призвано» бороться за возможность возникновения жизни с определенными качественными параметрами.

Подобная генная технология имеет множество противников и сторонников среди ученых и общественности. Консервативная позиция по отношению к клонированию людей выстраивается в двух плоскостях. Во-первых, в силу того, что клонирование является логическим развитием методов искусственного оплодотворения и генных технологий, то в плоскости анализа перспектив и социокультурных последствий оно может послужить вытеснению традиционных семейных сексуальных отношений. Во-вторых, консерваторы опасаются тиражирования потребительского отношения человека к человеку через создание «человеческих запасников» (будь то органы, «законсервированные» двойники и т.п.). ясно, что использование человека как средства для реализации целей другого человека аморально.

Либеральная позиция имеет свои аргументы. Во-первых, запреты на научные исследования всегда имеют ограниченный временем характер, они как проводились, так и будут проводится. Во-вторых, если все же запретить клонирование людей, может быть одновременно следует запретить и рождение естественных близнецов? Кроме того, появление человеческих генетических копий безопасно. Известный эволюционист, профессор Оксфордского университета Р. Даукинс отмечает, что он сам хотел бы клонироваться, поскольку это было бы прекрасным стимулом наблюдать за копией самого себя, только на 50 лет моложе. Вместе с тем большинство ученых и многие политики высказываются против создания клонов человека, возражения и опасения которых вполне оправданы.

Сейчас мировая общественность и ученые активно дискутируют вопрос о полезности и вредности достижений генной инженерии. Все больше ученых склоняются к мысли, что исследования в этом направлении следует продолжать, однако главной целью их должно быть не улучшение природы человека, а лечение болезней. Во Всеобщей декларации о геноме человека и

правах человека записано: «Цель прикладного использования результатов научных исследований по геному человека, в том числе в области биологии, генетики, медицины, должна заключаться в уменьшении страданий людей и в улучшении состояния здоровья отдельного человека и всех людей».

Все представленные примеры показывают, что для решения возникающих этических проблем требуется совместное компетентное участие медиков, генетиков и социальных работников. Но существующие государственные структуры мало способствуют их взаимопониманию и взаимодействию – врачи недостаточно подготовлены по биологии и генетике; с другой стороны, в светских гуманитарных вузах практически нет основ биологии человека и медицины.

Проблема сохранения жизни при физической или душевной «неполноценности». Что гуманнее: сохранять жизнь новорожденному с явными признаками неполноценности, предпринимать усилия по его спасению, предоставить все течению событий или помочь ему и родителям избавиться от будущих страданий? Подобные биоэтические проблемы появились в 1970-х гг. в связи с разработкой способов диагностики состояния плода в утробе матери, определение аномалий и пороков развития, генетических заболеваний. Генетические тесты включают как внутриутробные, так и пре-симптоматические тесты (пре-симптоматические тесты проводятся у родившегося человека и позволяют выявить наследственные заболевания до проявления их симптомов).

В помощь внутриутробных тестов определяют нарушения хромосом у плода, диагностируют такие тяжелые наследственные заболевания, как синдром Дауна, болезнь Гентингтона, Тея-сакса и др. Из этих тестов эхография (УЗИ) является наиболее безопасным для матери и плода, этически приемлемым неинвазивным методом. Амниоцентез повышает риск спонтанного аборта и повреждения плода. При проведении перечисленных внутриутробных методов исследований медики ставят своей задачей лишь поиск возможности аборттировать зародыш, имеющий пороки развития на ранней стадии его развития, так как в настоящее время в медицине еще только разрабатываются способы терапевтического или хирургического лечения плода в утробе матери. Отсюда возникает нравственная дилемма для родителей, поскольку для них принятие такого диагноза означает принятие идеи аборта.

Контрацепция (лат. *contraceptio* – противозачатие) – предупреждение беременности с помощью противозачаточных средств. Виды контрацептивных средств: барьерные, естественные, химические, гормональные, внутриматочные спирали, стерилизация. Кроме того, контрацептивы делятся на женские и мужские.

Барьерная контрацепция – это мужской и женский презервативы, влагалищная диафрагма и маточный колпачок. Это контрацептивы препятствуют поступлению спермы в матку и оплодотворения не происходит. Кроме того, презервативы не только предотвращают

нежелательную беременность, но и заболевания, передающиеся половым путем.

Естественная контрацепция – способы предохранения, не требующие механического или медикаментозного вмешательства: прерванный половой акт, календарный метод, температурный метод, цервикальный метод, метод лактационной аменореи.

Внутриматочная спираль – приспособление из меди или серебра устанавливается врачом в матку на несколько лет. Медь и серебро негативно влияют на сперматозоиды, а сама спираль мешает оплодотворенной яйцеклетке прикрепиться к стенке матки.

Гормональная внутриматочная спираль выделяет небольшое количество прогестерона и препятствует прикреплению яйцеклетки к стенке матки.

Экстренная установка спирали = в течение пяти дней после незащищенного полового акта.

Химическая контрацепция – вагинальные свечи, кремы, пены, губки, таблетки, которые разрушают сперматозоиды. Применяются за 10-15 мин. до полового акта.

Гормональные контрацептивы. Чаще используют комбинированные оральные контрацептивы (КОКи), содержащие два вида гормонов (эстрогены и прогестины). Они подавляют овуляцию и беременность невозможна. Некоторые оральные гормональные контрацептивы кроме надежной концепции хорошо контролируют менструальный цикл (ригевидон), имитируют гормональные изменения в организме женщины в течение нормального менструального цикла (три-регол), положительно влияют при дисменорее (линдинет), восстанавливают гормональный фон и менструальный цикл после аборта (регулон).

Влагалищное кольцо вводится во влагалище и выделяет гормоны (в малых дозах), препятствующие овуляции.

Гормональный пластырь содержит эстрогены. Прикрепляется на кожу и подает в кровь гормоны.

Подкожные гормональные имплантанты устанавливаются на несколько лет. Дозировано выделяет в кровь небольшое количество прогестерона, который повышает вязкость цервикальной слизи (как мини-пили).

Экстренная (утренняя) контрацепция применяется в течение 12-24 часов после незащищенного полового акта. В таких случаях женщина принимает таблетки, содержащие большие дозы гормонов. Они подавляют овуляцию и если зачатие уже произошло, не дают оплодотворенной яйцеклетке прикрепиться к стенке матки. Высоконеэффективен для предотвращения нежелательной беременности в течение 72 часов после незащищенного полового акта Постинор (левоноргестрел).

Стерилизация – создание искусственной непроходимости маточных труб у женщин и семявыносящих протоков у мужчин. При этом ни яичники у женщин, ни яички у мужчин не удаляются. На сексуальную жизнь стерилизация не влияет.

Моральные аспекты репродукции человека. Репродукция (лат. productio – произвожу) – воспроизведение организмами себе подобных; то же, что размножение.

Пренатальная диагностика (лат. praе – перед +natalis – относящийся к рождению) – дородовая, предшествующая родам диагностика пола и других особенностей плода. Определение половой принадлежности плода не нарушает морально-этических принципов населения. Однако, в некоторых случаях пол ребенка может не соответствовать желаниям родителей и тогда может предприниматься попытка прерывания беременности (аборт), что может противоречить морально-этическим традициям и религиозным канонам. Пренатальная диагностика некоторых хромосомных и генетических болезней позволяет не только и не столько подготовиться к рождению ребенка, но и к прерыванию беременности, т.е. о лишении жизни формирующегося человека.

Этические проблемы экстракорпорального оплодотворения. Оплодотворение in-vitro и в самом деле произвело революцию в акушерстве и лечении женского бесплодия. Однако этот метод имеет и теневую сторону не только из-за шокирующе безнравственных предложений (использование спермы донора, являющегося посторонним по отношению к супружеской паре, суррогатных матерей), но и из-за разрушения человеческих эмбрионов на современном этапе развития метода искусственного оплодотворения. Для того чтобы оплодотворение прошло успешно, в матку женщины одновременно вводят несколько эмбрионов, остальные остаются в замороженном состоянии. Из числа введенных эмбрионов в утробе матери развивается лишь один, другие подлежат абортированию. Замороженные эмбрионы, если их не используют, погибают после 5 лет хранения.

Возможность ЭКО порождает ряд этических проблем: от биологических прав эмбриона до социальных проблем (допустимость/необходимость сохранения анонимности доноров-мужчин или суррогатных матерей для будущих детей и их официальных родителей; опасность своеобразного расизма при возможности целенаправленной или случайно «селекции» доноров – носителей «лучших» генов; уничтожение/сохранение зародыша в случае обнаруженных аномалий.

Сегодня в нашем ориентированном на коммерческий интерес мире искусственного оплодотворения – это мероприятие, представляющее для практикующих врачей экономический интерес. Жизнь человека имеет тенденцию обесцениваться, когда на другой чаше весов находится материальное благосостояние.

В результате появления метода искусственного оплодотворения был получен легкий доступ к живым человеческим эмбрионам, что дало ученым, работающим в этой области, возможность использовать эмбрионы, не предназначенные к имплантации в материнской утробе, для опытов и в исследовательской работе. Возникла проблема определения статуса эмбриона в процессе превращения зиготы в зародыша. Во многих странах в различных комитетах и комиссиях, занимающихся вопросам биоэтики,

разгорелись горячие споры. В Великобритании разрешено было свободно использовать для научных исследований живые эмбрионы не старше 14 дней со дня зачатия. Такие исследования не разрешены во Франции и США. Необходимо отметить, что большое количество провоцированных аборт здоровых зародышей, которые делаются сегодня по всему миру, также навело ученых на мысль использовать ткани и органы таких зародышей (например, для лечения некоторых типов иммунодефицита или болезни Паркинсона). С этической точки зрения это было бы приемлемым, если бы зародыш умер до использования и если бы не существовало связи между спросом на аборт и просьбами о получении зародышевых тканей.

Суррогатное материнство (лат. surrogatus – заменяющий другого) – вынашивание ребенка посторонней женщиной, не являющейся его генетической матерью. «Суррогатная мать» - женщина, вынашивающая чужой эмбрион, плод, имплантированный в ее организм (оплодотворенной спермой мужа яйцеклетку другой женщины, которая не может или не хочет вынашивать ребенка). Этические проблемы возникают из-за обоюдных претензий генетических родителей и суррогатной матери по поводу «принадлежности» родившегося ребенка. На каких основаниях следует взаимоотношения женщины-носительницы и семьи, «принявшей» ребенка? Каковы права и обязанности женщины-носительницы в случае рождения неполноценного ребенка? Насколько допустима или даже необходима для будущих детей и их официальных родителей анонимность суррогатных матерей (или доноров-мужчин)? Этично ли оплачивать вынашивание ребенка? Не приведет ли это к рассмотрению человеческой жизни в качестве товара?

Ребенок троих родителей – технология рождения детей от троих родителей была создана и апробирована совсем недавно и уже узаконена в Англии. Теперь клиникам страны разрешено проводить ЭКО с использованием генетического материала троих человек. Использование генов троих человек позволяет победить отклонения в работе митохондрий. Подобные аномалии передаются по материнской линии с цитоплазмой материнской яйцеклетки. Их можно предотвратить, перенеся ядро яйцеклетки носительницы наследственного заболевания в цитоплазму яйцеклетки женщины – здорового донора. Этические проблемы возникают кто из женщин родитель, а кто третий? Каковы права и обязанности каждой женщины? В какой семье воспитывать ребенка и др.?

Этические проблемы трансплантологии. Несомненный успех медицинской техники и технологии – трансплантация внутренних органов. Во многих хирургических центрах пересадка органов (почек, сердца, печени) стала обычной операцией. Однако не секрет, что ее реализация тормозится часто факторами не медицинского, а нравственного характера. Достижения в этой области хирургии сопровождались появлением такой сложной проблемы, как формирование банка органов для трансплантации. Этический аспект безвозмездного предоставления органов, их приобретения, сохранения in-vitro и использования стал важным предметом биоэтики. Эта

же проблема получения органов у тяжело раненых и находящихся в коматозном состоянии больных породила целый ряд вопросов, связанных с самим определением смерти, а также проблемы получения осознанного согласия.

Возник также и другой риск этического плана: получение органов обманным или даже преступным путем у незащищенных людей, а также организация торговли органами.

Прерывание беременности. Бесплодный брак

Внедрение современных методов контрацепции снижает частоту аборт, но не может полностью устранить потребность в них, так как ни один из используемых способов не дает стопроцентной гарантии предотвращения беременности.

По современным оценкам, в мире ежегодно производится от 36 до 53 млн. искусственных прерываний беременности, то есть каждый год аборт производят 4 % женщин в возрасте от 15 до 44 лет. В Беларуси наблюдается с 1990 г. снижение числа аборт. В 2008 г. показатель искусственного прерывания беременности составил 16,3 на 1000 женщин детородного возраста, на 100 родов пришлось 45,1 аборт.

Существующие методы прерывания беременности делятся на хирургические и консервативные.

К хирургическим методам относятся инструментальный кюретаж после предварительного расширения канала шейки матки и вакуум-аспирацию плодного яйца с помощью специальных приспособлений.

Консервативные методы прерывания беременности включают использование различных препаратов.

Прерывание беременности разрешается всем женщинам (по их желанию) со сроком беременности не более 12 недель при отсутствии противопоказаний к этой операции. При наличии медицинских показаний и согласия женщин искусственное прерывание беременности проводится независимо от срока беременности в государственных организациях здравоохранения. Существуют также социальные показания, согласно которым по желанию женщины искусственное прерывание беременности может быть выполнено в срок не более 22 недель.

Прерывание беременности часто сопровождается риском развития послеоперационных осложнений, которые подразделяются на ранние и поздние. Частота ранних осложнений достигает 35 %, в 30-35 % случаев наблюдаются поздние осложнения, среди которых лидирующее место занимают воспалительные заболевания матки и придатков и нарушения менструального цикла. В результате искусственного прерывания беременности повышается угроза прерывания и невынашивания последующих беременностей, развитие поздних токсикозов, риск кровотечений при родах, слабость родовой деятельности и др. Особенно велико неблагоприятное влияние искусственного аборта на организм женщин, забеременевших впервые. Течение последующей беременности у этих женщин осложняется угрозой прерывания беременности в 4 раза чаще,

чем у пациенток, имеющих в анамнезе роды. В 2 раза чаще наблюдаются осложненное течение родов в виде несвоевременного излития вод, слабости родовой деятельности и др. Риск возникновения осложнений возрастает у женщин, прервавших беременность в возрасте до 17 лет.

По определению ВОЗ (1986 г.), бесплодным считается тот брак, в котором у женщины в течение одного года не возникает беременность при регулярной половой жизни без применения каких-либо средств предохранения, при условии, что супруги находятся в детородном возрасте. Данные ВОЗ свидетельствуют о том, что бесплодный брак оказывает на демографические показатели большее влияние, чем невынашивание беременности и перинатальная патология вместе взятые. Согласно статистике, 14,5 % супружеских пар в Республике Беларусь бесплодны. Причины бесплодия многообразны, все большую роль в его развитии играют социальные факторы и особенности репродуктивного поведения – раннее начало половой жизни, наличие нескольких половых партнеров, отсутствие контрацепции. Все перечисленные факторы могут приводить к инфицированию, развитию воспалительных заболеваний органов малого таза и, в конечном итоге, к трубному или перитонеальному бесплодию.

Среди причин, приводящих к бесплодию у женщин, преобладает трубный фактор, частота которого составляет 30-40 %. Поражение маточных труб, как правило, обусловлено перенесенными острыми и хроническими заболеваниями придатков. Частота бесплодия у пациенток с воспалительными заболеваниями составляет 72-74 %. Риск воспаления маточных труб повышается после аборта. Заболевания эндокринной системы (гипофиза, гипоталамуса, надпочечников), тяжелые нервно-психические травмы, инфекционные заболевания, хроническая алкогольная и никотиновая интоксикация ведут к нарушениям созревания яйцеклеток в яичнике. Причиной женского бесплодия также могут быть врожденные пороки развития половых органов.

В 40-50 % случаев причины бесплодия в браке связаны с нарушением репродуктивной функции мужчин. Различают секреторное и экскреторное мужское бесплодие: секреторное обусловлено нарушением сперматогенеза, экскреторное – расстройством выделения спермы. Секреторное бесплодие наблюдается при врожденной или приобретенной патологии яичек. Экскреторное бесплодие обусловлено наличием препятствий на пути продвижения сперматозоидов по половым путям мужчины.

Биомедицинская этика как научно-практическая дисциплина базируется на рассматриваемых с позиций современной социологии данных медицинской психологии, этики, педагогики, гражданского права. В процессе разработки практических проблем биомедицинской этики выяснилось, что целесообразно продолжать их обсуждение в разрезе отдельных медицинских специальностей (акушерства, генетики, трансплантологии, психиатрии, педиатрии и др.). важным событием в деле популяризации принципов биомедицинской этики среди медицинской общественности явилось проведение Республиканской научно-практической

конференции с международным участием «Биоэтика и современные проблемы медицинской этики и деонтологии» 2 декабря 2016 г. в Витебске. Открытое принципиальное обсуждение современных биоэтических проблем позволило осознать и понять их глубже в процессе внедрения новых медицинских технологий.

Тема. Санитарно-курортное обслуживание населения

План:

1. Основные понятия и определения.
2. Санаторно-курортное лечение.
3. Крупнейшие курорты Беларуси и белорусские санатории на зарубежных курортах.

Санатории стали появляться на территории современной Беларуси в середине XIX века, однако прообразы санаториев существовали и раньше. Уже в XVI веке на европейских картах указывались источники целебных вод в Барковщине (сегодня Ушачский район, Витебская область). 1830 году там существовала лечебница, где принимали и пили минеральную воду. А в 1855 г. лекарь Немировский создал в этих местах частный санаторий, куда приезжали лечиться со всей Европы. Сегодня в старинной курортной зоне находится санаторий «Лесные озера».

В 1892 году талантливый белорусский ученый-физик, врач и изобретатель Якуб Наркевич-Иодко открыл в своем имении Наднёман (сейчас Узденский район, Минская область) санаторий «Над-Нёман».

Здесь практиковались самые передовые методы оздоровления: лечебные ванны, специальная гимнастика, минеральные воды, диетическое питание. А главное – электротерапия и электромассаж, разработанные и запатентованные самим Наркевичем-Иодко. В окрестностях бывшего имения Наднёман сегодня работает санаторий «Подъельники».

В начале XX века в Беларуси существовали летние санатории в д. Новинки (1904) и Сморговка (1913) под Минском. Первыми в БССР были открыты санатории в урочище Барковщина Ушачского района (1919), «Сосновка» (1921), «Чёнки» (1922).

Основные понятия и определения

Курорт (нем. kurozt от kur – лечение, ozt – место) – местность, обладающая природными лечебными факторами (климат, минеральные воды, грязи и др.) и условиями для их применения.

Климат (греч. κλίμα – наклон (древние греки связывали климатические различия с наклоном солнечных лучей к поверхности земли) – многолетний режим погоды, характерный для определенной местности и связанный с ее географическим положением.

Горный климат – режим погоды в горах на больших высотах; отличается от климата равнин пониженным атмосферным давлением, температурой воздуха и содержанием в нем кислорода, повышенной солнечной радиацией и горно-долинными ветрами.

Морской климат – режим погоды над океанами и прилегающими к ним участками суши, где преобладают воздушные массы океанического происхождения; характеризуется малой годовой и суточной изменчивостью температуры, высокой влажностью воздуха и большим количеством атмосферных осадков.

Степной климат – режим погоды в степи, отличающийся по температурному режиму и влажности (сухой).

Климатический курорт – местность с погодными условиями особо благоприятными для лечения определенных заболеваний.

Гидротерапия – это наружное применение пресной воды в виде ванн, душей, обливаний, обтираний, укутываний и т.д. Пресную воду используют в гидротерапии как в чистом виде, так и с добавлением различных веществ (хвойный экстракт, скипидар, горчица и др.). гидротерапия применяется для оздоровления организма, повышения его резистентности, тренировки, закаливания.

Водолечебные процедуры оказывают на организм сложное и многообразное действие. Основными действующими факторами являются температурный, механический и химический. При этом, основу действия гидротерапевтических процедур составляет сочетание различных по силе температурного и механического раздражителей. В случаях, когда используется минеральная вода к температурному и механическим раздражениям присоединяется химическое раздражение, обусловленное сложной гаммой различных минеральных солей, газов, микроэлементов, органических соединений, радиоактивных веществ, различной активностью среды (рН и др.).

Показания к применению водолечебных процедур: болезни сердечно-сосудистой системы, болезни опорно-двигательного аппарата, болезни органов пищеварения, болезни мочеполовой системы, болезни кожи и др.

Бальнеотерапия – метод лечения нарушенных болезнью функций организма природными минеральными водами и искусственно приготовленными минеральными водами. Основу бальнеотерапевтического метода составляют методики наружного применения минеральных вод: общие и местные ванны, орошение головы, купание и плавание в бассейне и т.д. Минеральные воды широко применяются и для внутреннего употребления (питье, промывание желудка, дуоденальный дренаж, орошение кишечника, ингаляции и т.д.).

Грязелечение (пелоидотерапия) – применение грязей (пелоидов) для теплового воздействия на организм при различных заболеваниях. С этой целью используются сульфидные иловые грязи, сапропели, различные сорта торфа, а также пелоидоподобные вещества (парафин, озокерит, глина и т.д.). кроме указанных методик грязелечения, применяют и процедуры с одновременным воздействием на организм грязи и электрического тока (гальваногрязелечение, электрофорез грязевого раствора, диатермогрязелечение, гальванодиатермогрязелечение, грязеиндуктотерапия и др.).

Показания к грязелечению: болезни опорно-двигательного аппарата, болезни нервной системы, болезни мочеполовой системы, органов пищеварения, дыхания и др.).

Санаторно-курортное лечение – оказание лечебно-профилактической помощи в специализированных учреждениях, расположенных в курортной местности. Является одним из направлений медико-социальной реабилитации и применяется для первичной и вторичной профилактики заболеваний.

Санитарно-курортное лечение представляет собой совокупность воздействий на организм различных факторов внешней среды (климат, минеральные воды, лечебные грязи и др.), а также включает физиотерапию, лечебную физкультуру, массаж, диетическое питание. Проводятся с учетом достижений курортологии, клиники внутренних болезней, физиотерапии и других медицинских дисциплин. В комплекс факторов санаторно-курортного лечения входят так же перемена обстановки и выключение больного из привычных условий труда и быта, особенности природных условий и ландшафта курортов.

Санаторно-курортное лечение тесно связано с досанаторным этапом – лечением пациентов на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапах, четким отбором пациентов для направления на санаторно-курортное лечение с учетом показаний и противопоказаний.

Санаторий (лат. sano – лечу) – лечебно-профилактическое учреждение для лечения преимущественно природными и физиотерапевтическими средствами, диетой и режимом.

Беларусь представляет собой благоприятный регион для лечебно-оздоровительного отдыха. Этому способствует умеренно-континентальный климат: зима мягкая и влажная, а лето теплое. Такие условия являются полезными для ослабленного организма: нет сухого воздуха в холодное время года и экстремальных температур в жаркое. Отдельно следует отметить ценность ресурсов минеральных вод в Беларуси. Например, естественные радоновые воды, которые по своему составу идентичны знаменитым минеральным водам «Нафтуси», «Мацесте» и хмельницким источникам Украины.

Особого внимания заслуживают природные рекреационные ресурсы Беларуси. Некоторые зоны имеют международное значение. В частности, самый крупный европейский древний лесной массив Беловежская пуца, а также Березинский биосферный заповедник и ландшафты Полесья. Изобилие озер, рек и водохранилищ повышает привлекательность Беларуси для оздоровительного туризма. При этом можно воспользоваться разнообразными медицинскими комплексными программами в нескольких десятках здравниц. Основные направления: лечение минеральными водами, целебными грязями, фитотерапия, диетическое питание.

В настоящее время в Беларуси функционируют: 72 санатория для взрослых, 10 детских санаториев, 12 детских реабилитационно-оздоровительных центров, 17 студенческих санаториев-профилакториев.

Методики лечения и восстановления в санаториях Беларуси разработаны с учетом последних достижений современной медицины. Каждому санаторию устанавливается определенный медицинский профиль (специализация) в зависимости от природных, лечебных факторов санатория и утвержденных медицинских показаний к направлению больных. Специализация производится также с учетом потребностей населения в различных видах санаторно-курортного лечения. В республике функционируют специализированные санатории для лечения больных с заболеваниями органов кровообращения, пищеварения, нарушениями обмена веществ, болезнями органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, нервной системы и другие. Кроме того, созданы специализированные санатории (санаторные отделения) более узкого профиля: для лечения больных бронхиальной астмой, сахарным диабетом, некоторыми профессиональными заболеваниями. Большое распространение получила организация при промышленных предприятиях лечебно-профилактических учреждений. Эта форма организации лечения и дополнительного отдыха рассчитана на обеспечение рабочих и служащих комплексным санаторным лечением и обслуживанием в неотпускное время, без отрыва от повседневной трудовой деятельности. Удельный вес санаториев того или иного профиля в общем количестве специализированных санаторных коек зависит от потребности населения в специализированной санаторной помощи.

Санатории могут быть однопрофильными (для больных с однородными заболеваниями) и многопрофильными (с двумя и более специализированными отделениями). В зависимости от возрастного состава обслуживаемых больных различают санатории для взрослых, детей, подростков, родителей с детьми. Во многих санаториях наряду с санаторным проводится и амбулаторно-курортное лечение, на которое направляют больных, не нуждающихся в строгом санаторном режиме и постоянном медицинском наблюдении. Амбулаторным больным обеспечивается такое же лечение, питание и обслуживание, как и больным, которые лечатся в санаториях.

В санаториях есть свои базы туристического и спортивного оборудования для велосипедных и водных прогулок, туристических походов.

Перспективными в санаторно-курортном лечении являются методы, использующие искусственно моделированные природные факторы: галотерапия – лечение в условиях регулируемой дыхательной среды (микроклимата искусственных соляных пещер); спелеотерапия – использование микроклимата карстовых пещер; нормобарическая интервальная гипокситерапия – интервальная гипоксическая тренировка; искусственная ландшафтотерапия – лечение больных в условиях зимних садов со специальным набором искусственных растений и трав.

Наряду с природными факторами на курортах широко используются преформированные методы аппаратной физиотерапии: гипербарическая оксигенация; озонотерапия в лечении облитерирующих заболеваний сосудов;

сухие углекислые ванны; использование солей Мертвого моря; лазеротерапия.

Широко используются и другие виды немедикаментозной терапии: аутотренинг, гипнотерапия, полисенсорная-полирецепторная антистрессовая терапия (альфа-капсула). Накапливается опыт использования гомеопатии, биоэнерготерапия, метод коррекции энергоинформационного обмена.

Отдых на курортах преследует не только медицинские цели, но и удовлетворение духовных и эмоциональных потребностей. Это заставляет современные курорты наряду с улучшением медицинской базы уделять внимание и досуговым занятиям отдыхающих: танцевальные вечера, дискотеки, концерты, просмотры кинофильмов, экскурсионные поездки по природным и историческим достопримечательностям.

Крупнейшие курорты Беларуси – Нарочь, Ждановичи, Рогачев, Ушачи. Популярны и малые курорты: Бобруйск, Летцы, Чёнки, Озеры, Берестье. В самой знаменитой курортной зоне Нарочанского края расположены 11 санаторно-курортных и оздоровительных организаций. Среди них санатории «Нарочь», «Сосны», «Белая Русь», «Нарочанский берег», «Приозерный», «Спутник», «Журавушка», туристический комплекс «Нарочь», Национальный детский образовательно-оздоровительный центр «Зубренок», база отдыха «Лесная поляна», оздоровительный лагерь «Русалочка». На территории Ивановского района Брестской области находится санаторий «Алеся», а рядом на территории Брестского района санаторий «Берестье», в Витебской области в Докшицком районе расположен санаторий «Боровое». В деревне Острошицкий городок Минского района в экологически чистом районе возле Усяжа расположена детская больница медицинской реабилитации «Острошицкий городок» для детей с самыми тяжелыми заболеваниями. Рядом с г.п. Радошковичи в 35 км от Минска на берегу реки Рыбчанка уютно расположился детский санаторий «Богатырь», который оказывает услуги общетерапевтического профиля.

В центре города Минска расположился «Республиканский центр реабилитации и бальнеолечения». Основные направления работы – клинко-диагностические обследования самого высокого уровня, санаторно-курортное лечение, медико-социальная реабилитация, лечение патологий эндокринной системы.

На уникальной природной территории модернизируют санатории и туристическую инфраструктуру, появляются новые современные виды услуг, развивается индустрия развлечений, открываются новые туристические маршруты. Все делается для того, чтобы Беларусь превратилась в курортную зону мирового уровня.

Белорусские санатории на зарубежных курортах. У Беларуси нет собственного выхода к морю, однако еще со времен Советского Союза белорусские санатории работают в знаменитых курортных зонах Черного и Балтийского морей: Санаторий «Белая Русь» (Туапсе, Россия); Санаторий «Беларусь» (Сочи, Россия); Санаторий «Беларусь» (Михор, Крым,

Россия); Санаторий «Беларусь» (Юрмала, Латвия); Санаторий «Беларусь» (Друскининкай, Литва).

Санаторно-курортное лечение как самостоятельное направление восстановительной медицины основано на принципах санологии, здоровья здорового человека и реабилитации пациентов, страдающих хроническими заболеваниями и перенесших тяжелые острые заболевания и травмы. Наши достижения в области санаторно-курортного лечения населения имеют историческую основу – проверенные временем традиции профилактики и лечение заболеваний. Несомненный вклад в развитие отечественного санаторно-курортного лечения внесли известные ученые Беларуси В.С. Улащик, В.Н. Гурин, Г.И. Багель, Э.С. Кашицкий.

В последнее время санаторно-курортное лечение четко ориентировано на восстановление функциональных резервов человека, сниженных в процессе неблагоприятного воздействия факторов среды и деятельности, или в результате болезни – на этапе выздоровления. Построенная по профилактическому принципу система санаторно-курортного обслуживания населения находит поддержку всех государственных и общественных институтов страны и будет способна воплотить в жизнь все планы по ее развитию и совершенствованию (Приложение №3)

Тема 18. Медико-социальная экспертиза с позиции международной классификации функционирования и ограничения жизнедеятельности

План:

1. Основные понятия и определения.
2. Организация медико-социальной экспертизы с позиций

Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

3. Экспертиза временной нетрудоспособности.
4. Этапы определения группы инвалидности.

Медико-социальная экспертиза на современном уровне развития общества занимает одно из основных мест в общем процессе оказания помощи больному или инвалиду. Негативные социально-экономические последствия потери трудоспособности достаточно велики и, прежде всего, связаны с потерями, с расходами на лечение, реабилитацию, на выплату пенсий и пособий, создание безбарьерной среды, с опосредованными тратами.

Основные понятия и определения

Медико-социальная экспертиза (МСЭ) – это научно-практическая деятельность в системе здравоохранения, определяющая медицинские показания к социальной помощи и защите. Конкретные цели медико-социальной экспертизы граждан следующие:

1) определение степени нарушения функций органов и систем; степени ограничения жизнедеятельности, реабилитационного потенциала и клинко-трудового прогноза, установление инвалидности;

2) определение видов, объемов и сроков реабилитационных мероприятий, а также программы индивидуальной реабилитации инвалида или потерпевшего в результате несчастного случая на производстве или профзаболевания.

Для того, чтобы гражданин мог реализовать свое право на медико-социальную экспертизу, получить социальную помощь и защиту, он должен пройти освидетельствование в медико-реабилитационной экспертной комиссии (МРЭК).

Медико-социальная оценка составляющих здоровья с позиций Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) использует единый буквенно-числовой код: буквой *b* обозначается «Функция организма», буквой *s* – «Структура организма», буквой *d* – «Активность и участие», буквой *e* – «Факторы окружающей среды». Такая система обозначений позволяет кратко обозначить все показатели здоровья и показатели, связанные со здоровьем и влияющие на жизнедеятельность гражданина. За буквами указывается числовой код, который записывается в следующем порядке: первая цифра – раздел первого уровня, вторая и третья – разделы второго уровня, следующие четыре цифры и более – категории третьего уровня (Рис. 4).

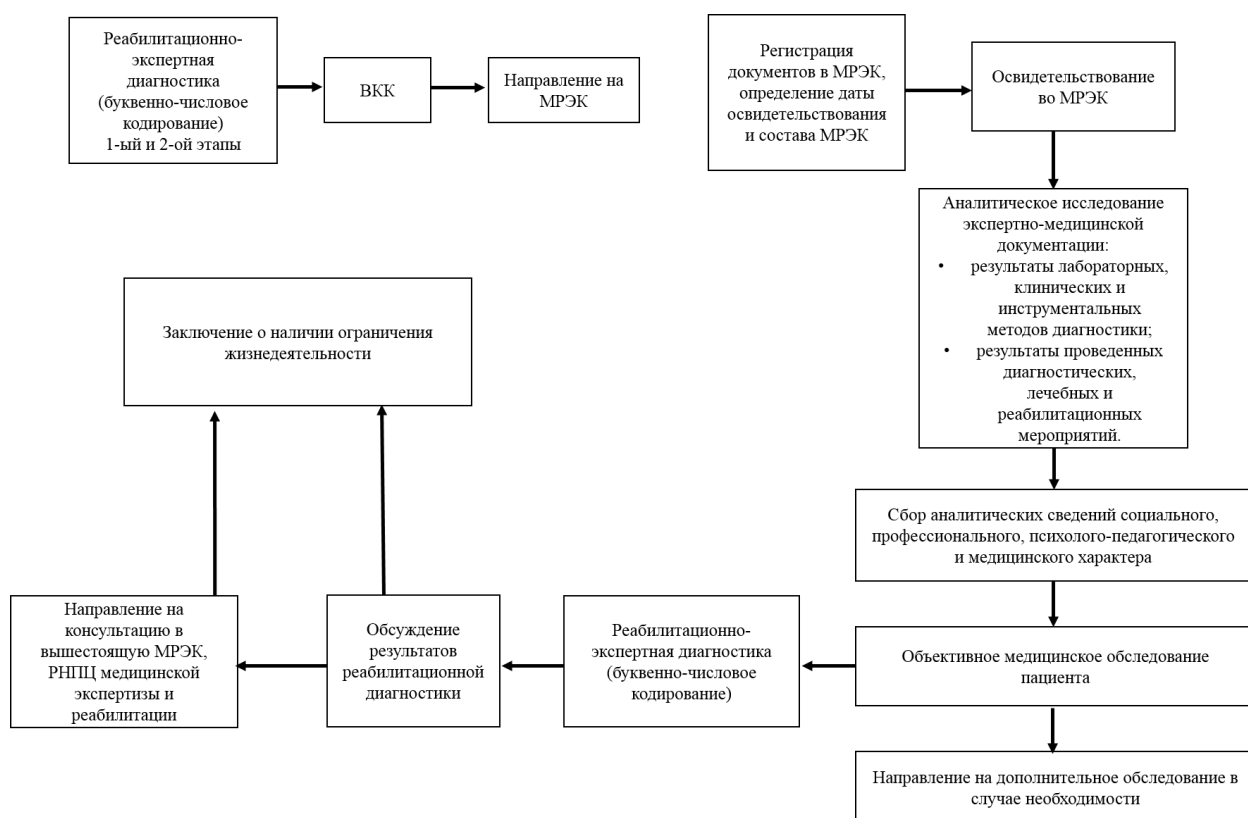


Рисунок 4. Схема организации процесса медико-социальной экспертизы с позиций МКФ (по Голиковой В.В. и Галисаевой Н.Г.)

Организация МСЭ с позиций МКФ включает:

- оценку и буквенно-цифровое кодирование структурных и функциональных нарушений органов и систем организма;

- определение степени выраженности ограничений жизнедеятельности и степени утраты здоровья, клинико-трудовой прогноз, реабилитационный потенциал и установление инвалидности.

Ограничением жизнедеятельности является ограничение активности и возможности участия, вследствие структурно-функциональной целостности организма при невозможности устранения барьеров физической и/или социальной среды (отношений, установок). При нарушении жизнедеятельности устанавливают степень выраженности (легкое, умеренное, выраженное, резко выраженное) и определяют степень утраты здоровья (СУЗ). Степень выраженности ограничения жизнедеятельности и СУЗ определяется с учетом влияния окружающей среды (поддержка и взаимоотношения, вспомогательные изделия и технологии и др.) и личностных факторов (пол, возраст, наследственность). Эти ограничения жизнедеятельности могут привести к социальной недостаточности в виде инвалидности.

Тема. Виды и экспертиза временной нетрудоспособности. Экспертиза инвалидности

План.

1. Экспертиза нетрудоспособности.
2. Экспертиза инвалидности.

Временная нетрудоспособность – временная неспособность к труду.

Виды временной нетрудоспособности (ВН) определяются по медицинским, социальным и профилактическим показаниям. Нетрудоспособность по социальным и профилактическим показаниям является условной.

Временная нетрудоспособность по медицинским показаниям устанавливается при болезнях и травмах, обуславливающих фактическую утрату трудоспособности.

Временная нетрудоспособность по социальным показаниям определяется при необходимости ухода за ребенком в возрасте до 3 лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери или другого лица, осуществляющего уход за ребенком; при протезировании и помещении в стационар протезно-ортопедического предприятия; при установлении карантина.

Временная нетрудоспособность профилактическая устанавливается при беременности и родах; при усыновлении (удочерении) ребенка в возрасте до 3 месяцев или установлении над ним опеки; при необходимости санаторно-курортного лечения.

Определение временной нетрудоспособности проводится государственными учреждениями здравоохранения и негосударственными организациями здравоохранения, имеющими специальное разрешение (лицензию) на проведение экспертизы и выдачу листков нетрудоспособности. Выдача листка нетрудоспособности является

юридическим фактом, реализующим право на пособие по временной нетрудоспособности.

При временной нетрудоспособности по медицинским показаниям пособие выдается с первого дня утраты трудоспособности и до ее восстановления или установления инвалидности. При временной нетрудоспособности по социальным и профилактическим показаниям определены сроки или условия выплаты пособия. В таких случаях выдача листка нетрудоспособности производится на эти сроки.

Временная утрата трудоспособности может быть полной и частичной. Полная временная нетрудоспособность возникает при острых заболеваниях (травмах) и при обострении хронических заболеваний. Больному нужно соблюдать постельный, амбулаторный или стационарный режим и проводить необходимое обследование и лечение. Поэтому такой больной нуждается в полном освобождении от работы и ему выдается листок нетрудоспособности или справка о временной нетрудоспособности. Частичная нетрудоспособность определяется в тех случаях, когда больной из-за функциональных нарушений, обусловленных болезнью или травмой не может выполнять в полном объеме свою обычную работу, но может выполнять работу с ограничениями или нуждается во временном переводе на другую работу. Частичная временная нетрудоспособность удостоверяется заключением ВКК.

Сроки временной нетрудоспособности во многом определяются трудовым прогнозом. Если трудовой прогноз неблагоприятный больной должен быть направлен на МРЭК, как только этот факт становится очевидным.

Временная нетрудоспособность удостоверяется листком нетрудоспособности или справкой о временной нетрудоспособности. Листок нетрудоспособности выдается лицам, на которых распространяется государственное социальное страхование, а справка о временной нетрудоспособности удостоверяет факт нетрудоспособности и в некоторых случаях является основанием для сохранения зарплаты, но не для выплаты пособия. Справка о временной нетрудоспособности выдается и продлевается, как и листок нетрудоспособности. В некоторых случаях факт временной нетрудоспособности удостоверяется справкой произвольной формы (выдается скорой медицинской помощью, приемным отделением, здравпунктом).

За необоснованную выдачу листка нетрудоспособности медицинские работники привлекаются к дисциплинарной или уголовной ответственности.

Экспертиза инвалидности

Определение инвалидности проводится на основании оценки ограничений жизнедеятельности, которые приводят к социальной недостаточности. Направление больных на МРЭК преследует решение следующих задач:

- уточнение степени ограничения жизнедеятельности и реабилитационного потенциала освидетельствуемых граждан;

- установление группы и причины инвалидности;
- переосвидетельствование инвалидов и контрольное освидетельствование длительно болеющих;
- определение степени утраты трудоспособности лиц, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профзаболеваний;
- вынесение решения о мерах социальной защиты (медицинской, социальной и профессиональной реабилитации в т.ч. разработка индивидуальной программы реабилитации);
- решение вопроса (показаний) к получению специальных транспортных средств;
- установление показаний к обучению и трудоустройству инвалидов в учреждениях социального обеспечения;
- решения вопроса о направлении освидетельствуемого в дом инвалидов;
- установление причины смерти инвалида, когда по закону РБ семье умершего предоставляются льготы.

Порядок направления больных на МРЭК определяется подзаконными актами и включает следующие положения: наличие признаков инвалидности (решает ВКК); утрата профессиональной трудоспособности, которая возникла на производстве или вследствие профзаболевания; очередное переосвидетельствование в связи с окончанием сроков инвалидности; направление досрочно при усугублении тяжести состояния больного и изменении группы инвалидности, а также при вскрытии фактов подлогов документов; продление ВН либо определение инвалидности у больных с длительной ВН; изменение причины инвалидности на более льготную; обеспечение инвалида спецавтотранспортом.

Направление на МРЭК заполняется лечащим врачом и утверждается ВКК. Указывается основной и сопутствующий диагнозы, осложнения. Основной диагноз отражает заболевание, которое обусловило наибольшую степень ограничения жизнедеятельности, а при равноценности заболеваний основным указывается заболевание с более тяжелым клиническим течением и неблагоприятным прогнозом. Функциональные нарушения и ограничения жизнедеятельности оценивают количественно по пятибалльной шкале (0 – 4), принятой за 100 %. Интервал между балами составляет 25%. Функциональный класс (ФК) 0 – нормальное состояние параметра, ФК I – легкое нарушение функции (от 1% до 25%), ФК II – умеренное нарушение функции (от 26% до 50%), ФК III – значительное нарушение функций (от 51% до 75 %), ФК IV – резкое нарушение функции вплоть до полной утраты (от 76 % до 100 %). Освидетельствование проводится на МРЭК или, в зависимости от состояния больного, в стационаре, дома, заочно на основании представленных документов.

Критерии определения группы инвалидности

Основанием для определения инвалидности является стойкое нарушение функций, вызванных болезнью, травмой или дефектом; ограничение

жизнедеятельности, вызванных нарушением функций; социальная недостаточность, обусловленная ограничением жизнедеятельности, которая приводит к нуждаемости в социальной помощи и защите.

Определение первой группы инвалидности связано с зависимостью от постоянной нерегулируемой помощи других лиц, возникает в результате резко выраженного ограничения жизнедеятельности, обусловленного заболеваниями, последствиями травм, тяжелыми комбинированными анатомическими дефектами, приводящими к социальной недостаточности (Рис. 5).



Рисунок 5. Этапы определения первой группы инвалидности

К резко выраженным ограничениям жизнедеятельности (ФК 4) относятся: резко выраженное нарушение самообслуживания (личная гигиена, одевание, прием пищи); полная утрата способности к передвижению; резкое ограничение ориентации за счет нарушения зрения; резкое нарушение контроля своего поведения и общения (психические расстройства). Первая группа инвалидности определяется так же при заболеваниях с абсолютно неблагоприятным прогнозом для жизни.

Основанием для определения второй группы инвалидности является значительно выраженное ограничение жизнедеятельности, обусловленное заболеваниями, последствиями травм, комбинированными анатомическими дефектами и приводящие к социальной недостаточности (Рис. 6).

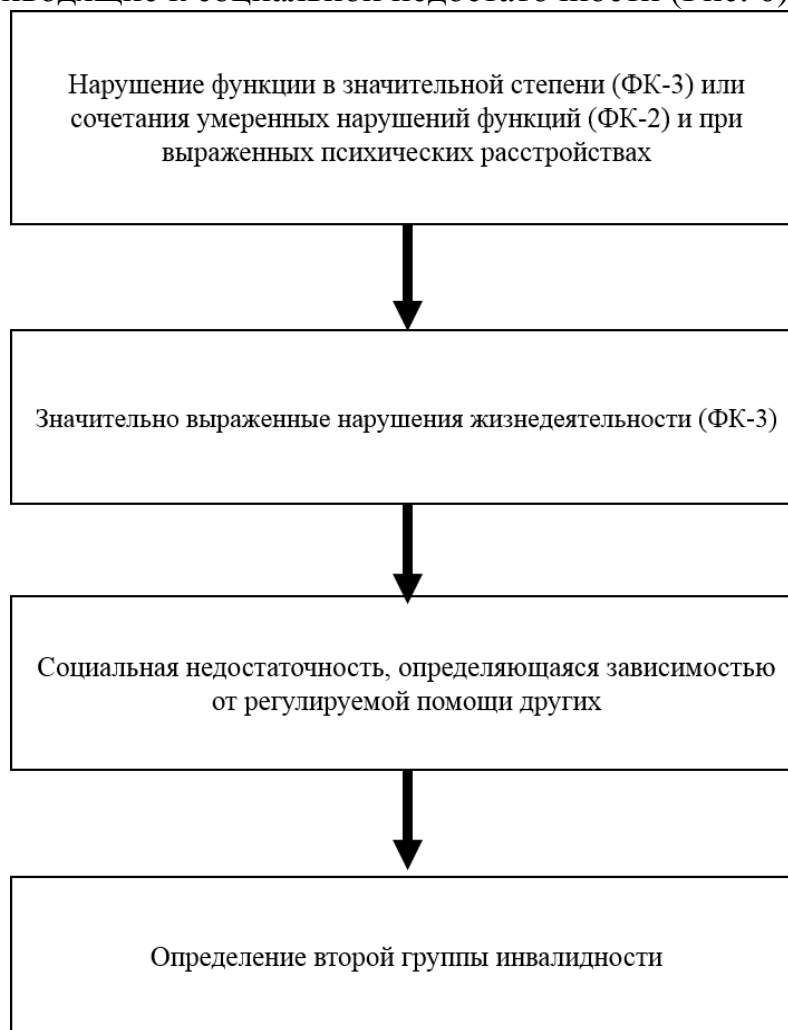


Рисунок 6. Этапы определения второй группы инвалидности

К значительно выраженным ограничением жизнедеятельности (ФК-3) относятся: значительное ограничение самообслуживания (осуществление ряда регулируемых потребностей три и более раз в неделю (уборка, стирка, приготовление пищи, доставка продуктов и др.); значительное ограничение передвижения (в пределах ближайшей к жилью территории); значительное ограничение ориентации (нарушение зрения, слуха); значительное нарушение контроля поведения и общения; невозможность профессионального обучения или возможность обучения в специальных учебных заведениях, на дому; полная утрата способности к профессиональному труду или возможность его выполнения в специально созданных условиях.

Значительно выраженные ограничения жизнедеятельности возникают при патологических состояниях, когда функция нарушается в значительной степени (ФК-3) или при сочетании умеренных нарушений функций (ФК-2) и при выраженных психических расстройствах.

Основанием для определения третьей группы инвалидности является умеренное ограничение жизнедеятельности, обусловленное заболеваниями, последствиями травмы, выраженными анатомическими дефектами и приводящие к социальной недостаточности. К умеренным нарушениям жизнедеятельности (ФК-2) относятся: умеренное ограничение самообслуживания (нуждаемость в помощь других лиц четыре и более раз в месяц); умеренно ограничение передвижения (ограничено районом проживания); умеренное ограничение ориентации (нарушение зрения, слуха); умеренное нарушение поведения и умеренное ограничение общения (затруднение в установлении новых контактов); умеренное ограничение обучения (обучение в спецгруппах обычных учебных заведений); умеренное ограничение способности к профессиональной деятельности.

Умеренные ограничения жизнедеятельности возникают при патологических состояниях, сопровождающихся нарушением функции умеренной степени (ФК-2) или при легком нарушении функций (ФК-1) несколько систем (Рис. 7).

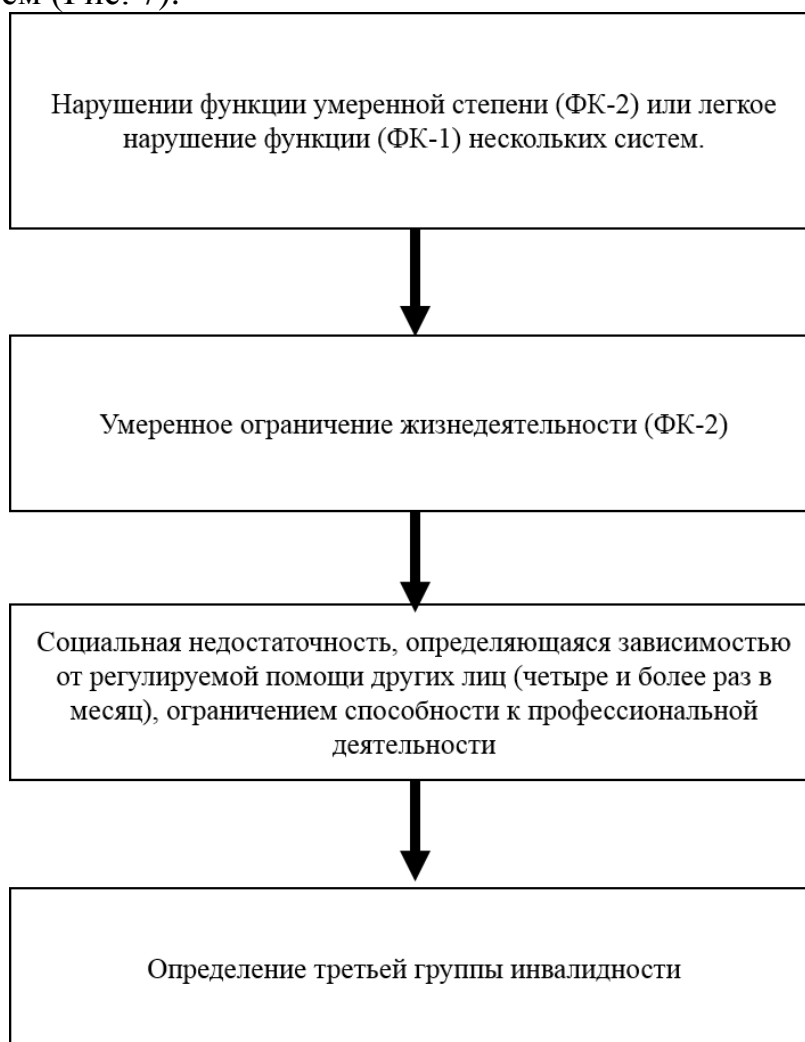


Рисунок 7. Этапы определения третьей группы инвалидности.

Целью направления на МРЭК является не только установление группы инвалидности, но и ее причины. Под причинной инвалидностью подразумевается связь с социальными факторами. Устанавливаются

следующие причины инвалидности: общее заболевание; профзаболевание; трудовое увечье; инвалидность с детства; инвалидность с детства, связанная с боевыми действиями в период ВОВ; инвалидность с детства, связанная с катастрофой на ЧАЭС; военная травма; заболевание получено в период военной службы; заболевание получено при выполнении обязанностей военной службы, в связи с катастрофой на ЧАЭС или на других атомных объектах, а также при испытаниях ядерного оружия.

Причину инвалидности устанавливают на основании представленных освидетельствуемым соответствующих документов об обстоятельствах возникшей инвалидности. На протяжении многих лет основными причинами инвалидности являются сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования и травмы. Эти заболевания, по сути, остаются и основными причинами инвалидности и смертности населения РБ. Поэтому сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования и травмы являются первоочередной проблемой здравоохранения требующей решения.

Тема. Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов

План:

1. Основные понятия и определения.
2. Последствия болезни и Международная классификация

функционирования.

3. Оценка ограничений жизнедеятельности по функциональным классам.

В системе охраны здоровья населения важное место занимает реабилитация больных и инвалидов, т.е. система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной и стойкой утрате трудоспособности, эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов, детей и взрослых, в общество к общественно полезному труду. Конечной целью реабилитации является повышение качества жизни больных и инвалидов, их интеграция в общество, в семью, в трудовой коллектив. Стратегической задачей реабилитации является социальная интеграция реабилитанта и обеспечение ему приемлемого качества жизни, т.е. достижение удовлетворенности человека своим физическим, психическим состоянием и социальным статусом.

Основные понятия и определения

Реабилитация (лат. rehabilitation – восстановление) – это предупреждение инвалидности в период лечения заболевания и помощь пациенту в достижении максимальной физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности, на которую он будет способен в рамках существующего заболевания (ВОЗ 1963г.).

Реабилитация (по определению экспертов ВОЗ и Международной организации труда) – это система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических мероприятий, направленных на профилактику заболеваний,

приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности и на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество к общественно-полезной жизни (Praha, 1967).

Инвалид (фр. invalide от лат. invalidus – бессильный слабый) – человек с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами мешают полному и эффективному участию его в жизни общества наравне с другими (Закон Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» 2008г., ст.1).

Инвалидность – это 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 (Закон Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» 2008г., ст.1). Инвалидность является проблемой социальной, а интеграция инвалидов в общественную среду требует объединения усилий медицинских работников, психологов, педагогов, юристов, социальных работников и др.

Пациент (лат. patiens – страдающий) – больной человек в отношении к врачу у которого от лечится.

Больной – человек, страдающий какой-нибудь болезнью, нездоровый.

Последствия болезни и Международная классификация функционирования

В начале 70-ых годов XX века экспертами ВОЗ была сформулирована концепция последствий заболеваний как дополнение к Международной классификации болезней. Последствия болезней рассматриваются на трех уровнях:

- на органном – нарушения со стороны органов и систем (нарушения структуры и функции в результате заболеваний и травм);
- на организменном (ограничение жизнедеятельности индивида) – нарушения общих функций организма к передвижению, самообслуживанию, ориентации, общению, обучению, труду;
- на социальном уровне (социальная недостаточность) – дезадаптация или невозможность выполнения общественной роли.

Схема формирования последствий заболеваний и травм представлена на рис. 8.

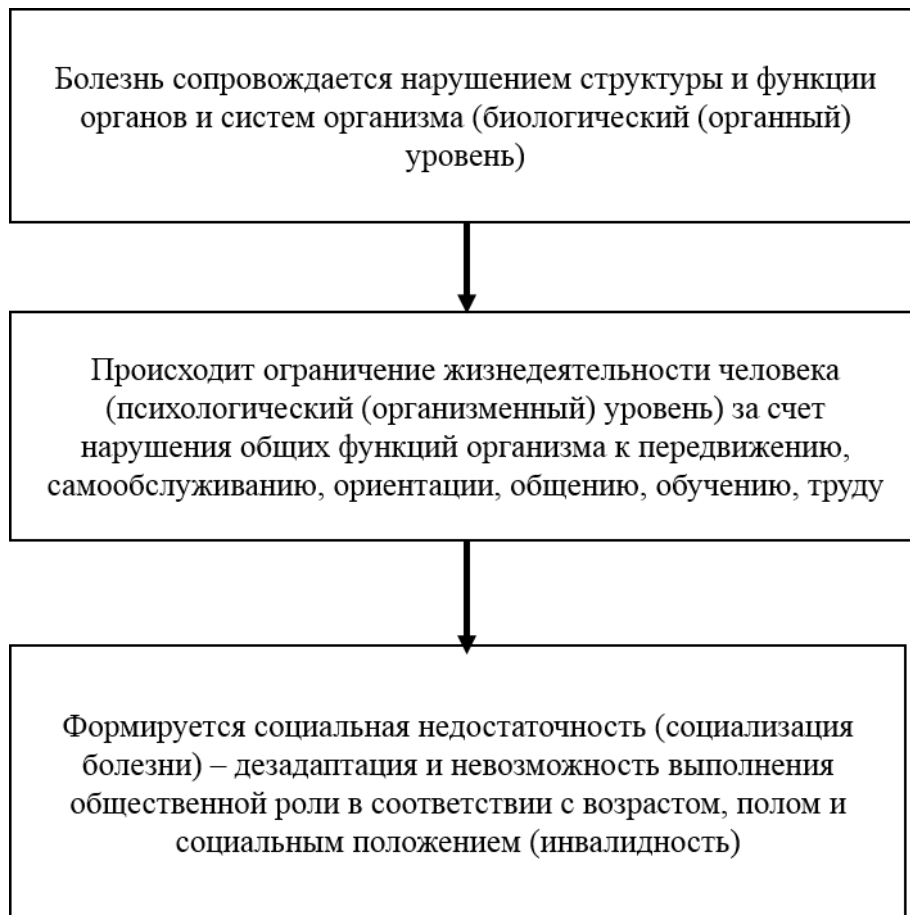


Рисунок 8. Схема формирования последствий болезни

В 1980 г. ВОЗ была рекомендована система последствий заболеваний, представленная в форме международной классификации ICIDH для анализа и решения проблемы жизнеобеспечения людей, связанной с состоянием их здоровья (табл. 13.1).

Таблица 1. Международная классификация последствий заболеваний и травм (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, 1980). Классы последствий заболеваний и травм.

Последствия, определяемые на уровне организма	Последствия, определяемые на уровне индивидуума	Последствия, определяемые на уровне личности
Нарушение структур и функций организма: <ul style="list-style-type: none"> • умственные; • другие психические; • языковые речевые; • ушные (слуховые и вестибулярные); 	Ограничения жизнедеятельности, снижение способности: <ul style="list-style-type: none"> • адекватно вести себя; • общаться с окружающими; • совершать движения; • действовать 	Социальная недостаточность из-за необходимости: <ul style="list-style-type: none"> • к физической независимости; • к мобильности; • к занятиям обычной деятельностью; • к получению

• зрительные;	руками;	образования;
• висцеральные и метаболические;	• владеть телом;	• к профессиональной деятельности;
• двигательные;	• ухаживать за собой;	• к экономической самостоятельности;
• уродующие;	• ситуационное снижение способности;	• к интеграции в общество
• общего характера	• овладеть специальными навыками	

В материале таблицы четко и подробно представлены все основные последствия заболеваний и травм, которые следует учитывать в процессе медико-социальной реабилитации. Однако, Международная классификация последствий болезни не позволяет достаточно полно раскрыть роль социальной и физической окружающей среды в формировании последствий болезней и их преодолении. Поэтому в 2001г. была разработана Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья - International Classification of Functioning, Disability and Health (МКФ). Применение Международной классификации функционирования может быть использовано для оценки результатов реабилитации, для оценки профессиональной пригодности, для оценки качества жизни населения, для оценки показателей здоровья.

Нарушение – это внешнее проявление патологического состояния (потеря или аномалия психологической, физиологической или анатомической структуры или функции). Предложена следующая номенклатура повреждений (нарушений):

- 1) умственные, психологические;
- 2) другие психологические;
- 3) языковые и речевые;
- 4) слуховые или ушные (слуховые и вестибулярные);
- 5) зрительные (глазные);
- 6) висцеральные (со стороны внутренних органов);
- 7) локомоторные (за счет нарушений опорно-двигательных органов);
- 8) уродующие (ненормальность строения организма, делающая его резко не похожим на обычных);
- 9) общие нарушения, связанные с чувствами, ощущениями (сенсорные).

Для более четкого определения ограничений жизнедеятельности разработан следующий перечень терминов: мобильность (способность к передвижению); самообслуживание; ориентация; общение; контроль поведения (способность адекватно вести себя); способность к обучению; способность к труду. Каждое из перечисленных определений может нарушаться изолированно или совместно с другими, что требует оценки по каждому критерию. Оценка производится по функциональным классам (ФК):

ФК-0 – нормальное состояние параметра; ФК-1 – легкое нарушение (до 25%); ФК-2 – умеренное нарушение (26-50%); ФК-3 – значительное нарушение (51-75%); ФК-4 – резко выраженное нарушение (76-100%). В связи с вышеприведенной классификацией функциональных классов можно представить все ограничения жизнедеятельности следующим образом.

Оценка «передвижения» (мобильность):

ФК-0 – мобильность без ограничений;

ФК-1 – возможно передвижение на неограниченное расстояние с замедлением темпа движения и изменением походки, необходимость использования простых вспомогательных средств (трость), использование транспорта не ограничена;

ФК-2 – ограничение передвижения районом проживания (1,5-2 км), медленный темп ходьбы, выраженное изменение походки, необходимость использования протезов, ортезов, использование транспорта затруднено, однако без посторонней помощи;

ФК-3 – передвижение возможно в пределах ближайших домов (до 0,5 км), резкое изменение походки, необходимость использования сложных вспомогательных средств, общественным транспортом без посторонней помощи пользоваться невозможно;

ФК-4 – передвижение возможно в пределах жилья с коляской, с посторонней помощью.

Оценка самообслуживания по функциональным классам:

ФК-0 – полная независимость;

ФК-1 – потребность в непостоянной и регулируемой помощи других лиц (генеральная уборка, мелкий ремонт);

ФК-2 – потребность в помощи при принятии ванны, использовании домашних приборов;

ФК-3 – необходимость в помощи других лиц систематически 1 раз в сутки и реже (покупка продуктов, уборка, отопление);

ФК-4 – необходимость в помощи при удовлетворении нерегулируемых потребностей (физиологические отправления, личная гигиена).

Оценка ограничений ориентации с использованием функциональных классов:

ФК-0 – нормальное восприятие, анализ, реагирование;

ФК-1 – легкое ограничение зрения или слуха или наличие легких психических нарушений;

ФК-2 – снижение зрения до 0,11-0,15, тугоухость 3-4 степени на оба уха, легкая дезориентация;

ФК-3 – снижение зрения до 0,06-0,1, тугоухость 5 степени;

ФК-4 – слепота или снижение зрения на оба глаза <0,05 с коррекцией, глухота на оба уха, выраженная дезориентация.

Оценка ограничений общения (способность устанавливать контакты с другими людьми) устанавливают по степени нарушения речи, а также чтения и письма, иногда по использованию жестов, мимики.

Оценка способности адекватно вести себя (социальная интеграция) с учетом функциональных классов ограничения жизнедеятельности:

ФК-0 – нормальное общение (социально интегрированные граждане);

ФК-1 – невозможность устанавливать новые контакты;

ФК-2 – невозможность устанавливать и поддерживать новые контакты при сохранении устоявшихся контактов;

ФК-3 – нарушение устоявшихся контактов (друзья, соседи);

ФК-4 – затруднение в поддержании контактов даже с близкими родственниками.

Оценка ограниченной способности к обучению:

ФК-0 – нормальное обучение;

ФК-1 – возможность обучения в обычном учебном заведении, при необходимости – освобождение от отдельных предметов и разрешение периодического непосещения занятий и др.;

ФК-2 – обучение в спецшколе (школы слабовидящих, слабослышащих, детей со сколиозом);

ФК-3 – возможность обучения в спецшколах – интернатах с использованием спецприемов, методов и средств (спецшколы для умственно отсталых детей);

ФК-4 – обучение невозможно.

Оценка способности к труду по критериям функциональных классов (трудоспособность):

ФК-0 – трудоспособность сохранена;

ФК-1 – незначительное ограничение трудоспособности;

ФК-2 – значительное ограничение трудоспособности;

ФК-3 – возможен труд только в специально созданных условиях;

ФК-4 – труд невозможен.

Оценка контроля поведения и способности адекватно вести себя касается нарушений когнитивных и психологических функций. Такую оценку могут дать только специалисты психиатрической службы.

Основные принципы реабилитации

Базовой основой реабилитации являются следующие основные принципы.

1. Государственный характер реабилитации.

2. Возможно более раннее начало реабилитационных мероприятий.

3. Непрерывность реабилитации.

4. Комплексный характер реабилитационных мероприятий (принимают участие медицинские работники, социологи, психологи, педагоги, юристы и др.).

5. Индивидуальный характер реабилитационных мероприятий.

6. Реализация мероприятий в коллективе больных.

7. Возвращение больных и инвалидов к активной общественно-полезной деятельности.

Комплексный характер реабилитации определяется составными частями (асpekтами) ее, которые включают:

- медицинский аспект, включая вопросы профилактического и диагностического плана;
- физический аспект включает ЛФК, ФТЛ, тренировки и др.;
- психологический аспект включает адаптацию к новой ситуации;
- профессиональный аспект включает восстановление трудоспособности;
- социальный аспект включает проблемы взаимоотношения больного и семьи, производства, общества и реинтеграцию индивида в обычную социальную среду;
- экономический аспект включает изучение экономических затрат для планирования медицинских и социально-экономических мероприятий.

Учитывая значимость и сложность медицинской реабилитации необходимо более подробно охарактеризовать этот аспект, включающий лечебные, лечебно-диагностические и лечебно-профилактические вопросы реабилитации. Цель медицинской реабилитации – устранение или ослабление последствий болезней до восстановления или компенсации нарушений в физиологическом, психическом или анатомическом состоянии пациента.

Применяются следующие методы медицинской реабилитации: фармакотерапия, реконструктивная хирургия, диетотерапия, психотерапия, кинезитерапия, иглорефлексотерапия, физиотерапия, спелеотерапия, арттерапия, климатотерапия и др. Модель системы медицинской реабилитации представлена следующими этапами.

1. Медицинская реабилитация в стационаре способствует выздоровлению и восстановлению активности пациента и его трудоспособности. Она начинается в остром периоде болезни одновременно с этиопатогенетическим лечением и направлена на восстановление структурно-функциональных нарушений.

2. Амбулаторно-поликлинический (домашний) этап реабилитации ориентирован на укрепление уверенности в восстановлении функций. Этому способствует семейная среда, друзья. Амбулаторно-поликлинический этап менее затратный чем стационарный.

3. Санаторный этап медицинской реабилитации закрепляет эффект предыдущих этапов и способствует обретению психологической уверенности в возвращении в прежнюю социальную среду.

Социальный аспект реабилитации ориентирован на реинтеграцию индивида в обычную социальную среду (обычные условия жизни).

Медико-социальная реабилитация должна быть комплексной, т.е. согласованной по методам индивидуальных программ реабилитации и по взаимодействию специалистов для усиления роли каждого из них.

В заключении следует отметить, что в зависимости от типа последствий болезни могут использоваться два варианта реабилитации.

I-курсовая реабилитация продолжительностью от нескольких недель до 1,5 лет пока не будет достигнуто возможное профессиональное восстановление.

II-непрерывная реабилитация продолжается до тех пор, пока имеются возможности предупреждения и смягчения последствий болезни (чередуются курсы в ЛПУ и дома)

Тема. Организация медико-социальной помощи на дому

План:

1. Система государственной медико-социальной помощи.
2. Права пациента.
3. Уход за больными и инвалидами.
4. Медико-социальная помощь подопечным сестер милосердия

Белорусского Общества Красного Креста.

В составе населения любой страны всегда имеются социальные группы, которые нуждаются в повышенном внимании со стороны общества, в особой охране их прав со стороны государства. Это уязвимые социальные слои, к которым принадлежат лица престарелого возраста, инвалиды, больные хроническими и социально значимыми заболеваниями. Медико-социальная помощь (МСП) на дому включает уход и выполнение гигиенических манипуляций, реабилитацию, вторичную профилактику болезней, гигиеническое воспитание и обучение населения. Задача человека, оказывающего медико-социальную помощь на дому, - достижение и поддержание оптимального уровня качества жизни.

Система государственной медико-социальной помощи уязвимым группам населения обеспечивается организациями Министерства здравоохранения (медицинские аспекты помощи) и Министерства труда и социальной защиты (социально-бытовые услуги), а также общественными организациями (Белорусский Красный Крест, религиозные и др. организации).

Медико-социальная помощь на дому приближает услуги к потребителям в привычной для них среде. Она позволяет сохранять и поддерживать устоявшийся уклад жизни, имеющиеся социальные связи, а также привлекать родственников пациента к оказанию услуг. Кроме того, медико-социальная помощь на дому экономически выгодна (менее затратна).

Социальная политика в Республике Беларусь направлена на повышение эффективности реализации социальных гарантий населению путём перехода от общих социальных программ к адресным, представляющих услуги одиноким пенсионерам, инвалидам, прежде всего на дому. В осуществлении адресных медико-социальных программ, кроме государственных учреждений, должны участвовать и общественные организации (Белорусский Красный Крест, общественные медицинские организации и др.).

Таблица 2. Организации здравоохранения и социальной защиты, оказывающие медико-социальную помощь (Дементьева Н.Ф., 2006; Прощаев К.И., 2006)

Организация	Организация здравоохранения	Организация соцобслуживания (соцзащиты)
Внебольничная (внестационарная)	<p>Оказание МСП в амбулаторно-поликлинических организациях:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ФАП; • амбулатория; • амбулатория врача общей практики; • поликлиника; • диспансер; • гериатрический кабинет (отделение) при поликлинике; • гериатрические центры; • дневные стационары <p>Оказание МСП на дому:</p> <ul style="list-style-type: none"> • специалисты амбулаторно-поликлинических организаций по вызову; • скорая медпомощь; • отделения медико-социальной помощи на дому; • стационары на дому 	<ul style="list-style-type: none"> • центр социального обслуживания; • отделения дневного пребывания; • служба срочной социальной помощи; • отделения социальной помощи на дому; • учреждения социальной реабилитации (специально созданные рабочие места); • учреждения досуга пожилых (спортивного профиля и др.) • отделения социальной помощи на дому; • хоспис на дому

Стационарная	<ul style="list-style-type: none"> • больница общего профиля; • больница специализированного профиля; • диспансер; • гериатрические койки (отделение) больниц; • гериатрическая больница; • больница сестринского ухода; • хоспис; • госпиталь ИОВ; • гериатрический центр. 	<ul style="list-style-type: none"> • дом-интернат общего профиля; • специализированный интернат (психоневрологический, для детей с умственными и физическими недостатками); • дом-интернат милосердия; • геронтологический центр; • специализированный дом-интернат для лиц, освобожденных из мест заключения; • реабилитационный центр; • геронтопсихиатрический центр.
--------------	--	---

Качество медико-социальной помощи пациентам определяется квалификацией медицинского и социального работника, позитивно-психологическим воздействием и организацией ухода.

Помощь при уходе за инвалидами может быть формальной и неформальной.

- Формальная помощь обеспечивается профессионалами и оплачивается из госфонда.

- Неформальная помощь обеспечивается родственниками, друзьями, соседями, добровольцами и оплачивается из государственных общественных и иных фондов.

Существуют следующие формы помощи:

- долговременная помощь (уход на дому);
- патронаж;
- хосписы (дома-интернаты);
- стационары на дому или отделение (больницы) сестринского ухода;
- смешанная форма, в которой сочетаются стационар на дому и госпитализации в больницу при ухудшении состоянии здоровья.

В РБ существует двухуровневая система медицинского обслуживания: первичная и госпитальная. Экономически и психологически целесообразно переходить к трехуровневой модели: первичная, парагоспитальная (патронажная) и госпитальная. Взаимодействие поликлиник и стационаров посредством самостоятельного парагоспитального уровня обслуживания

пациентов позволяет более логично распределять технологии лечения и ухода.

Патронажная медико-социальная помощь осуществляется медицинскими специалистами (патронажными медицинскими сёстрами, а при необходимости и врачом) и социальными работниками. Задачами таких команд являются следующие:

- решение медицинских проблем пациентов;
- решении социальных проблем;
- обучение родственников уходу.

Этапы сестринского процесса при оказании медико-социальной помощи разработаны на основе системы воззрений о человеческих потребностях. Выделено 14 видов повседневных жизненно важных потребностей: нормальное дыхание; адекватное питание (пища и питье); нормальные отправления организма; движение и различные позы; сон и отдых; соответствующая одежда; одевание и раздевание; содержание тела в чистоте; уход за внешностью; поддержание температуры тела путём подбора одежды; избегание опасностей; общения с другими; выражение эмоций, нужд; результативная работа; свобода вероисповедания; игра и другие формы отдыха; удовлетворение любопытства, ведущее к развитию и здоровью.

Медсестра, при уходе за пациентом, способна определить не само заболевание, а его внешние проявления. Задачи медсестры - обеспечить комфорт за счёт контроля за внешними проявлениями заболевания.

Этапы сестринского процесса: сестринское обследование, сестринская диагностика или определение проблем пациента; планирование сестринского ухода; выполнение плана сестринского ухода; коррекция сестринского ухода в случае необходимости и оценка его эффективности.

Существует четыре основные модели сестринского ухода: функциональный, бригадный, полный, узкоспециализированный. Функциональная модель основана на выполнении каждой медсестрой определённых манипуляций (одна - перевязочная, вторая - массажистка и т.д.). За социальный раздел ухода отвечает социальный работник. При бригадной форме сестринского обслуживания патронаж осуществляется группой три-пять человек: медицинские сестры, инструктор ЛФК, социальный работник, врач-специалист (при необходимости). Модель полного обслуживания пациентов: медицинская сестра несёт полную ответственность за пациента, планирует вмешательство, оценивает результаты ухода. Медсестра передает информацию об изменениях состояния пациента другим членом бригады (медсестре другой смены, врачу-реабилитологу, социальному работнику и др.). В этом случае одна медсестра является ответственной за организацию ухода, а другие члены бригады могут дежурить на дому.

Специализированный уход - это метод сестринского обслуживания в различных учреждениях, осуществляющих уход в т.ч. на дому, в дневных стационарах, поликлиниках, реабилитационных центрах. Помощь оказывается междисциплинарной командой при определённых заболеваниях.

Члены специализированной команды осуществляют вмешательства по графику, составленному стационаром.

Работы медсестры и социального работника, волонтера по уходу за инвалидами и престарелыми относятся к профессиям, которые могут нанести ущерб здоровью. Для описания эмоциональных, физических и социальных проблем людей, ухаживающих за тяжелобольными, используют термин "синдром эмоционального выгорания" (СЭВ). Основными признаками СЭВ являются следующие: чувство эмоционального истощения (усталость не проходит после отдыха); деперсонализация - цинизм по отношению к пациенту (снижено сопереживание к пациенту, сочувствие); снижение личностных достижений. Профилактика СЭВ состоит в использовании приемов аутогенной тренировки, методов мышечной релаксации, определении четких должностных обязанностей и критериев оценки работы, профилактики конфликтов в коллективе и предоставлении регулярных выходных и отпусков.

Права пациента

Социальные права – это совокупность конституционных прав, дающих возможность человеку претендовать на получение от государства определенных материальных благ и включающих в себя право на отдых, право на защиту материнства и детства, а также равные права родителей на воспитание детей, право на социальное обеспечение, право на жилище, право на охрану здоровья и медицинскую помощь, экологические права, право на образование.

Права пациента в стране обеспечиваются нормативно-правовой базой государства.

Основные нормативно-правовые акты Республики Беларусь в сфере здравоохранения:

- Конституция Республики Беларусь 1994 г. (с изменениями и дополнениями, принятыми на республиканских референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004 г.);
- Закон Республики Беларусь от 18 июля 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении» (в ред. Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 г. №363-З, с изм. и доп.);
- Закон Республики Беларусь от 23 ноября 1993 г. № 2583-ХП «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (в ред. Закона Республики Беларусь от 23 мая 2000 г. № 397-З с изм. и доп.);
- Закон Республики Беларусь от 1 июля 1999 г. №274-З «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании (с изм. и доп.);
- Закон Республики Беларусь от 22 мая 2002 г. № 102-З «О наркотических средствах, психотропных веществах и их прекурсорах» (и изм. и доп.);

- Закон Республики Беларусь от 4 марта 1997 г. №28-З «О трансплантации органов и тканей человека» (в ред. Закона Республики Беларусь от 9 января 2007 г. №207-З);
- Закон Республики Беларусь от 30 ноября 2000 г. № 197-З «О донорстве крови и ее компонентов»;
- Закон Республики Беларусь от 29 июня 2003 г. № 217-З «О качестве и безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов для жизни и здоровья человека» (с изм. и доп.);
- Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 18 июня 2002 г. № 963 «О государственных минимальных социальных стандартах в области здравоохранения» (с изм. и доп.) и др.

Основные права пациента, которые содержатся в указанных законодательных актах следующие:

- 1) право на доступную качественную медицинскую помощь включая право выбора врача и лечебного учреждения; право на консультацию другого врача, право на амбулаторно-поликлиническую помощь и др.;
- 2) право на достоверную информацию о состоянии своего здоровья и степень риска неблагоприятного исхода, право на конфиденциальность и др.;
- 3) право на информированное согласие и отказ от медицинского вмешательства включая информационное согласие на применение новых методов лечения и лекарственных средств; согласие или отказ пациента от участия студентов в лечебном процессе и др.;
- 4) право на обжалование действий медицинских работников при нарушении прав пациентов, право на возмещение ущерба здоровью пациента, обусловленного при оказании медицинской помощи.

Таким образом, права пациента, закрепленные в указанных законодательных актах, реализуются в реальных жизненных ситуациях за счет организации качественного медико-социального обслуживания и информирования медработников и пациентов.

Уход за больным

Уход включает обслуживание больного, создание наиболее благоприятных условий для его выздоровления, облегчения страданий и предотвращения осложнений.

Для хорошего ухода нужны не только знания и навыки, но и чуткость, такт, способность психологического воздействия, чтобы преодолеть повышенную раздражительность больного, владеющее им чувство тревоги, иногда даже безысходность, отвлечь от чрезмерного внимания к своей болезни. Сдержанное, ровное и спокойное отношение поддерживает больного, укрепляет его волю к выполнению всех врачебных предписаний.

Давно доказано, что качества личности больного, его психологический настрой существенно влияют на течение болезни, ее исход. Более мужественно переносят болезни люди спокойные, уравновешенные, умеющие управлять своими чувствами, бороться с трудностями. Иначе порой ведут себя слабые духом, легко впадающие в отчаяние. Те, кто чаще подвержен заболеваниям, переносят их спокойнее, чем заболевшие впервые.

Но нередко бывает и так, что больной не только недооценивает степень тяжести своего состояния, но и отрицает наличие у него заболевания.

Правильно построенный режим обеспечивает пациентам своевременное питание, выполнение гигиенических и лечебно-диагностических мероприятий, полноценный отдых, а также способствует поддержанию соответствующего санитарного состояния в помещении.

Каждому больному в зависимости от тяжести состояния рекомендуется индивидуальный режим.

Строгий постельный режим: больному не разрешается активно двигаться в постели (вставать, поворачиваться и т.д.);

Постельный режим: больному можно поворачиваться и садиться в постели, но не покидать ее.

Полупостельный режим: больному разрешается передвигаться в пределах комнаты, квартиры.

Общий режим: больной сам себя обслуживает, может передвигаться в пределах близлежащей территории.

Смена белья

К белью относятся простыни, наволочки, пододеяльники, пеленки, рубашки.

Не реже одного раза в неделю больной принимает гигиеническую ванну со сменой белья.

В связи с тем, что большую часть времени больной проводит в постели, важно, чтобы она была удобной и опрятной, с ровной поверхностью. В зависимости от сезона используют одеяла. Постельное белье должно быть чистым. Простыни не должны иметь рубцов и швов, а наволочки – узлов и затяжек на стороне обращенной к больному.

Постель больных с непроизвольным мочеиспусканием и выделениями кала должна иметь специальные приспособления. Чаще всего пользуются подкладным резиновым судном, а на матрац кладут клеенку. Белье таким больным меняют по мере загрязнения.

Если у больной женщины имеются обильные выделения из половых органов, то для сохранения чистоты постели, под больную подкладывают клеенку и сверху небольшую простынку, которую меняют не реже 2 раз в сутки, а при необходимости и чаще, между бедер укладывают прокладку, которую меняют по мере загрязнения.

Постель больного необходимо регулярно перестилать – утром и на ночь. При этом стряхивают крошки с простыни, расправляют ее, взбивают подушки. Больного на это время можно посадить на стул. Если больному нельзя вставать, то переложить его вдвоем на край кровати, затем расправив на освободившейся половине матрац и простыню, удалить с них крошки и переложить больного на убранную половину постели. То же самое проделать с другой стороной.

Смена простыни под тяжелобольным требует определённого навыка. Если больной может поворачиваться на бок, сначала, осторожно приподняв его голову, необходимо убрать подушки. Затем помогают ему перевернуться

на бок, лицом к краю кровати. На освободившейся половине постели, находящейся за спиной больного, скатывают грязную простыню так, чтобы она в виде валика легла вдоль его спины. На освободившееся место кладут чистую, также наполовину скатанную простыню. Затем больному помогают лечь на спину и повернуться на другой бок. После этого он окажется лежащим на чистой простыне лицом к противоположному краю кровати. Далее убирают грязную и расплавляют чистую простыню.

Если больному нельзя совершать активные движения, простыню можно сменить другим способом. Начиная с головного конца кровати, скатывают грязную простыню, приподнимая голову больного и верхнюю часть туловища. На место грязной простыни, кладут скатанную в поперечном направлении чистую и расплавляют ее на освободившемся месте. Затем на чистую простыню кладут подушку и опускают на нее голову больного. Далее, приподняв таз больного, грязную простыню сдвигают к ножному концу кровати, на ее месте расплавляют чистую. После этого остается удалить грязную простыню.

Смену рубашку производят следующим образом. Необходимо приподнять верхнюю часть туловища и собрать рубашку со спины к шее. Приподняв руки больного, снимают рубашку через голову, а затем освобождают от рукавов руки. Если одна рука у больного повреждена, то рукав снимают сначала со здоровой руки, а затем с больной. Чистую рубашку надевают в обратном порядке.

Больных, длительное время находящихся в постели, необходимо несколько раз в день подмывать, т.к. скопление мочи и кала в области паховых складок может привести к нарушению целостности кожи и образованию опрелостей, трещин и пролежней. Подмывание проводят слабым раствором перманганата калия (марганцовки) или другим дезинфицирующим раствором. Раствор должен быть теплым. Для подмывания нужно иметь резиновые перчатки, подкладное судно, кувшин, корнцанг и стерильные ватные шарики. Больных необходимо подмывать после каждого акта дефекации (женщин подмывают чаще).

При подмывании женщин под ягодицы подкладывают судно. Больная должна лежать на спине, согнув ноги в коленных суставах и максимально разведя в бедрах. В левую руку берут кувшин с теплым дезинфицирующим раствором и поливают на наружные половые органы к заднему проходу (сверху вниз), 1 ватно-марлевым шариком при этом промывают внутреннюю поверхность больших половых губ, а 2 шаром промывают наружную поверхность и область паховых складок, 3 шаром промывают область заднего прохода. После этого сухим ватно-марлевым тампоном в том же направлении осушают кожу или подкладывают чистую пеленку как прокладку. Подмывание можно производить из кружки Эсмарха, снабженной резиновой трубкой и зажимом, направляя на промежность струю слабого раствора перманганата калия.

Мужчин подмывать значительно проще. Положение больного также на спине, ноги согнуты в коленях, под ягодицы подкладывается судно и

направляют струю слабого раствора перманганата калия на промежность и паховые складки. Ватно-марлевым тампоном на корнцанге поднимают крайнюю плоть и омывают головку полового члена, а затем заднего прохода. Мужчин осушают только пеленкой. Если имеются опрелости в паховых складках, их смазывают детским кремом, зеленкой или припудривают соответствующей присыпкой. Никогда не смазывают жирными мазями!

Профилактика пролежней

Пролежни – это процессы, возникающие у ослабленных больных, длительное время находящихся в постели. Чаще всего пролежни образуются в области лопаток, крестца, большого вертела, на локтях, затылочной области, задней поверхности пяток. Образованию пролежней способствует плохой уход за кожей, неудобная постель, редкое перестилание. Один из первых признаков пролежней – бледность кожи и смятости, с последующим покраснением, отеком и отслаивание эпидермиса. Затем появляются пузыри и некроз кожи. Присоединение инфекции может привести к сепсису и быть причиной смерти. Профилактика пролежней: поворачивать больного на бок несколько раз в день, если позволяет его состояние (изменять позу больного); ежедневно несколько раз в день стряхивать простыню, чтобы не было крошек в постели; следить за тем, чтобы на постельном и нательном белье не было складок и заплаток; тяжелобольным, длительно находящимся в постели, подложить надувной резиновый круг, на который надета наволочка, так, чтобы крестец находился над отверстием круга; ежедневно протирать кожу дезинфицирующим раствором: камфорным спиртом, водкой, одеколоном, а при их отсутствии протирать кожу полотенцем, смоченным теплой и мыльной водой, и вытирать насухо, слегка растирая при этом кожу. Для протирания конец чистого полотенца смачивают дезинфицирующим раствором, слегка отжимают и протирают шею, за ушами, спину, ягодицы, переднюю поверхность грудной клетки и подмышечной впадины. Особое внимание следует обращать на складки под молочными железами, где у тучных женщин могут образоваться опрелости. Затем кожу вытирают насухо в том же порядке. Эти процедуры производятся ежедневно на ночь больным, которые не могут еженедельно принять гигиеническую ванну, а также больным находящимся в бессознательном состоянии. Таким образом, при правильном уходе кожа больного должна быть всегда сухой и чистой.

Основной целью ухода на дому является удовлетворение потребности пациента в улучшении качества жизни как его самого, так и его семьи. Медико-социальная помощь на дому обеспечивает реализацию программы адресной помощи пациентам с хронической патологией. Система медико-социальной помощи совершенствуется, в ее структуре появляются новые элементы, кадры.

Сегодня фактически внедряется новая модель ухода за больными на дому, которая включает три уровня: микроуровень (пациент), средний уровень (организация здравоохранения и социального обеспечения, общественные объединения) и макроуровень (социальная политика государства). Новым направлением деятельности специалиста,

оказывающего помощь по уходу на дому, является обучение пациента с хроническим заболеванием навыкам самостоятельного преодоления болезни и самостоятельному овладению технологиями ухода. Результатом осуществления эффективного ухода на дому является повышение качества жизни больного и его семьи.

2. ПРАКТИЧЕНСКИЙ РАЗДЕЛ

2.1. Структура и краткое содержание практических занятий

Тема. Исторические аспекты социальной медицины. Предмет и задачи социальной медицины. Основные методы исследования

Цель занятия – изучение истории и социальных предпосылок появления и развития социальной медицины.

Задачи:

1. Изучить социально-исторические аспекты и задачи социальной медицины.

2. Изучить основные методы исследований и актуальные проблемы социальной медицины.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение и перечислите основные задачи социальной медицины.

2. Назовите основные методы исследований в социальной медицине.

3. Какое направление в охране здоровья населения следует развивать по мнению ВОЗ?

4. Какие Министерства и ведомства должны обеспечивать выполнение всех задач по обеспечению общественного здоровья?

Тема . Характеристика показателей здоровья.

Цель занятия – изучение показателей индивидуального и общественного здоровья, факторов его определяющих и факторов риска.

Задачи:

1. Изучить факторы, определяющие здоровье населения.

2. Изучить факторы населения РБ.

3. Изучить современные подходы к профилактике болезней.

4. Ознакомиться с Международной классификацией болезней.

5. Изучить заболеваемость по обращаемости в ЛПУ.

6. Изучить заболеваемость по данным медицинских осмотров.

7. Изучить заболеваемость важнейшими социально-значимыми заболеваниями.

8. Изучить заболеваемость с временной утратой трудоспособности.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение понятиям "здоровье", "общественное здоровье" и "здоровый образ жизни".
2. В чем суть первичной, вторичной и третичной профилактики?
3. Ранжируйте по значимости факторы, определяющие здоровье населения.
4. Назовите первичные и вторичные факторы риска заболеваний.
5. Какие факторы риска и в какой степени выражены у населения РБ? Назовите основные показатели общественного здоровья.
6. Какие задачи выполняет Международная классификация болезней? Назовите для примера некоторые классы заболеваний по МКБ-10.
7. Какие цели преследует изучение заболеваемости по обращаемости в ЛПУ и по результатам скринингов?
8. Опишите заболеваемость важнейшими социально значимыми заболеваниями в РБ.
9. По каким показателям оценивают физическое развитие?
10. Назовите критерии для определения группы здоровья взрослых и детей.

Тема. Формирование здорового образа жизни

Цель занятия – изучение компонентов здорового образа жизни и профилактика (отказ) вредных привычек.

Задачи:

9. Изучить составляющие здорового образа жизни.
10. Ознакомиться с образом жизни студентов УВО.
11. Изучить направления формирования здорового образа жизни.
12. Изучить вопросы организации и проведения переписи населения в историческом аспекте.
13. Изучить процесс анализа результатов переписи.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение и назовите основные составляющие ЗОЖ.
2. Назовите положительные и отрицательные аспекты в образе жизни студентов.
3. Охарактеризуйте три уровня формирования ЗОЖ у населения.
4. Дайте определение науке "демография" и обозначьте ее роль в изучении состояния здоровья населения.
5. Что представляет собой перепись населения?
6. Перечислите основные требования к переписи населения.
7. Какие показатели определяют динамику населения?
8. Приведите примеры "карусели миграции".

Тема. Современные системы здравоохранения: государственная, страховая, частная

Цель занятия – изучение функционирования различных современных систем здравоохранения.

Задачи:

1. Изучить исторические аспекты развития здравоохранения.
2. Изучить государственную форму охраны здоровья населения.
3. Изучить частную и страховую системы здравоохранения.

Контрольные вопросы:

1. Назовите структурные элементы системы здравоохранения по функциональным признакам.
2. Перечислите организационные принципы государственного здравоохранения.
3. Охарактеризуйте страховую и частную системы здравоохранения.

Тема Организация здравоохранения в Республике Беларусь. Структура Минздрава Республики Беларусь и местных органов управления здравоохранением

Цель занятия – изучение системы здравоохранения Республики Беларусь .

Задачи:

1. Изучить задачи Белорусского здравоохранения.
2. Изучить уровни руководства здравоохранения.
3. Изучить два вида государственной системы здравоохранения (государственная, ведомственная .)
4. Изучить влияние страховой медицины и частных медицинских центров на здравоохранение Беларуси.

Контрольные вопросы:

1. Перечислите основные вехи развития отечественного здравоохранения с 1918 года.
2. Опишите организационную структуру белорусского здравоохранения.
3. Перечислите виды медицинской помощи в РБ.

Тема Санитарно-эпидемиологическая служба. Предупредительный и текущий санитарный надзор

Цель занятия – изучение структуры и функций санитарно-эпидемиологической службы Республики Беларусь.

Задачи:

1. Изучить задачи и основные принципы организации санитарно-эпидемиологической службы Республики Беларусь.
2. Изучить структуру санитарно-эпидемиологической службы Республики Беларусь.
3. Изучить задачи и методы проведения предупредительного и текущего санитарного надзора.

Контрольные вопросы:

1. Опишите структуру санитарно-эпидемиологической службы РБ.

2. Каковы основные функции и полномочия санитарно-эпидемиологической службы.

Тема. Общественные медицинские объединения: история возникновения, концептуальные основы деятельности

Цель занятия – изучение структуры и функций, целей и задач общественных медицинских объединений.

Задачи:

1. Изучить историю возникновения общественных медицинских объединений в Европе.

2. Изучить концептуальные основы деятельности общественных медицинских объединений.

3. Изучить взаимодействие общественных медицинских объединений с Минздравом и Международными медицинскими обществами.

Контрольные вопросы:

1. Перечислите цели и основные направления деятельности общественных медицинских объединений.

2. Взаимодействие общественных медицинских объединений с Министерством здравоохранения.

Тема. Организация лечебно-профилактической помощи городскому населению. Медобслуживание рабочих промышленных предприятий

Цель занятия – изучение лечебно-профилактической помощи городскому населению.

Задачи:

1. Изучить организацию амбулаторно-поликлинического обслуживания.

2. Изучить организацию госпитального обслуживания.

3. Изучить особенности медпомощи городскому и сельскому населению, женщинам и детям, работникам крупных промышленных предприятий.

Контрольные вопросы:

1. Назовите основные функции системы здравоохранения.

2. Какие модели здравоохранения существуют? Дайте их характеристику.

3. Как решается в РБ задача по охране здоровья матери и ребенка?

4. Дайте характеристику амбулаторно-поликлиническим и стационарным учреждениям.

5. Перечислите виды медицинской помощи.

6. Особенности организации медицинского обслуживания городских и сельских жителей.

Тема. Социальная геронтология. Медико-социальная помощь пожилым

Цель занятия – изучение процесса старения человека и проблем медико-социального обслуживания населения старших возрастов.

Задачи:

1. Изучить процессы старения критерии: определения хронологического, биологического, социального и психологического возрастов.

2. Организация амбулаторно-поликлинической медико-социальной помощи людям третьего возраста.

3. Организация стационарной помощи пожилым и старым больным.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение науки «Геронтология». В чем отличие и что общего между геронтологией и гериатрией?

2. Охарактеризуйте хронологический и биологический возраст. Какие возрастные периоды выделяют в жизни людей? Назовите типы старения.

3. Особенности организации гериатрической службы в РБ.

Тема. Медико-социальная экспертиза с позиции международной классификации функционирования и ограничения жизнедеятельности

Цель занятия – изучение вопросов медико-социальной экспертизы в системе медико-социальной помощи больным и инвалидам..

Задачи:

1. Изучить и оценить составляющие здоровья с позиций Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

2. Изучить виды и критерии временной нетрудоспособности .

3. Изучить экспертизу инвалидности.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение временной нетрудоспособности и какие документы определяют временную нетрудоспособность?

2. Дайте определение стойкой утрате трудоспособности (инвалидности).

3. Опишите маршрут больного для получения группы инвалидности.

Тема. Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов.

Цель занятия – изучение основных вопросов медико-социальной реабилитации больных и инвалидов..

Задачи:

1. Изучить последствия болезней с позиций МКФ.

2. Изучить терминологию и критерии определения нарушений по функциональным классам.

3. Изучить основные принципы реабилитации.

Контрольные вопросы:

1. Опишите формирование последствий болезни.

2. Международная классификация последствий болезни, перечислите основные рубрики.

3. Охарактеризуйте Функциональные классы нарушений жизнедеятельности (приведите пример).

4. Перечислите основные принципы и этапы реабилитации.

Тема. Санаторно-курортное лечение населения Республики Беларусь.

Цель занятия – изучение лечебного воздействия санаторно-курортных факторов в процессе реабилитации больных и инвалидов и укрепления здоровья.

Задачи:

1. Изучить основные виды лечебно-реабилитационных мероприятий в санаториях курортной зоны.
2. Изучить особенности крупных курортов Республики Беларусь.
3. Изучить особенности лечения в белорусских санаториях на зарубежных курортах.

Контрольные вопросы:

1. Назовите исторические веки возникновения и развития санаторного лечения на территории современной Беларуси.
2. Охарактеризуйте санаторно-курортное лечение. Какие методы лечения используются?
3. Перечислите курортные зоны Беларуси и крупные местные и зарубежные белорусские санатории.

Тема. Медико-социальная помощь на дому

Цель занятия – изучение медико-социальной помощи уязвимым группам населения на дому.

Задачи:

1. Изучить систему государственной медико-социальной помощи на дому.
2. Изучить варианты медико-социальной помощи на дому, оказываемой общественными организациями.
3. Изучить компоненты ухода за больными и инвалидами.

Контрольные вопросы:

1. Назовите организации здравоохранения и социальной защиты, обеспечивающие медико-социальную помощь населению.
2. Какие нормативно-правовые документы обеспечивают права пациента в РБ?
3. Какие виды помощи включает уход за больным и инвалидом?

Тема. Биоэтика: взаимоотношение врача и пациента, эксперименты на человеке, эвтаназия, аборт, новые репродуктивные технологии, трансплантация органов и тканей, психиатрические аспекты биоэтики

Цель занятия – изучение этических проблем взаимоотношений врача и пациента, жизни и смерти, применения новых медицинских технологий.

Задачи:

1. Изучить проблемное поле биомедицинской этики.
2. Изучить основные модели взаимодействий врача и больного.
3. Изучить основные проблемные вопросы биомедицинской этики: болезнь, смерть, эвтаназия, суицид.
4. Изучить этические проблемы современных медицинских технологий.

5. Изучить этические проблемы прерывания беременности, бесплодного брака.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение понятию «биоэтика».
2. Назовите основные проблемы биоэтики.
3. Какие модели взаимоотношений врача и пациента существуют сегодня?
4. В чем суть биоэтических проблем, связанных со смертью, суицидом и эвтаназией?
5. Назовите современные медицинские технологии и возникшие проблемы в связи с их внедрением в практическое здравоохранение.
6. Охарактеризуйте паллиативную помощь.

3. РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

3.1. Примерные тестовые задания для текущего контроля знаний

Исторические и социологические аспекты социальной медицины.

1. Первая кафедра социальной медицины возникла:
 - а) Париж
 - б) Москва,
 - в) Лондон,
 - г) Берлин,
 - д) 1896 г.
 - ж) 1920 г.
 - з) 1925 г.

2. Первая кафедра социальной медицины (социальной гигиены и организации здравоохранения) в Минске была открыта в следующем году:
 - а) 1918
 - б) 1924
 - в) 1926
 - г) 1930

3. Основные методы исследований в социальной медицине:
 - а) статистический,
 - б) исторический,
 - в) экспериментов,
 - г) экспертных оценок,
 - д) экономический,
 - ж) социологический.

4. Актуальные проблемы социальной медицины:
 - а) влияние социальных факторов на здоровье населения,
 - б) охрана материнства и детства,
 - в) развитие специализированной медицины,

г) развитие интеграции в медицине.

5. Направление развития системы охраны здоровья населения должны обеспечивать :

- а) укрепление здоровья,
- б) профилактика заболеваний,
- в) лечение заболеваний,
- г) реабилитация больных и инвалидов.

6. Выполнение задач по охране здоровья населения должны обеспечивать:

- а) Министерство здравоохранения,
- б) Министерство обороны,
- в) Министерство образования,
- г) Министерство сельского хозяйства.

Здоровье населения и факторы его определяющие

1. Индивидуальное здоровье это:

- а) здоровье детей,
- б) здоровье взрослых,
- в) здоровье каждого человека,
- г) здоровье людей трудоспособного возраста.

2. Общественное здоровье это:

- а) каждого сотрудника общественных организаций,
- б) здоровье населения отдельного региона,
- в) здоровье населения страны,
- г) здоровье учащейся молодежи.

3. Факторы риска у населения Беларуси:

- а) умеренная физическая активность,
- б) злоупотребление загаром,
- в) злоупотребление алкогольными напитками,
- г) высокое артериальное давление.

4. Наркотики это:

- а) алкоголь,
- б) героин,
- в) табачные изделия,
- г) спайсы.

5. Диапазон нормального давления:

- а) 120/80 мм.рт.ст.,
- б) 100-125 мм.рт.ст.,
- в) 100-139 мм.рт.ст.,

г) 60-89 мм.рт.ст.

6. Избыточная масса тела при следующих значениях индекса массы тела:

- а) 10-18,5,
- б) 19-25,
- в) 26-30,
- г) 31-40,
- д) 41-70.

Формирование здорового образа жизни

1. Здоровый образ жизни это:

- а) гигиеническое поведение,
- б) высокая физическая активность,
- в) сбалансированное питание,
- г) отказ от вредных привычек.

2. Рациональное питание это:

- а) свежие овощи и фрукты,
- б) продукты, содержащие животные и растительные белки,
- в) соответствие поступления продуктов энергозатратам,
- г) соотношение в дневном рационе белков, жиров и углеводов.

3. По материалам студенческой поликлиники заболевания мочеполовой системы студентов УВО регистрируются:

- а) очень часто,
- б) часто,
- в) так же как и во всей белорусской популяции,,
- г) редко.

4. Проблемами формирования ЗОЖ должны заниматься:

- а) родители,
- б) школа,
- в) органы внутренних дел,
- г) организации лесного хозяйства.

5. Рекомендуемый режим сна:

- а) продолжительность сна 8 ч.,
- б) продолжительность сна 7 ч.,
- в) обязательно дневной сон 1-2 ч.,
- г) отход ко сну в 22-23 часа.

6. Окружающая среда это:

- а) лесопарковые зоны,
- б) социальная среда,
- в) производственные факторы,

г) вооруженные силы.

Медико-социальные аспекты демографии.

1. В истории современной Беларуси перепись населения проводилась 2 раза:

- а) 1992 г.,
- б) 1999 г.,
- в) 2006 г.,
- г) 2009 г.

2. По данным второй переписи население Беларуси составило:

- а) 9503807 человек,
- б) 9980130 человек,
- в) 10080000 человек,
- г) 10120711 человек.

3. Основные факторы, влияющие на воспроизводство населения:

- а) количество мужского населения,
- б) количество женщин репродуктивного возраста,
- в) брачность,
- г) разводимость.

4. Воспроизводство населения определяется:

- а) брачностью,
- б) разводимостью,
- в) рождаемостью,
- г) смертностью.

5. Естественное движение населения:

- а) иммиграция,
- б) эмиграция,
- в) рождения,
- г) смерть.

6. Внутренняя миграция это переселение:

- а) переселение в новые квартиры,
- б) переселение из села в город,
- в) социальная миграция,
- г) карусель миграции.

Показатели здоровья населения

1. Какие из перечисленных показателей используют для оценки общественного здоровья:

- а) демографические,
- б) заболеваемость,
- в) инвалидность,

г) уровень физического развития.

2. Заболеваемость населения РБ увеличилась за счет:

- а) рождаемости,
- б) увеличения доли населения детского возраста,
- в) увеличения доли пожилого населения,
- г) более качественного обследования.

3. Скрининг это:

- а) срочное обследование больного,
- б) позитронно-эмиссионная томография,
- в) обследование всех жителей региона, предприятия, населенного пункта,
- г) обследование людей с факторами риска.

4. Выберите из указанных социально значимые заболевания.

- а) ревматические,
- б) туберкулез,
- в) неврологические,
- г) психические.

5. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности учитываются

по:

- а) обращаемости в лечебные учреждения,
- б) сведениям с места работы,
- в) листкам нетрудоспособности,
- г) справкам с домоуправления.

6. Стойкая утрата трудоспособности это:

- а) продолжительность временной нетрудоспособности свыше 100 дней,
- б) нетрудоспособность при заболеваниях, возникших в связи с вредными условиями труда,
- в) нетрудоспособность при онкологических заболеваниях,
- г) признание больного инвалидом.

Современные системы здравоохранения.

1. Укажите какие структуры относятся к органам управления здравоохранением:

- а) областная больница,
- б) районная больница,
- в) региональные управления здравоохранением,
- г) облисполкомы.

2. Учреждения здравоохранения это:

- а) областные больницы,
- б) районные больницы,

- в) региональные управления здравоохранением,
- г) центры гигиены и эпидемиологии.

3. Назовите основной фактор, определяющий государственную систему здравоохранения:

- а) закон о здравоохранении,
- б) государственная собственность на объекты здравоохранения,
- в) подчинение Министерству здравоохранения,
- г) финансирование.

4. Основные организационные принципы государственного здравоохранения это:

- а) бесплатность,
- б) профилактическая направленность,
- в) ответственность врачей за неблагоприятный исход лечения,
- г) планирование.

5. Страховая медицина отличается от государственной:

- а) формой собственности,
- б) современным оборудованием,
- в) финансированием,
- г) высоким уровнем оказываемых услуг.

6. Частная система здравоохранения наиболее полно представлена в следующих странах:

- а) США,
- б) Англия,
- в) Италия,
- г) Люксембург.

Организация здравоохранения в РБ.

1. Какие системы здравоохранения представлены в Беларуси:

- а) государственная,
- б) страховая,
- в) частная,
- г) народная.

2. Руководство здравоохранением на центральном уровне:

- а) Министерство здравоохранения,
- б) Комиссия по здравоохранению парламента,
- в) комитет по здравоохранению Мингорисполкома.

3. Руководство здравоохранением на местном уровне осуществляет:

- а) комиссия по здравоохранению областного Совета депутатов,
- б) управление здравоохранения облисполкома,
- в) главное лечебно-профилактическое управление Минздрава,

г) главный врач ЦРБ.

4. Укажите два вида государственной системы здравоохранения по форме собственности медицинских организаций и учреждений:

- а) государственная,
- б) областная,
- в) ведомственная,
- г) частная.

5. Какие из указанных видов медпомощи относятся к первичной медико-санитарной помощи:

- а) амбулаторная,
- б) госпитальная,
- в) скорая,
- г) стоматологическая.

6. Специализированная медицинская помощь это:

- а) хирургическая,
- б) терапевтическая,
- в) кардиологическая,
- г) стоматологическая.

Санитарно-эпидемиологическая служба.

1. Санитарно-эпидемиологическая служба это:

- а) самостоятельное ведомство, подчиненное правительству,
- б) структурное подразделение Минздрава,
- в) структура в составе Министерства внутренних дел,
- г) самостоятельное ведомство, подчиненное Президенту.

2. Основные задачи санитарно-эпидемиологической службы:

- а) профилактика инфекционных заболеваний,
- б) профилактика травматизма,
- в) предупреждение загрязнения среды обитания,
- г) контроль за воспроизводством населения.

3. Выберите два стратегических направления деятельности санэпидслужбы:

- а) контроль за соблюдением Законов Республики Беларусь,
- б) надзор за репродуктивным здоровьем населения,
- в) предупредительный надзор,
- г) текущий надзор.

4. Методы проведения санэпиднадзора:

- а) лабораторные,
- б) инструментальные,

- в) регулярное обследование объектов,
- г) провокационные.

5. За нарушение законодательства в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия установлены следующие виды ответственности:

- а) дисциплинарная,
- б) административная,
- в) юридическая,
- г) уголовная.

6. Закон Республики Беларусь «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»:

- а) регламентирует работу всей санэпидслужбы,
- б) определяет критерии эффективной работы санэпидслужбы,
- в) содержит требования, обеспечивающие санитарно-эпидемиологическое благополучие населения,
- г) четко определяет функции всех организаций и учреждений Республики Беларусь.

Общественные медицинские объединения.

1. Первым общественным объединением было:

- а) Могилевское,
- б) Минское,
- в) Гродненское,
- г) Витебское.

2. В каких органах власти регистрируют общественные медицинские объединения:

- а) Минздраве,
- б) Минюсте,
- в) Министерстве труда и соцзащиты,
- г) Министерстве внутренних дел.

3. Кому подчинены общественные медицинские объединения.

- а) Минздраву,
- б) Минюсту,
- в) Министерству внутренних дел,
- г) Министерству труда и соцзащиты.

4. Высший орган общественного медицинского объединения:

- а) правление,
- б) симпозиум,
- в) съезд,
- г) Минздрав.

5. Назовите учредительный документ общественного медицинского объединения:

- а) программа,
- б) заявление о регистрации,
- в) устав,
- г) решение общего собрания.

6. Могут ли белорусские общественные объединения стать членом Международных обществ:

- а) могут,
- б) не могут,
- в) могут с разрешения Минздрава,
- г) могут при согласии администрации региона.

Организация лечебно-профилактической помощи населению Беларуси.

1. К лабораторно-поликлиническим учреждениям относятся:

- а) ФАПы,
- б) амбулатории,
- в) сельские участковые больницы,
- г) хосписы.

2. Больничную (стационарную) помощь оказывают:

- а) стационары на дому,
- б) стационарные учреждения всех типов,
- в) патронаж,
- г) Белорусское общество Красного Креста.

3. Особенности организации медицинской помощи в участковой больнице:

- а) нет четкого ограничения времени работы,
- б) врач и фельдшер информируют персонал о своем местонахождении,
- в) медицинская помощь оказывается в пределах терапевтической,
- г) медицинская помощь оказывается только жителям, проживающим в участке обслуживания.

4. Особенности организации медицинской помощи.

- а) обеспечение населения квалифицированной медпомощью,
- б) обеспечение населения всеми видами специализированной помощи,
- в) обеспечение населения бесплатными лекарственными средствами,
- г) руководство медпомощью населению района.

5. Особенности организации медпомощи детям:

- а) укрепление здоровья здоровых,
- б) медпомощь больным,

- в) профилактика особо опасных инфекций,
- г) профилактика травматизма.

6. Особенности организации медпомощи рабочим крупных предприятий:

- а) оказание медицинской помощи в медикосанитарной части,
- б) оказание медицинской помощи по месту жительства,
- в) оказание медицинской помощи только в стационаре,
- г) профилактика ВИЧ-инфекции.

Социальная геронтология.

1. Старость – это завершающий этап жизни возникает в возрасте:

- а) 60 лет,
- б) 75 лет,
- в) 85 лет,
- г) 90 лет.

2. Типы старения человека:

- а) нормальное,
- б) ненормальное,
- в) физиологическое,
- г) ретардированное,
- д) ускоренное.

3. Социальные проблемы пожилых и старых людей:

- а) изменение стиля жизни,
- б) одиночество,
- в) материальное обеспечение,
- г) высокий уровень артериального давления.

4. Гернатрия – это:

- а) наука о старении,
- б) наука о предупреждении старения,
- в) система социального обслуживания,
- г) наука о диагностике и лечении заболеваний у пожилых людей.

5. По мнению большинства специалистов предел жизни человека соответствует возрасту:

- а) 100 лет,
- б) 110 лет,
- в) 120 лет,
- г) 130 лет.

6. Медико-социальная помощь включает следующие мероприятия:

- а) медицинские,
- б) педагогические,

- в) социальные,
- г) культурные.

Медико-социальная экспертиза (МСЭ).

1. Задачи МСЭ:

- а) определение степени нарушения функции органов и систем,
- б) определение годности к службе в вооруженных силах,
- в) определение степени ограничения жизнедеятельности,
- г) определение реабилитационного потенциала.

2. Виды утраты трудоспособности:

- а) временная нетрудоспособность,
- б) периодическая нетрудоспособность,
- в) стрессовая нетрудоспособность,
- г) стойкая утрата трудоспособности.

3. Нетрудоспособность может быть по следующим показаниям:

- а) ситуационным,
- б) социальным,
- в) профилактическим,
- г) медицинским.

4. Социальный диагноз – это:

- а) диагноз лечащего врача,
- б) диагноз, установленный консилиумом,
- в) выводы о степени нарушения жизнедеятельности,
- г) выводы о социальной недостаточности.

5. Первая группа инвалидности устанавливается при:

- а) резко выраженном нарушении самообслуживания,
- б) полной утрате способности к передвижению,
- в) резком ограничении ориентации за счет нарушения зрения,
- г) резком нарушении контроля своего поведения.

6. Причины инвалидности, связанные с социальными факторами:

- а) смерть родителей,
- б) общее заболевание,
- в) хроническое заболевание,
- г) профзаболевание.

Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов.

1. Какие уровни последствий болезни могут быть:

- а) первый,
- б) второй,
- в) органический,
- г) организменный.

2. Функциональные классы ограничений жизнедеятельности определяются в процентах со следующими интервалами:

- а) 1-19%,
- б) 20-39%,
- в) 40-61%,
- г) 71-91%.

3. Оценка ограничений общения производится по следующим критериям:

- а) нарушение речи,
- б) нарушение чтения и письма,
- в) нарушение использования жестов,
- г) патология голосовых связок.

4. Основные принципы реабилитации:

- а) индивидуальность,
- б) непрерывность,
- в) раннее начало,
- г) позднее начало.

5. Комплексный характер реабилитации включает:

- а) медицинский аспект,
- б) физический аспект,
- в) психологический аспект,
- г) профессиональный аспект,
- д) социальный аспект.

6. Этапы медицинской реабилитации:

- а) стационарный,
- б) амбулаторный,
- в) санаторный,
- г) производственный.

Санаторно-курортное лечение населения Республики Беларусь.

1. Курорт – это местность, обладающая следующими природными лечебными факторами:

- а) минеральные воды,
- б) грязи,
- в) диетические продукты,
- г) климат.

2. Выделяют следующие виды климата:

- а) морской,
- б) горный,

- в) степной,
- г) полевой.

3. Санаторий – это:

- а) место рекреации,
- б) лечебно-профилактическое учреждение,
- в) место проведения отпуска,
- г) столовая или ресторан за пределами города.

4. Назовите крупные курорты Беларуси:

- а) Нарочь,
- б) Ждановичи,
- в) Рогачев,
- г) Республиканский центр реабилитации и больнеолечения.

5. Назовите зарубежные курортные зоны, где расположены белорусские санатории:

- а) Сочи, Туапсе, Мисхор (Россия),
- б) Юрмала (Латвия),
- в) Друскининкай (Литва),
- г) Пярну (Эстония).

6. Какие из нижеперечисленных методов аппаратной физиотерапии используются в санаториях:

- а) гипербарическая оксигенация,
- б) сухие углекислые ванны,
- в) соли Мертвого моря,
- г) соли Солигорского калийного комбината.

Медико-социальная помощь на дому.

1. Система медико-социальной помощи на дому обеспечивается:

- а) Министерством здравоохранения,
- б) Министерством труда и соцзащиты,
- в) Министерством спорта и туризма,
- г) Общественными организациями.

2. Внебольничную медико-социальную помощь оказывают следующие организации здравоохранения:

- а) ФАП,
- б) амбулатория,
- в) диспансер,
- г) дневные стационары.

3. Внебольничную медико-социальную помощь оказывают следующие организации Минсоцзащиты:

- а) центр социального обслуживания,
- б) отделения социальной помощи на дому,
- в) учреждения досуга пожилых,
- г) дом-интернат милосердия.

4. Стационарную (больничную) медико-санитарную помощь оказывают следующие организации Минздрава:

- а) ФАП,
- б) амбулатория,
- в) диспансер,
- г) дневные стационары.

5. Стационарную (больничную) медико-санитарную помощь оказывают следующие организации Минсоцзащиты:

- а) дом-интернат,
- б) дом-интернат милосердия,
- в) отделения социальной помощи на дому,
- г) геронтологический центр.

6. Основные права пациента, которые указаны в законодательных документах:

- а) право на доступную качественную медпомощь,
- б) право на доступную информацию о состоянии здоровья,
- в) право на информированное согласие и отказ от медицинского вмешательства,
- г) право обжаловать действия медицинских и социальных работников при нарушении прав пациента.

Биомедицинская этика.

1. Основные модели взаимоотношений врача и пациента:

- а) патерналистская,
- б) авторитарная,
- в) анти патерналистская,
- г) дружественная

2. Какие личные соображения подталкивают человека к суициду:

- а) спасение чести,
- б) потеря смысла жизни,
- в) избавление от невыносимых страданий,
- г) компьютерные игры.

3. Назовите, какие виды эвтаназии разрешены в Республике Беларусь:

- а) активная добровольная,
- б) активная недобровольная,
- в) пассивная,

г) ситуационная.

4. Назовите современные безопасные виды и методы контрацепции:

- а) барьерная,
- б) гормональные контрацептивы (оральные и др.),
- в) естественная,
- г) стерилизация.

5. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) – это:

- а) суррогатное материнство,
- б) использование донорских половых клеток,
- в) клонирование,
- г) оплодотворение in-vitro.

6. Трансплантация каких органов производится в Республике Беларусь:

- а) сердца,
- б) почек,
- в) печени,
- г) мозга.

3.2. Темы рефератов

1. Социальные аспекты здоровья. Здоровье населения
2. Формирование ЗОЖ.
3. Белорусское общество Красного Креста: история, концептуальные основы деятельности.
4. Эвтаназия: биоэтические проблемы.
5. Новые репродуктивные технологии: биоэтические проблемы.
6. Трансплантация органов и тканей: биоэтические проблемы.
7. Этика и деонтология в работе с социальными пациентами.
8. Социальный диагноз: определение, применение в практике работы медицинских и социальных учреждений, примеры.
9. Медико-социальная помощь ВИЧ-инфицированным.
10. Причины и особенности первичной инвалидности подростков.

3.3. Вопросы к зачету

1. Исторические аспекты социальной медицины. Предмет и задачи социальной медицины.
2. Основные методы исследования
3. Основные принципы государственной системы здравоохранения.
4. Законодательство Республики Беларусь в области охраны здоровья.
5. Показатели здоровья и заболеваемости населения.
6. Страховая медицина: формы медицинского страхования, основные принципы организации работы страховой медицины.
7. Частная форма здравоохранения: достоинства и недостатки.

8. Определение и уровни здоровья.
9. Ресурсы, потенциал и баланс здоровья.
10. Здоровье населения: показатели, демографическая ситуация, заболеваемость, инвалидность, физическое развитие.
11. Основные принципы охраны здоровья.
12. Задачи государства в области охраны здоровья населения.
13. Структура Министерства здравоохранения и местных органов управления здравоохранения.
14. Типы и виды учреждений здравоохранения: лечебно-профилактические учреждения, центры гигиены и эпидемиологии, аптеки.
15. Амбулаторно-поликлиническая помощь: первичная медико-социальная помощь, квалифицированная и специализированная помощь.
16. Медобслуживание рабочих промышленных предприятий: медобслуживание по месту жительства и по месту работы, диспансеризация.
17. Актуальность задачи по охране здоровья матери и ребенка.
18. Женские консультации: задачи и структура.
19. Репродуктивное здоровье и репродуктивная ситуация в Республике Беларусь.
20. Планирование семьи. Медико-генетическое консультирование.
21. Лечебно-профилактическая помощь детскому населению.
22. Детские поликлиники. Детские больницы. Дома ребенка. Детские санатории.
23. Определение, функции социальной геронтологии.
24. Старение, старость, хронологический и биологический возраст, возрастная периодизация.
25. Социальная защита пожилых и старых людей. Место пожилых и старых людей в обществе.
26. Этапы медико-социальной помощи пожилым. Организация лечебно-профилактической помощи пожилым пациентам.
27. Санаторно-курортное лечение людей третьего возраста. Досуг.
28. Демографическая ситуация в сельских районах Республики Беларусь.
29. Организация медико-социальной помощи сельскому населению на всех этапах.
30. Организация отделений и больниц медико-социальной помощи. Заболеваемость сельских жителей инфекционными и неинфекционными болезнями.
31. Факторы здорового образа жизни.
32. Задачи различных ведомств по формированию ЗОЖ (Минздрава, Минобра, Минспорта, Минкульта и др.). Основные направления деятельности.
33. Методы и средства гигиенического воспитания.

3.4. Вопросы к экзамену

1. Исторические аспекты социальной медицины. Предмет и задачи социальной медицины.
2. Основные методы исследования
3. Основные принципы государственной системы здравоохранения.
4. Законодательство Республики Беларусь в области охраны здоровья.
5. Показатели здоровья и заболеваемости населения.
6. Страховая медицина: формы медицинского страхования, основные принципы организации работы страховой медицины.
7. Частная форма здравоохранения: достоинства и недостатки.
8. Определение и уровни здоровья.
9. Ресурсы, потенциал и баланс здоровья.
10. Здоровье населения: показатели, демографическая ситуация, заболеваемость, инвалидность, физическое развитие.
11. Основные принципы охраны здоровья.
12. Задачи государства в области охраны здоровья населения.
13. Структура Министерства здравоохранения и местных органов управления здравоохранения.
14. Типы и виды учреждений здравоохранения: лечебно-профилактические учреждения, центры гигиены и эпидемиологии, аптеки.
15. Амбулаторно-поликлиническая помощь: первичная медико-социальная помощь, квалифицированная и специализированная помощь.
16. Медобслуживание рабочих промышленных предприятий: медобслуживание по месту жительства и по месту работы, диспансеризация.
17. Актуальность задачи по охране здоровья матери и ребенка.
18. Женские консультации: задачи и структура.
19. Репродуктивное здоровье и репродуктивная ситуация в Республике Беларусь.
20. Планирование семьи. Медико-генетическое консультирование.
21. Лечебно-профилактическая помощь детскому населению.
22. Детские поликлиники. Детские больницы. Дома ребенка. Детские санатории.
23. Определение, функции социальной геронтологии.
24. Старение, старость, хронологический и биологический возраст, возрастная периодизация.
25. Социальная защита пожилых и старых людей. Место пожилых и старых людей в обществе.
26. Этапы медико-социальной помощи пожилым. Организация лечебно-профилактической помощи пожилым пациентам.
27. Санаторно-курортное лечение людей третьего возраста. Досуг.
28. Демографическая ситуация в сельских районах Республики Беларусь.
29. Организация медико-социальной помощи сельскому населению на всех этапах.

30. Организация отделений и больниц медико-социальной помощи. Заболеваемость сельских жителей инфекционными и неинфекционными болезнями.

31. Факторы здорового образа жизни.

32. Задачи различных ведомств по формированию ЗОЖ (Минздрава, Минобра, Минспорта, Минкульта и др.). Основные направления деятельности.

33. Методы и средства гигиенического воспитания.

34. Санитарно-эпидемиологическая служба. История возникновения.

35. Структура санэпидслужбы.

36. Задачи, формы работы и направления деятельности.

37. Права и обязанности главных санитарных врачей района.

38. Особенности предупредительного и текущего санитарного надзора.

39. Общественные медицинские объединения: история возникновения, концептуальные основы деятельности.

40. Белорусское общество Красного Креста (история, задачи и цели).

41. Профсоюз работников здравоохранения РБ.

42. Ассоциация врачей РБ, общественные объединения врачей-специалистов, общественные объединения больных различными заболеваниями (рассеянным склерозом, гемофилией, инвалидов по зрению и др.).

43. Биоэтика: определение и история возникновения.

44. Международные и республиканские документы по биоэтике.

45. Основные модели взаимоотношений врача и больного.

46. Право граждан на информацию о состоянии здоровья, информированное согласие.

47. Эвтаназия: за и против. Прерывание беременности.

48. Проблемы, связанные с трансплантацией органов и тканей.

49. Новые репродуктивные технологии.

50. Психиатрические аспекты биоэтики.

51. Особенности лечения пациентов в санаторных учреждениях.

52. Типы санаториев. Курортные зоны в Республике Беларусь, в Российской Федерации, Украине и дальнем зарубежье.

53. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению.

54. Организация службы медико-социальной экспертизы и реабилитации в РБ.

55. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

56. Диагностика ограничений жизнедеятельности. Социальная интеграция инвалидов.

57. Виды временной нетрудоспособности.

58. Экспертиза инвалидности: показания к направлению на МРЭК. Критерии определения групп инвалидности. Установление причин инвалидности.

59. Рейтинг причин первичной инвалидности подростков. Тяжесть первичной инвалидности в подростковом возрасте.
 60. Особенности первичной инвалидности пожилых людей.
 61. Основное и сопутствующие заболевания, тяжесть инвалидности и меры ее снижения.
 62. Определение. Виды и основные принципы реабилитации.
 63. Основные цели и задачи реабилитации.
 64. Профилактика инвалидности и медико-социальная реабилитация.
 65. Физиологические основы медицинской реабилитации.
- Профессиональная реабилитация.
66. Национальные и международные аспекты оказания медико-социальной помощи на дому.
 67. Нормативно-правовое обеспечение медико-социальной помощи.
- Краткосрочная и долгосрочная помощь на дому.
68. Особенности работы с ВИЧ-инфицированными пациентами.
 69. Нормативно-правовые аспекты по проблеме ВИЧ-инфекции.
 70. Особенности течения заболеваний и лечения ВИЧ-инфицированных.
 71. Уровни и этапы оказания медико-социальной помощи при уходе за пациентами.
 72. Организация формальной помощи.
 73. Патронажное медико-социальное обслуживание пациентов.
 74. Основы этики и деонтологии в работе с социальными пациентами.
- Взаимодействие медсестры и социального работника.
75. Нормативно-правовая база в сфере прав пациента и обязанностей граждан, осуществляющих уход.
 76. Модель медико-социального ухода на дому и ее результаты

4. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

4.1. Список рекомендуемой литературы

1. Кокорева, М. Е. Медико-социальная работа в детской онкологии / М. Е. Кокорева // Соц. работа. – 2016. – № 6. – С. 36–38.
2. Милькаманович, В. К. Медико-социальный уход за больными : учеб. пособие для студентов / В. К. Милькаманович. – Минск : Гос. ин-т управления и соц. технологий Белорус. гос. ун-та, 2013. – 344 с.
3. Никончук, А. С. Социальные проблемы инвалидности / А. С. Никончук // Сац.-пед. работа. – 2012. – № 9. – С. 27–33.
4. Сытый, В. П. Медико-социальные основы здоровья и работа с населением : учеб.-метод. пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности 1-86 01 01 Социальная работа / В. П. Сытый, С. В. Барковская, Н. Г. Селезнева. – Минск : Белорус. гос. пед. ун-т, 2012. – 232 с.
5. Сытый, В. П. Учебно-методический комплекс по учебной дисциплине «Социальная медицина» : для специальности 1-86 01 01– 01 Социальная

работа (Социально-педагогическая деятельность) / В. П. Сытый. – Режим доступа: <http://elib.bspu.by/handle/doc/30817>. – Дата доступа: 15.03.2019.

6. Сытый, В. П., Сытый, Ю. В. Социальная медицина : метод. пособие / В. П. Сытый, Ю. В. Сытый. – Минск : Тирас-Н, 2017. – 228 с.

7. Мартыненко, А. В. Социальная медицина : учеб. для акад. бакалавриата / А. В. Мартыненко [и др.] ; под. ред. А. В. Мартыненко. – М. : Юрайт, 2018. – 375 с.

8. Матвейчик, Т. В. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому : учеб. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2011. – 341 с.

9. Милькаманович, В. К. Социальная геронтология : учеб.-метод. комплекс / В. К. Милькаманович. – Минск : Гос. ин-т управления и социальных технологий Белорус. гос. ун-та, 2010. – 321 с.

10. Силуянова, И. В. Биомедицинская этика / И. В. Силуянова. – М. : Форма, 2016. – 313 с.

11. Щепин, О. П., Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / О. П. Щепин, В. А. Медик. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 592 с.

4.2. Учебная программа дисциплины

КОНТРОЛЬНЫЙ
ЭКЗЕМПЛЯР

Учреждение образования
«Белорусский государственный педагогический университет
имени Максима Танка»

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе БГПУ

С.И. Василец

« 20 » 2022

Регистрационный № УД 25-01-70-2022 /уч.



СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Учебная программа учреждения высшего образования по учебной
дисциплине для специальности:

1 – 86 01 01 Социальная работа (по направлениям)
Направление специальности: 1 – 86 01 01 – 01 Социальная работа
(социально-педагогическая деятельность)

2022 г.

Учебная программа составлена на основе образовательного стандарта высшего образования ОСВО 1 – 86 01 01 -2021 для специальности 1 – 86 01 01 Социальная работа (по направлениям), утвержденного _____ 2021, регистрационный № _____; учебного плана учреждения высшего образования по специальности 1 – 86 01 01 – 01 Социальная работа (социально-педагогическая деятельность), утвержденного _____ регистрационный № _____

СОСТАВИТЕЛЬ:

С.Н.Чигирь, доцент кафедры морфологии и физиологии человека и животных учреждения образования «Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка», кандидат медицинских наук, доцент.

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Е.В.Лемешко, старший научный сотрудник лаборатории нейрофизиологии государственного научного учреждения «Институт физиологии Национальной академии наук Беларуси», кандидат медицинских наук;
Ю.А.Рудниченко, заведующий многопрофильной диагностической лабораторией ГНУ «Институт физиологии Национальной академии наук Беларуси», кандидат биологических наук.

РЕКОМЕНДОВАНА К УТВЕРЖДЕНИЮ:


Кафедрой морфологии и физиологии человека и животных
(протокол №7 от 24.02.2022)

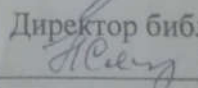
Заведующий кафедрой


И.А. Жукова

Научно-методическим советом БГПУ
(протокол №6 от 04.04.2022)

Оформление учебной программы и сопровождающих ее материалов действующим требованиям Министерства образования Республики Беларусь соответствует

Методист учебно-методического отдела
 Е.А. Кравченко

Директор библиотеки
 Н.П. Сятковская

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Программа по учебной дисциплине «Социальная медицина» предусмотрена образовательным стандартом и типовым учебным планом подготовки студентов по специальности: 1 – 86 01 01 – 01 Социальная работа (социально-педагогическая деятельность).

Специалист по социальной работе ежедневно сталкивается с медико-социальными вопросами в процессе учебно-педагогической деятельности. Поэтому знания в сфере организации медицинского обслуживания детского и взрослого населения необходимы не менее чем знания в области социальной работы. Особую актуальность медико-социальные проблемы приобретают в последнее время в связи с социальной направленностью деятельности всего государственного аппарата Республики Беларусь, а также в связи со стремительным развитием новых медицинских технологий.

Социальная работа – профессиональная деятельность по социальному обслуживанию и социальной защите отдельных людей и социальных групп населения, страдающих социальной недостаточностью или повышенным риском таковой, посредством мер профилактики ограничений жизнедеятельности личности в социальной среде; реабилитация личности; помощь и поддержка. Высшими этическими ценностями социальной работы являются достоинство человека, социальная справедливость, условия реализации права человека на творческое и профессиональное самоопределение, здоровье и жизнь. Поэтому особую актуальность приобретает подготовка специалиста по социальной работе, владеющего не только общими вопросами социальной работы, но и конкретными знаниями в области оказания медико-социальной помощи.

Социальная медицина призвана дать знания, умения и навыки по медико-социальной защите населения посредством предупреждения физического, душевного и социального неблагополучия.

Цель изучения учебной дисциплины «Социальная медицина» - дать будущим специалистам по социальной работе теоретические и практические навыки, позволяющие обеспечить социальную медицинскую помощь населению и социальную реабилитацию личности.

Задачи учебной дисциплины:

- познакомить студентов с организацией медико-социальной помощи населению Республики Беларусь;
- дать четкое определение и структуру здравоохранения государственной, страховой и частной медицины;
- познакомить будущих специалистов по социальной работе с особенностями медико-социального обслуживания городских и сельских жителей, охраны здоровья матери и ребенка, пожилых людей;
- определить роль и значение общественных медицинских объединений в медико-социальном обслуживании населения РБ;

- познакомить студентов с основами медико-социальной экспертизы и реабилитации больных и инвалидов;
- научить методам медико-социального обслуживания пациентов на дому;
- научить студентов четко определять объем гарантий государственного здравоохранения в системе бесплатного медико-социального обслуживания населения и объемы платных услуг;
- научить будущих специалистов правилам взаимоотношений с обслуживаемыми пациентами.

Изучение учебной дисциплины «Социальная медицина» должно обеспечить формирование у студентов академических, социально-личностных и профессиональных компетенций.

Учебная дисциплина «Социальная медицина» базируется на знаниях, полученных студентами при изучении дисциплин «Анатомия и физиология» и «Основы медицинских знаний».

Изучение учебной дисциплины «Социальная медицина» является частью модуля «Медико-социальные основы социальной работы» и формирует базовые профессиональные компетенции:

БПК-5. Применять междисциплинарные медицинские знания о содержании и специфике медико-социальной деятельности в организациях, оказывающих социальную помощь и поддержку населению.

БПК-6: сохранять и укреплять общественное здоровье методами социальной медицины.

В результате изучения учебной дисциплины студент должен **знать:**

- организацию медико-социального обслуживания населения Республики Беларусь;
- особенности медико-социального обслуживания жителей города и села, матери и ребенка, рабочих промышленных предприятий и пожилых людей;
- основы медико-социальной экспертизы при временной и стойкой утрате трудоспособности;
- основные методы медико-социальной реабилитации больных и инвалидов;
- основные законодательные акты по охране здоровья населения Республики Беларусь.

В результате изучения учебной дисциплины студент должен **уметь:**

- определять объем гарантированной бесплатной медико-социальной помощи;
- оказывать медико-социальную помощь на дому;
- осуществлять уход за пациентами, нуждающимися в медико-социальном уходе;
- общаться с обслуживаемыми пациентами на основе требований биоэтики и обучать правильным взаимоотношениям персонала центров медико-социальной помощи.

В результате изучения учебной дисциплины студент должен **владеть:**

- методами медико-социального ухода за пациентами на дому;
- приемами оказания медико-социальной помощи;
- основными вопросами (методиками) медико-социальной экспертизы и реабилитации.

Основными методами обучения, отвечающими цели и задачам изучения учебной дисциплины, являются: проблемное обучение, технология учебного исследования, коммуникативные технологии (основные на активных формах и методах обучения).

Для управления образовательным процессом и организации контрольно-оценочной деятельности рекомендуется использовать учебно-методические комплексы, проводить текущий контроль знаний на каждом практическом занятии, а итоговый контроль на экзамене, после рассмотрения всех вопросов программы учебной дисциплины.

Для дневной формы получения образования:

Всего на изучение дисциплины на 2-м курсе, 3 семестр, по специальности: 1-86 01 01 – 01 Социальная работа (социально-педагогическая деятельность) отводится 110 часов (3 зачетных единиц): из них 60 часов - аудиторные: 34 часа – лекции, (из них 12 часов - УСРС), 26 часов - практические занятия (из них 8 часов - УСРС), на самостоятельную внеаудиторную работу - 50 часов. Форма контроля – экзамен в 3 семестре.

Для заочной формы получения образования: всего на изучение учебной дисциплины на 1-м курсе, 2 семестр, отводится 110 часов, 14 аудиторных часов, из них: лекции – 8 часов, практические занятия - 6 часов. Форма контроля – экзамен в 3 семестре.

СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

Тема 1. Предмет и задачи социальной медицины. Характеристика показателей здоровья. Классификация болезней

Первые кафедры социальной медицины в России и в Белоруссии. Республиканский научно-практический центр и кафедры социальной медицины в Республике Беларусь. Определение социальной медицины. Основные задачи. Методы исследований: статистический, исторический, экспериментальный и моделирования, экспертных оценок и экономических исследований, социологический.

Определение и уровни здоровья. Факторы, влияющие на здоровье. Ресурсы, потенциал и баланс здоровья. Здоровье населения: показатели, демографическая ситуация, заболеваемость, инвалидность, физическое развитие.

Соматические и нервно-психические заболевания (хронические и функциональные расстройства). Краевая патология. Инфекционные заболевания. Классификация. Пути передачи. Профилактика

Тема 2. Формирование здорового образа жизни

Здоровый образ жизни. Факторы здорового образа жизни. Задачи различных ведомств по формированию ЗОЖ (Минздрава, Минобра, Минспорта, Минкульта и др.). Основные направления деятельности. Методы и средства гигиенического воспитания.

Тема 3. Современные системы здравоохранения: государственная, страховая, частная. Организация здравоохранения в РБ

Основные принципы государственной системы здравоохранения: всеобъемлющий, безопасности и общедоступности, профилактической направленности, планирования, участия общественных организаций и интернационализма.

Законодательство Республики Беларусь в области охраны здоровья. Показатели здоровья и заболеваемости населения. Страховая медицина: формы медицинского страхования, основные принципы организации работы страховой медицины. Частная форма здравоохранения: достоинства и недостатки.

Основные принципы охраны здоровья: права гражданина и государственные гарантии, приоритет профилактики, доступность медико-социальной помощи, социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья и ответственность всех органов и организаций за обеспечение права граждан в области охраны здоровья.

Задачи государства в области охраны здоровья населения. Элементы страховой и частной медицины. Ведомственные службы. Структура Министерства здравоохранения и местных органов управления здравоохранения.

Тема 4. Санитарно-эпидемиологическая служба. Предупредительный и текущий санитарный надзор

История возникновения. Структура: республиканские, областные, городские и районные Центры гигиены и эпидемиологии. Ведомственные санитарно-эпидемиологические службы. Задачи, формы работы и направления деятельности. Особенности предупредительного и текущего санитарного надзора.

Тема 5. Организация лечебно-профилактической помощи городскому и сельскому населению. Медобслуживание рабочих промышленных предприятий

Типы и виды учреждений здравоохранения: лечебно-профилактические учреждения. Аптеки. Амбулаторно-поликлиническая помощь: первичная медико-социальная помощь, квалифицированная и специализированная помощь. Медобслуживание рабочих промышленных предприятий: медобслуживание по месту жительства и по месту работы, диспансеризация. Демографическая ситуация в сельских районах Республики Беларусь. Организация медико-социальной помощи сельскому населению на всех этапах: первичная медико-санитарная помощь (сельский врачебный участок, фельдшерско-акушерский пункт), районная больница, областные специализированные центры (областная больница, диспансеры). Организация отделений и больниц медико-социальной помощи. Заболеваемость сельских жителей инфекционными и неинфекционными болезнями.

Тема 6. Общественные медицинские объединения: история возникновения, концептуальные основы деятельности

Белорусское общество Красного Креста (история, задачи и цели). Служба сестер милосердия БОКК. Профсоюз работников здравоохранения РБ. Ассоциация врачей РБ, общественные объединения врачей-специалистов, общественные объединения больных различными заболеваниями (рассеянным склерозом, гемофилией, инвалидов по зрению и др.).

Тема 7. Репродуктивное здоровье и планирование семьи

Актуальность задачи по охране здоровья матери и ребенка. Женские консультации: задачи и структура. Репродуктивное здоровье и репродуктивная ситуация в Республике Беларусь. Планирование семьи. Медико-генетическое консультирование.

Лечебно-профилактическая помощь детскому населению. Детские поликлиники. Детские больницы. Дома ребенка. Детские санатории.

Тема 8. Особенности медико-социальной работы в онкологии

Эпидемиология злокачественных новообразований. Современная модель социальной работы в онкологии. Особенности социальной работы в детской онкологии. Психологические аспекты социальной работы в онкологии.

9. Социальная работа в психиатрии и наркологии. Девиантное поведение - проблема социальной работы

Понятие «здоровье» и «болезнь» в психиатрии. Организация психиатрической и наркологической помощи. Правовая защита психических больных. Социальная помощь психическим больным и лицам с зависимостью от ПАВ.

Понятие и причины девиантного поведения. Социально-психологические особенности подросткового возраста как причина нарушений поведения. Методы и средства социального контроля девиантного поведения.

Тема 10. Социальная геронтология. Медико-социальная помощь пожилым

Определение, функции социальной геронтологии. Старение, старость, хронологический и биологический возраст, возрастная периодизация. Социальная защита пожилых и старых людей. Место пожилых и старых людей в обществе. Этапы медико-социальной помощи пожилым. Организация лечебно-профилактической помощи пожилым пациентам: особенности амбулаторно-поликлинического и стационарного обслуживания. Санаторно-курортное лечение людей третьего возраста. Досуг.

Тема 11. Биоэтика: взаимоотношение врача и пациента.

Психиатрические аспекты биоэтики

Определение и история возникновения. Международные и республиканские документы по биоэтике. Основные модели взаимоотношений врача и больного. Право граждан на информацию о состоянии здоровья, информированное согласие. Эвтаназия: за и против. Проблемы, связанные с прерыванием беременности и трансплантацией органов и тканей. Психиатрические аспекты биоэтики.

Тема 12. Санитарно-курортное обслуживание населения

Особенности лечения пациентов в санаторных учреждениях. Типы санаториев. Курортные зоны в Республике Беларусь, в Российской Федерации, Украине и дальнем зарубежье. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению.

Тема 13. Медико-социальная экспертиза. Экспертиза временной нетрудоспособности. Экспертиза инвалидности

Организация службы медико-социальной экспертизы и реабилитации в Республике Беларусь. Международная классификация функционирования,

ограничений жизнедеятельности и здоровья при диагностике ограничений жизнедеятельности и проблем социальной интеграции инвалидов.

Виды временной нетрудоспособности: по медицинским показаниям, по социальным показаниям, профилактическая, временная нетрудоспособность при различных заболеваниях и травмах. Документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность. Выплаты пособия. Экспертиза инвалидности: показания к направлению на МРЭК. Критерии определения групп инвалидности. Установление причин инвалидности.

Тема 14. Причины и особенности первичной инвалидности подростков и пожилых

Рейтинг причин первичной инвалидности подростков. Тяжесть первичной инвалидности в подростковом возрасте. Особенности первичной инвалидности пожилых людей: основное и сопутствующие заболевания, тяжесть инвалидности и меры ее снижения.

Тема 15. Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов

Определение. Виды и основные принципы реабилитации. Основные цели и задачи реабилитации. Профилактика инвалидности и медико-социальная реабилитация. Физиологические основы медицинской реабилитации.

Тема 16. Организация медико-социальной помощи на дому

Национальные и международные аспекты оказания медико-социальной помощи на дому. Нормативно-правовое обеспечение медико-социальной помощи. Краткосрочная и долгосрочная помощь на дому.

Трехуровневое медико-социальное обслуживание пациентов: первичное, парагоспитальное (патронажное) и госпитальное. Организация формальной помощи: обеспечивается группой профессионалов и оплачивается из госфондов. Неформальная помощь: обеспечивается родственниками, друзьями, соседями, добровольцами и оплачивается из государственных, общественных и иных фондов.

Тема 17. Этика и деонтология в работе с социальными пациентами

Основы этики и деонтологии в работе с социальными пациентами. Взаимодействие медсестры и социального работника. Нормативно-правовая база в сфере прав пациента. Результаты осуществления модели медико-социального ухода на дому: прямой (влияние на возникновение и течение хронических болезней), промежуточный (уменьшение боли, потеря трудоспособности) и конечный (повышение качества жизни, успешная личная и общественная деятельность).

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА

учебной дисциплины «Социальная медицина»

по специальности 1 – 86 01 01 – 01 Социальная работа (социально-педагогическая деятельность)

(для дневной формы получения высшего образования)

Номер раздела, темы	Название раздела, темы, занятия; перечень изучаемых вопросов	Количество аудиторных часов						Самостоятельная работа студентов	Материальное обеспечение занятий (наглядные методические пособия и др.)	Литература	Форма контроля знаний
					УСРС						
		Лекции	Практические занятия	Лабораторные занятия	Лекции	Практические занятия	Лабораторные занятия				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2 курс, 3 семестр (60 часов)											
1	Предмет и задачи социальной медицины. Характеристика показателей здоровья. Классификация болезней	2	2					4			
1.1	Предмет и задачи социальной медицины. Определение и уровни здоровья. Факторы, влияющие на здоровье. Здоровье населения: показатели, демографическая ситуация, заболеваемость, инвалидность, физическое развитие.	2						2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль, проверка конспектов, рефератов, подготовка

										презентаций	
1.2	Исторические аспекты социальной медицины в РБ. Соматические и нервно-психические заболевания. Инфекционные заболевания. Классификация. Пути передачи. Профилактика.		2					2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
2.	Формирование здорового образа жизни		2		2			4			
2.1	Здоровый образ жизни. Факторы здорового образа жизни. Основные направления деятельности. Методы и средства гигиенического воспитания.				2			2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
2.2	Задачи различных ведомств по формированию ЗОЖ (Минздрава, Минобра, Минспорта, Минкульта и др.).		2					2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций

3.	Современные системы здравоохранения: государственная, страховая, частная. Организация здравоохранения в РБ	2						4			
3.1	Основные принципы государственной системы здравоохранения. Законодательство РБ в области охраны здоровья. Структура Министерства здравоохранения и местных органов здравоохранения	2						2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
3.2	Страховая медицина. Частная форма здравоохранения.							2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
4.	Санитарно-эпидемиологическая служба. Предупредительный и текущий санитарный надзор	2						4			
4.1	Структура: республиканские, областные, городские и районные Центры гигиены и эпидемиологии. Ведомственные санитарно-эпидемиологические службы. Задачи, формы работы и направления деятельности.	2						2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций

4.2	Особенности предупредительного и текущего санитарного надзора.							2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
5.	Организация лечебно-профилактической помощи городскому и сельскому населению. Медобслуживание рабочих промышленных предприятий	2	2					4			
5.1	Типы и виды учреждений здравоохранения: лечебно-профилактические учреждения, Аптеки. Амбулаторно-поликлиническая помощь: первичная медико-социальная помощь, квалифицированная и специализированная помощь. Медобслуживание рабочих промышленных предприятий: медобслуживание по месту жительства и по месту работы, диспансеризация.	2						2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
5.2	Демографическая ситуация в сельских районах Республики Беларусь. Организация медико-социальной помощи сельскому населению на всех этапах: первичная медико-санитарная помощь (сельский врачебный участок,		2					2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов,

	фельдшерско-акушерский пункт), районная больница, областные специализированные центры (областная больница, диспансеры).									подготовка презентаций	
6.	Общественные медицинские объединения: история возникновения, концептуальные основы деятельности		2		2			4			
6.1	Белорусское общество Красного Креста (история, задачи и цели). Служба сестер милосердия БОКК. Профсоюз работников здравоохранения РБ.				2			2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
6.2	Ассоциация врачей РБ, общественные объединения врачей-специалистов, общественные объединения больных различными заболеваниями (рассеянным склерозом, гемофилией, инвалидов по зрению и др.).		2					2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
7.	Репродуктивное здоровье и планирование семьи		2		2			4			
7.1	Актуальность задачи по охране здоровья матери и ребенка. Женские консультации: задачи и структура. Репродуктивное здоровье и репродуктивная ситуация в Республике				2			2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов,

	Беларусь. Планирование семьи. Медико-генетическое консультирование.									рефератов, подготовка презентаций
7.2	Лечебно-профилактическая помощь детскому населению. Детские поликлиники. Детские больницы. Дома ребенка. Детские санатории.		2					2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11] Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
8.	Особенности медико-социальной работы в онкологии	2						4		
8.1	Эпидемиология злокачественных новообразований. Современная модель социальной работы в онкологии.		2					2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11] Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
8.2	Особенности социальной работы в детской онкологии. Психологические аспекты социальной работы в онкологии.							2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11] Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций Рейтинговая контрольная

											работа (темы: 1-8)
9.	Социальная работа в психиатрии и наркологии. Девиантное поведение - проблема социальной работы	2	2					2			
9.1	Понятие «здоровье» и «болезнь» в психиатрии. Организация психиатрической и наркологической помощи. Правовая защита психических больных. Социальная помощь психическим больным и лицам с зависимостью от ПАВ.	2						2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
9.2	Понятие и причины девиантного поведения. Социо-психологические особенности подросткового возраста как причина нарушений поведения. Методы и средства социального контроля девиантного поведения		2						Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
10.	Социальная геронтология. Медико-социальная помощь пожилым		2		2			2			
10.1	Определение, функции социальной геронтологии. Старение, старость, хронологический и биологический возраст, возрастная периодизация. Социальная защита пожилых и старых людей. Место пожилых и старых людей в обществе. Этапы медико-социальной помощи пожилым.				2			2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций

10.2	Организация лечебно-профилактической помощи пожилым пациентам: особенности амбулаторно-поликлинического и стационарного обслуживания. Санаторно-курортное лечение людей третьего возраста. Досуг.		2						Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
11.	Биоэтика: взаимоотношение врача и пациента. Психиатрические аспекты биоэтики	2				2		2			
11.1	Основные модели взаимоотношений врача и больного. Право граждан на информацию о состоянии здоровья, информированное согласие. Эвтаназия: за и против. Проблемы, связанные с прерыванием беременности и трансплантацией органов и тканей.	2						2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
11.2	Эвтаназия: за и против. Проблемы, связанные с прерыванием беременности и трансплантацией органов и тканей.					2			Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
12.	Санитарно-курортное обслуживание населения		2		2			2			
12.1	Особенности лечения пациентов в санаторных учреждениях. Типы		2					2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый

	санаториев. Курортные зоны в Республике Беларусь, в Российской Федерации, Украине и дальнем зарубежье.								презентация		контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
12.2	Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению.				2				Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
13.	Медико-социальная экспертиза. Экспертиза временной нетрудоспособности. Экспертиза инвалидности	2				2		2			
13.1	Организация службы медико-социальной экспертизы и реабилитации в РБ. Международная классификация.	2							Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
13.2	Виды временной нетрудоспособности: по медицинским показаниям, по социальным показаниям, профилактическая, временная нетрудоспособность при различных							2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов,

	заболеваниях и травмах. Документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность. Выплаты пособия.									рефератов, подготовка презентаций
13.3	Экспертиза инвалидности: показания к направлению на МРЭК. Критерии определения групп инвалидности. Установление причин инвалидности.				2			Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
14.	Причины и особенности первичной инвалидности подростков и пожилых	2			2		2			
14.1	Рейтинг причин первичной инвалидности подростков. Тяжесть первичной инвалидности в подростковом возрасте. Особенности первичной инвалидности пожилых людей: основное и сопутствующие заболевания, тяжесть инвалидности и меры ее снижения.	2					2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
14.2	Причины и особенности первичной инвалидности подростков и пожилых				2			Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций

15.	Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов	2						2			
15.1	Определение. Виды и основные принципы реабилитации. Основные цели и задачи реабилитации. Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов. Профилактика инвалидности и медико-социальная реабилитация.	2							Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
15.2	Профилактика инвалидности и медико-социальная реабилитация. Физиологические основы медицинской реабилитации							2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
16.	Организация медико-социальной помощи на дому	2				2		2			
16.1	Национальные и международные аспекты оказания медико-социальной помощи на дому.	2						2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
16.2	Нормативно-правовое обеспечение медико-социальной помощи. Краткосрочная и долгосрочная помощь					2			Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль

	на дому.									проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций	
17.	Этика и деонтология в работе с социальными пациентами		2		2			2			
17.1	Основы этики и деонтологии в работе с социальными пациентами. Взаимодействие медсестры и социального работника. Нормативно-правовая база в сфере прав пациента.				2			2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
17.2	Результаты осуществления модели медико-социального ухода на дому: прямой (влияние на возникновение и течение хронических болезней), промежуточный (уменьшение боли, потеря трудоспособности) и конечный (повышение качества жизни, успешная личная и общественная деятельность).		2						Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций Рейтинговая контрольная работа (темы:9-17)
	Итого	22	18		12	8		50			Экзамен
	Всего аудиторных часов 60										

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА

учебной дисциплины «Социальная медицина»

по специальности 1 – 86 01 01 – 01 Социальная работа (социально-педагогическая деятельность)

(для заочной формы получения высшего образования)

Номер раздела, темы	Название раздела, темы, занятия; перечень изучаемых вопросов	Количество аудиторных часов			Материальное обеспечение занятий (наглядные методические пособия и др.)	Литература	Форма контроля знаний
		Лекции	Семинарские / Практические занятия	Лабораторные занятия			
1	2	3	4	5	6	7	8
1 курс, 2 семестр 14 часов							
1.	Предмет и задачи социальной медицины. Характеристика показателей здоровья. Классификация болезней	2	2				
1.1	Предмет и задачи социальной медицины. Определение и уровни здоровья. Факторы, влияющие на здоровье. Здоровье населения: показатели, демографическая ситуация, заболеваемость, инвалидность, физическое развитие.	2			Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов

							рефератов, подготовка презентаций
1.2	Исторические аспекты социальной медицины в РБ. Соматические и нервно-психические заболевания Инфекционные заболевания. Классификация. Пути передачи. Профилактика.		2			Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11] Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов рефератов, подготовка презентаций
2.	Организация лечебно-профилактической помощи городскому и сельскому населению. Медобслуживание рабочих промышленных предприятий	2	2				Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов рефератов, подготовка презентаций
2.1	Типы и виды учреждений здравоохранения: лечебно-профилактические учреждения, Аптеки. Амбулаторно-поликлиническая помощь: первичная медико-социальная помощь, квалифицированная и специализированная помощь. Медобслуживание рабочих промышленных предприятий: медобслуживание по месту жительства и по месту работы, диспансеризация.	2				Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11] Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов рефератов, подготовка презентаций

							й
2.2	Демографическая ситуация в сельских районах Республики Беларусь. Организация медико-социальной помощи сельскому населению на всех этапах: первичная медико-санитарная помощь (сельский врачебный участок, фельдшерско-акушерский пункт), районная больница, областные специализированные центры (областная больница, диспансеры).		2			Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11] Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов рефератов, подготовка презентаций
3.	Репродуктивное здоровье и планирование семьи	2	2				
3.1	Актуальность задачи по охране здоровья матери и ребенка. Женские консультации: задачи и структура. Репродуктивное здоровье и репродуктивная ситуация в Республике Беларусь. Планирование семьи. Медико-генетическое консультирование.		2			Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11] Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов рефератов, подготовка презентаций
3.2	Лечебно-профилактическая помощь детскому населению. Детские поликлиники. Детские больницы. Дома ребенка. Детские санатории.		2			Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11] Устный опрос, тестовый контроль проверка конспектов рефератов, подготовка презентаций

4.	Организация медико-социальной помощи на дому	2					
4.1	Национальные и международные аспекты оказания медико-социальной помощи на дому. Нормативно-правовое обеспечение медико-социальной помощи. Краткосрочная и долгосрочная помощь на дому.	2			Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-6], [7-11]	Устный опрос, тестовый контроль, проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций
	Итого: 14 часов	8	6				
	2 курс, 3 семестр						Экзамен

ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Основная литература:

1. Сытый, В. П. Учебно-методический комплекс по учебной дисциплине «Социальная медицина» : для специальности 1-86 01 01– 01 Социальная работа (Социально-педагогическая деятельность) / В. П. Сытый. – Режим доступа: <http://elib.bsru.by/handle/doc/30817>. – Дата доступа: 15.02.2022.
2. Сытый, В. П., Сытый, Ю. В. Социальная медицина : метод. пособие / В. П. Сытый, Ю. В. Сытый. – Минск : Тирас-Н, 2017. – 228 с.

Дополнительная литература:

3. Кокорева, М. Е. Медико-социальная работа в детской онкологии / М. Е. Кокорева // Соц. работа. – 2016. – № 6. – С. 36–38.
4. Мартыненко, А. В. Социальная медицина : учеб. для акад. бакалавриата / А. В. Мартыненко [и др.] ; под. ред. А. В. Мартыненко. – М. : Юрайт, 2018. – 375 с.
5. Матвейчик, Т. В. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому : учеб. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2011. – 341 с.
6. Милькаманович, В. К. Социальная геронтология : учеб.-метод. комплекс / В. К. Милькаманович. – Минск : Белорус. гос. ун-т, 2010. – 321 с.
7. Милькаманович, В. К. Медико-социальный уход за больными : учеб. пособие для студентов / В. К. Милькаманович. – Минск : Белорус. гос. ун-т, 2013. – 344 с.
8. Никончук, А. С. Социальные проблемы инвалидности / А. С. Никончук // Соц.-пед. работа. – 2012. – № 9. – С. 27–33.
9. Силуянова, И. В. Биомедицинская этика / И. В. Силуянова. – Москва : Форма, 2016. – 313 с.
10. Сытый, В. П. Медико-социальные основы здоровья и работа с населением : учеб.-метод. пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности 1-86 01 01 Социальная работа / В. П. Сытый, С. В. Барковская, Н. Г. Селезнева. – Минск : Белорус. гос. пед. ун-т, 2012. – 232 с.
11. Щепин, О. П., Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / О. П. Щепин, В. А. Медик. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 592 с.

Примерный перечень заданий и контрольных мероприятий по организации и выполнению управляемой самостоятельной работы по учебной дисциплине «Социальная медицина»

для специальности 1 – 86 01 01 – 01 Социальная работа
(социально-педагогическая деятельность)

2 курс, 3-й семестр (12 часов лекций; 8 часов практических занятий)

№ п/п	Название темы	<i>Задания, формирующие достаточные знания по изучаемому учебному материалу на уровне узнавания.</i>	<i>Задания, формирующие компетенции на уровне воспроизведения.</i>	<i>Задания, формирующие компетенции на уровне применения полученных знаний.</i>
1.	Тема.2 Формирование здорового образа жизни (2 часа лекций).	Дайте определение и перечислите основные составляющие здорового образа жизни.	Опишите положительные и отрицательные аспекты в образе жизни студентов.	Охарактеризуйте уровни формирования ЗОЖ у населения.
2.	Тема 6. Общественные медицинские объединения: история возникновения, концептуальные основы деятельности (2 часа лекций)	Перечислите цели и основные направления деятельности общественных медицинских объединений.	Опишите механизм взаимодействия общественных медицинских объединений с МЗ РБ.	Перечислите и охарактеризуйте юридические документы, регулирующие деятельность общественных объединений РБ.
3.	Тема 7. Репродуктивное здоровье и	Перечислите и	Опишите основные	Опишите показатели

	планирование семьи (2 часа лекций).	охарактеризуйте законодательную базу Республики Беларусь в области Репродуктивного здоровья и планирования семьи.	принципы. Репродуктивного здоровья и планирования семьи	Репродуктивного здоровья и планирования семьи.
4.	Тема 10. Социальная геронтология. Медико-социальная помощь пожилым (2 часа лекций)	Опишите особенности амбулаторно-поликлинического и стационарного обслуживания пожилых пациентов	Охарактеризуйте учреждения, которые оказывают медико-социальную помощь престарелым.	Опишите особенности организации гериатрической помощи в РБ.
5.	Тема 11. Биоэтика: взаимоотношение врача и пациента. Психиатрические аспекты биоэтики (2 часа практических занятий).	В чем суть биоэтических проблем, связанных со смертью, суицидом, прерыванием беременности, эвтаназией.	В чем суть психиатрических аспектов биоэтики	Опишите современные биотехнологии и возникшие проблемы в связи с их внедрением в здравоохранение.
6.	Тема 12. Санаторно-курортное обслуживание населения (2 часа лекций).	Ознакомьтесь с функциональными обязанностями санаторно-курортных учреждений в зависимости от профиля санатория,	Охарактеризуйте влияние климата, физиотерапии, бальнео- и грязелечения на организм человека.	Определите тип санатория и возможности восстановительного лечения больных ИБС (ишемической болезнью сердца),

		санатория-профилактория, центра медицинской реабилитации.		ХОБЛ (хронической обструктивной болезнью легких), заболеваниями ЖКТ (желудочно-кишечного тракта), а также документы, необходимые для пребывания в санаториях.
7.	Тема 13. Медико-социальная экспертиза. Экспертиза временной нетрудоспособности. Экспертиза инвалидности (2 часа практических занятий).	Что такое медико-социальная экспертиза. Какие существуют показания для направления на медико-социальную экспертизу	Опишите цели медико-социальной экспертизы граждан.	В чем состоит медико-социальная оценка составляющих здоровья с позиций Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.
8.	Тема 14 Причины и особенности первичной инвалидности подростков и пожилых (2 часа практических занятий).	Дать определение временной нетрудоспособности и какие документы ее определяют	Опишите критерии определения инвалидности.	Опишите маршрут для получения группы инвалидности.
9.	Тема 16 Организация медико-социальной помощи на дому (2 часа практических занятий).	Ознакомиться с национальными и международными	Опишите критерии национальных и международных	В чем состоит медико-социальная оценка медико-

		аспектами оказания медико-социальной помощи на дому	аспектов оказания медико-социальной помощи на дому	социальной помощи на дому
10.	Тема 17. Этика и деонтология в работе с социальными пациентами (2 часа лекций).	Дайте определение основных этических и деонтологических принципов при работе с социальными пациентами	Охарактеризуйте нормативно-правовые документы в сфере прав пациента.	Опишите модели медико-социального ухода на дому.

Форма контроля: устный опрос, тестовый контроль, проверка конспектов, рефератов, подготовка презентаций

Методические рекомендации по организации и выполнению самостоятельной работы студентов по учебной дисциплине «Социальная медицина»

С целью формирования у студентов умений и навыков самостоятельного приобретения, обобщения, систематизации знаний и их применения в практической деятельности рекомендуется использовать такие формы самостоятельной работы как работа с текстом и графическим материалом первоисточников, составление краткого конспекта текста. Подготовка сообщений, рефератов, презентаций, тематических докладов, аналитических обзоров литературы по отдельным темам. Эффективность самостоятельной работы студентов необходимо проверять в ходе текущего и итогового контроля знаний.

Для организации и успешного функционирования самостоятельной работы студентов необходимы:

- комплексный подход к организации самостоятельной работы студентов (включая все формы аудиторной и внеаудиторной работы).
- обеспечение контроля над качеством выполнения самостоятельной работы (требования, консультации).
- использование различных форм контроля.

Обязательным условием, обеспечивающим эффективность самостоятельной работы, является соблюдение этапности в ее организации и проведении.

Конкретные формы внеаудиторной самостоятельной работы студентов могут быть самыми различными, в зависимости от цели, характера, дисциплины, объема часов, определенных учебным планом:

- подготовка к лекциям, семинарским и практическим;
- реферирование статей, отдельных разделов монографий;
- изучение учебных пособий;
- выполнение контрольных работ;
- написание тематических докладов, рефератов на проблемные темы;
- участие студентов в составлении тестов;
- выполнение исследовательских и творческих заданий;
- написание курсовых и дипломных работ;
- создание наглядных пособий по изучаемым темам.

Требования к выполнению самостоятельной работы студентов по учебной дисциплине «Социальная медицина» по специальности 1 – 86 01 01 – 01 Социальная работа (социально-педагогическая деятельность)

№ п/п	Наименование темы	Количество часов	Задание	Форма выполнения
1.	Тема 1. Предмет и задачи социальной медицины. Характеристика показателей здоровья. Классификация болезней	4	Что является предметом социальной медицины. Каковы задачи социальной медицины. Назовите основные методы исследования, применяемые в социальной медицине	Написание конспекта, тематических докладов, рефератов, презентации, ответы на контрольные вопросы и тестовые задания
2.	Тема 2. Формирование здорового образа жизни	4	Дайте определение здоровому образу жизни. Перечислите положения, определяющие здоровый образ жизни, укажите приоритетные.	Написание конспекта, тематических докладов, рефератов, презентации, ответы на контрольные вопросы и тестовые задания
3.	Тема 3 Современные системы здравоохранения: государственная, страховая, частная. Организация здравоохранения в РБ	4	Охарактеризуйте государственную, страховую и частную медицину. Назовите источники финансирования. Какие цели и задачи ставит перед собой государственная, страховая и частная медицина.	Написание конспекта, тематических докладов, рефератов, презентации, ответы на контрольные вопросы и тестовые задания
4.	Тема 4. Санитарно-эпидемиологическая служба. Предупредительный и	4	Опишите структуру и функции санитарно-эпидемиологической службы. Чем	Написание конспекта, тематических докладов,

	текущий санитарный надзор		отличается предупредительный от текущего санитарного надзора. Каковы полномочия санитарного врача	рефератов, презентации, ответы на контрольные вопросы и тестовые задания
5.	Тема 5. Организация лечебно-профилактической помощи городскому и сельскому населению. Медобслуживание рабочих промышленных предприятий	4	Какие лечебные учреждения оказывают квалифицированную и специализированную помощь городскому и сельскому населению. Дайте характеристику структурам, обслуживающим рабочих и служащих предприятий.	Написание конспекта, тематических докладов, рефератов, презентации, ответы на контрольные вопросы и тестовые задания
6	Тема 6. Общественные медицинские объединения: история, концептуальные основы деятельности	4	Какие цели и задачи у общественных медицинских объединений, Какие общественные медицинские объединения вы знаете. Где и как происходит регистрация общественных медицинских объединений. Как влияют общественные медицинские объединения на уровень здравоохранения и на развитие научного направления.	Написание конспекта, тематических докладов, рефератов, презентации, ответы на контрольные вопросы и тестовые задания
7.	Тема 7. Репродуктивное здоровье и планирование семьи	4	Почему охрана здоровья матери и ребенка является приоритетной задачей белорусского здравоохранения? Какие учреждения	Написание конспекта, тематических докладов, рефератов, презентации, ответы на

			здравоохранения ориентированы сугубо на охрану здоровья матери и ребенка? Какие государственные документы регламентируют деятельность по охране здоровья матери и ребенка?	контрольные вопросы и тестовые задания
8.	Тема 8. Особенности медико-социальной работы в онкологии	4	Какова современная модель социальной работы в онкологии? Каковы особенности социальной работы в детской онкологии.	Написание конспекта, тематических докладов, рефератов, презентации, ответы на контрольные вопросы и тестовые задания
9.	Тема 9. Социальная работа в психиатрии и наркологии. Девиантное поведение - проблема социальной работы	2	Что Вы знаете об организации психиатрической и наркологической помощи в РБ? Правовая защита психических больных. Социальная помощь психическим больным и лицам с зависимостью от ПАВ.	Написание конспекта, тематических докладов, рефератов, презентации, ответы на контрольные вопросы и тестовые задания
10.	Тема 10. Социальная геронтология, медико-социальная помощь пожилым	2	Дайте определение дисциплине социальная геронтология. Приведите классификацию возраста человека, предложенную экспертами ВОЗ. Что значит термин «старость» и «старение»? С какого возраста начинается	Написание конспекта, тематических докладов, рефератов, презентации, ответы на контрольные вопросы и тестовые задания

			старение организма человека? Охарактеризуйте учреждения, которые оказывают медико-социальную помощь престарелым. Кто стареет «красиво»?	
11.	Тема 11. Биоэтика: взаимоотношение врача и пациента. Психиатрические аспекты биоэтики	2	Дайте определение биоэтики. Опишите варианты взаимоотношений врача и пациента. Могут ли проводиться эксперименты на человеке, изучение эффективности и безопасности лекарств? Что представляет собой эвтаназия? В каких странах она разрешена? Какое отношение к эвтаназии в РБ? Какие новые репродуктивные технологии вы знаете? Опишите уровень трансплантологии в Беларуси. Какие органы сейчас пересаживаются? Как изменилось законодательство в РБ по отношению к больным психическими заболеваниями?	Написание конспекта, тематических докладов, рефератов, презентации, ответы на контрольные вопросы и тестовые задания
12.	Тема 12. Санаторно-курортное обслуживание населения	2	Назовите курорты Беларуси в пределах страны и за рубежом. Охарактеризуйте методы лечения и реабилитации в санаториях. Опишите показания и противопоказания к	Написание конспекта, тематических докладов, рефератов, презентации, ответы на контрольные вопросы и

			направлению на санкурлечение. Какие документы определяют порядок направления на санкурлечение?	тестовые задания
13.	Тема 13 Медико-социальная экспертиза. Экспертиза временной нетрудоспособности. Экспертиза инвалидности.	2	Опишите процедуру проведения медико-социальной экспертизы. Дайте характеристику новым рекомендациям, которые содержатся в Международной классификации функционирования и ограничения жизнедеятельности (МКБ). Какие уровни нарушения функций и ограничения жизнедеятельности выделены в МКБ? Поясните применение буквенного кода.	Написание конспекта, тематических докладов, рефератов, презентации, ответы на контрольные вопросы и тестовые задания
14.	Тема 14. Причины и особенности первичной инвалидности подростков и пожилых	2	Причины первичной инвалидности подростков. Тяжесть первичной инвалидности в подростковом возрасте. Особенности первичной инвалидности пожилых людей.	Написание конспекта, тематических докладов, рефератов, презентации, ответы на контрольные вопросы и тестовые задания
15.	Тема 21. Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов	2	Охарактеризуйте понятие «реабилитация». Какие цели и задачи определяют реабилитологи для реабилитантов? Опишите методы и средства реабилитации.	Написание конспекта, тематических докладов, рефератов, презентации, ответы на контрольные вопросы и

			Чем отличается реабилитация от абилитации?	тестовые задания
16.	Тема 16. Организация медико-социальной помощи на дому	2	Назовите структуры, которые оказывают помощь на дому. Какие общественные организации участвуют в оказании медико-социальной помощи на дому? Дайте характеристику этикета при оказании помощи на дому. Перечислите виды помощи на дому.	Написание конспекта, тематических докладов, рефератов, презентации, ответы на контрольные вопросы и тестовые задания
17.	Тема 17. Этика и деонтология в работе с социальными пациентами	2	Охарактеризуйте взаимоотношения специалиста, оказывающего помощь на дому с подопечным. Перечислите перечень медицинских и социальных услуг социальным пациентам на дому в зависимости от уровня социальной недостаточности.	Написание конспекта, тематических докладов, рефератов, презентации, ответы на контрольные вопросы и тестовые задания
Всего: 50 часов				

Перечень используемых средств диагностики результатов учебной деятельности

Для текущего контроля и самоконтроля знаний и умений студентов по учебной дисциплине «Социальная медицина» можно использовать следующий диагностический инструментарий:

- устный опрос;
- тестовый контроль;
- рейтинговая контрольная работа;
- экзамен.

Текущий контроль успеваемости проводится в форме устного или тестового опроса на практических занятиях с выставлением текущих оценок по десятибалльной шкале.

Типовым учебным планом в качестве формы аттестации по дисциплине «Социальная медицина» для специальности 1 – 86 01 01 – 01 Социальная работа (социально-педагогическая деятельность) предусмотрен экзамен.

Примерный перечень вопросов к экзамену по учебной дисциплине
«Социальная медицина» для специальности
1-86 01 01– 01 Социальная работа
(социально-педагогическая деятельность)

1. Исторические аспекты социальной медицины.
2. Предмет и задачи социальной медицины.
3. Основные методы исследования.
4. Соматические и нервно-психические заболевания (хронические и функциональные расстройства).
5. Инфекционные заболевания. Классификация.
6. Пути передачи инфекционных заболеваний. Профилактика.
7. Основные принципы государственной системы здравоохранения.
8. Законодательство Республики Беларусь в области охраны здоровья.
9. Страхование медицина: формы медицинского страхования, основные принципы организации работы страховой медицины.
10. Частная форма здравоохранения: достоинства и недостатки.
11. Определение и уровни здоровья.
12. Ресурсы, потенциал и баланс здоровья.
13. Здоровье населения, основные показатели, демографическая ситуация
14. Заболеваемость, инвалидность, смертность.
15. Основные принципы охраны здоровья.
16. Задачи государства в области охраны здоровья населения.
17. Структура Министерства здравоохранения и местных органов здравоохранения.
18. Типы и виды учреждений здравоохранения: лечебно-профилактические учреждения, центры гигиены и эпидемиологии, аптеки.
19. Амбулаторно-поликлиническая помощь: первичная медико-социальная помощь, квалифицированная и специализированная помощь.
20. Медобслуживание рабочих промышленных предприятий, диспансеризация.
21. Охрана здоровья матери и ребенка.
22. Женские консультации: задачи и структура.
23. Репродуктивное здоровье
24. Планирование семьи.
25. Медико-генетическое консультирование.
26. Лечебно-профилактическая помощь детскому населению.
27. Детские поликлиники. Детские больницы. Дома ребенка. Детские санатории.
28. Понятие «здоровье» и «болезнь» в психиатрии. Организация психиатрической и наркологической помощи.
29. Правовая защита психических больных.
30. Социальная помощь психическим больным и лицам с зависимостью от ПАВ.

31. Понятие и причины девиантного поведения.
32. Социо-психологические особенности подросткового возраста как причина нарушений поведения.
33. Методы и средства социального контроля девиантного поведения.
34. Определение, функции социальной геронтологии.
35. Старение, старость, хронологический и биологический возраст
36. Возрастная периодизация.
37. Социальная защита пожилых и старых людей. Место пожилых и старых людей в обществе.
38. Этапы медико-социальной помощи пожилым.
39. Организация лечебно-профилактической помощи пожилым пациентам.
40. Санаторно-курортное лечение.
41. Демографическая ситуация в РБ.
42. Организация медико-социальной помощи сельскому населению.
43. Организация отделений и больниц медико-социальной помощи.
44. Заболеваемость сельских жителей инфекционными и неинфекционными болезнями.
45. Факторы здорового образа жизни.
46. Задачи различных ведомств по формированию ЗОЖ (Минздрава, Минобра, Минспорта, Минкульты и др.). Основные направления деятельности.
47. Методы и средства гигиенического воспитания.
48. Санитарно-эпидемиологическая служба. История возникновения.
49. Структура санэпидслужбы.
50. Задачи, формы работы и направления деятельности.
51. Права и обязанности главных санитарных врачей района.
52. Особенности предупредительного и текущего санитарного надзора.
53. Общественные медицинские объединения: история возникновения, концептуальные основы деятельности.
54. Белорусское общество Красного Креста.
55. Профсоюз работников здравоохранения РБ.
56. Ассоциация врачей РБ, общественные объединения врачей-специалистов, общественные объединения больных различными заболеваниями (рассеянным склерозом, гемофилией, инвалидов по зрению и др.).
57. Эпидемиология злокачественных новообразований. Современная модель социальной работы в онкологии.
58. Особенности социальной работы в детской онкологии. Психологические аспекты социальной работы в онкологии.
59. Биоэтика: определение и история возникновения.
60. Международные и республиканские документы по биоэтике.
61. Основные модели взаимоотношений врача и больного.
62. Право граждан на информацию о состоянии здоровья, информированное согласие.

63. Эвтаназия: за и против.
64. Прерывание беременности.
65. Проблемы, связанные с и трансплантацией органов и тканей.
66. Новые репродуктивные технологии.
67. Психиатрические аспекты биоэтики.
68. Особенности лечения пациентов в санаторных учреждениях.
69. Типы санаториев. Курортные зоны в Республике Беларусь, в Российской Федерации, Украине и дальнем зарубежье.
70. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению.
71. Организация службы медико-социальной экспертизы и реабилитации в РБ.
72. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.
73. Диагностика ограничений жизнедеятельности. Социальная интеграция инвалидов.
74. Виды временной нетрудоспособности.
75. Экспертиза инвалидности: показания к направлению на МРЭК. Критерии определения групп инвалидности. Установление причин инвалидности.
76. Рейтинг причин первичной инвалидности подростков. Тяжесть первичной инвалидности в подростковом возрасте.
77. Особенности первичной инвалидности пожилых людей.
78. Основное и сопутствующие заболевания, тяжесть инвалидности и меры ее снижения.
79. Виды и основные принципы реабилитации.
80. Основные цели и задачи реабилитации.
81. Профилактика инвалидности и медико-социальная реабилитация.
82. Физиологические основы медицинской реабилитации.
- Профессиональная реабилитация.
83. Национальные и международные аспекты оказания медико-социальной помощи на дому.
84. Нормативно-правовое обеспечение медико-социальной помощи. Краткосрочная и долгосрочная помощь на дому.
85. Нормативно-правовые аспекты по проблеме ВИЧ-инфекции.
86. Уровни и этапы оказания медико-социальной помощи при уходе за пациентами.
87. Патронажное медико-социальное обслуживание пациентов.
88. Основы этики и деонтологии в работе с социальными пациентами. Взаимодействие медсестры и социального работника.
89. Нормативно-правовая база в сфере прав пациента и обязанностей граждан, осуществляющих уход.
90. Модель медико-социального ухода на дому и ее результаты.

Протокол согласования учебной программы с другими дисциплинами

Название дисциплин, изучение которых связано с учебной программой	Кафедры, обеспечивающие изучение этих дисциплин	Предложения кафедры об изменениях в содержании учебной программы	Принятое решение кафедрой, разработавшей учебную программу
Основы медицинских знаний	Кафедра морфологии и физиологии человека и животных	В курсе «Основы медицинских знаний» рассматривает вопросы по обеспечению медицинской помощи населению	Рекомендовать к утверждению. Протокол №7 от 24.02.2022г.
Анатомия и физиология	Кафедра морфологии и физиологии человека и животных	В курсе «Анатомия и физиология» рассматриваются вопросы строения тела здорового человека с учетом функций органов и систем органов	Рекомендовать к утверждению. Протокол №7 от 24.02.2022г.