

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное Государственное образовательное бюджетное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Амурский государственный университет»

Кафедра Психологии и педагогики

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ

СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ОБЩЕСТВА

Основной образовательной программы по специальности:

050711.65 «Социальная педагогика»

Благовещенск 2012

УМКд разработан А.В.Лейфа, д.п.н., профессором кафедры Психологии и педагогике

Рассмотрен и рекомендован на заседании кафедры Психологии и педагогике  
Протокол заседания кафедры от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2011г. № \_\_\_\_\_  
Зав. кафедрой \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**УТВЕРЖДЕН**

Протокол заседания УМС направления подготовки 050711.65 «Социальная педагогика»

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. № \_\_\_\_\_

Председатель УМС \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Рабочая программа учебной дисциплины	4
2. Краткое изложение лекционного материала	11
3. Методические указания (рекомендации)	26
3.1 Методические рекомендации для преподавателя	26
3.2 Методические указания к семинарским занятиям	26
3.3 Методические указания по выполнению рефератов	29
3.4 Методические указания по самостоятельной работе студентов	31
4. Контроль знаний	34
4.1 Текущий контроль знаний	34
4.2 Итоговый контроль знаний	42
5. Интерактивные технологии и инновационные методы, используемые в образовательном процессе	44

## **1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**Цель** преподавания учебной дисциплины «Социальное здоровье общества» способствовать овладению студентами теоретических и организационных основ социального здоровья общества необходимых в профессиональной деятельности.

**Задачи** преподавания дисциплины:

- дать студентам базовые знания о предмете и задачах социальной медицины как отрасли современной науки;
- способствовать освоению интегрального подхода к феномену общественного здоровья;
- дать студентам базовые знания о социальном здоровье общества и основах социальной медицины в отечественной системе здравоохранения;
- способствовать освоению студентами знаний по профилактике заболеваний, степени влияния неблагоприятных социальных факторов на здоровье населения и социальных технологий формирования основ здоровья;
- сформировать у студентов представление о наиболее важных характеристиках общественного здоровья в современном обществе.

## **2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП ВПО**

Курс «Социальное здоровье общества» является методологической базой познания и исследования биосоциальных основ индивидуального и общественного здоровья, входящих в проблемное поле социальной работы. Она изучается во втором семестре и является лично и профессионально-ориентированной дисциплиной в системе подготовки социальных педагогов.

## **3. ТРЕБОВАНИЯ К ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ**

В результате изучения дисциплины **студент должен:**

**Знать:**

1. теоретические подходы к пониманию проблем семьи и формированию родительства.
2. основные психолого-педагогические модели родительско-детских отношений.
3. методы социально-психологической диагностики проблем семьи.
4. основные этапы семейного консультирования.

**Уметь:**

1. свободно пользоваться научной терминологией, основным понятийным аппаратом
2. использовать методики исследования семейных отношений, тактики и техники семейного общения и поведенческой адаптации супругов.
3. консультировать семьи по поводу сложностей во взаимоотношениях с детьми.

**Владеть:**

1. системой методов повышения своего профессионального мастерства.
2. элементами практической психологии семьи.
3. методами социально-психологической диагностики проблем семьи.

## **4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ**

Общая трудоемкость дисциплины составляет 80 часов.



Категория «общественное здоровье». Общественное здоровье как предмет социальной медицины. Задачи социальной медицины. Субъекты общественного здоровья. Социальная медицина: взаимосвязь и взаимоотношения.

## **Тема 2. ИСТОКИ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ. СТАНОВЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ. МЕДИЦИНА И ОБЩЕСТВО В КОНТЕКСТЕ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ**

Спартанский опыт решения проблем общественного здоровья. Идеи Гиппократата. Книга исцеления Ибн Сина (Авиценна). Карл Ясперс: от «Общей психопатологии» к философии и социальной медицине. «Социальная гигиена» А. Гротьяна и «советская гигиена» Н.А. Семашко. Первый институт социальной медицины. Национально-культурные особенности становления института социальной медицины в России.

## **Тема 3. КОНЦЕПЦИЯ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОГО РАЗВИТИЯ НАСЕЛЕНИЯ**

*Социальная медицина в системе социальной работы. Концепция социального здоровья населения Российской Федерации.*

## **Тема 4. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

*Основные принципы охраны здоровья граждан. Права граждан в области охраны здоровья. Правовая база охраны здоровья граждан России. Права граждан при оказании медико-социальной помощи населению. Права отдельных групп населения на оказание медико-социальной помощи.*

## **Тема 5. ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

Заболеваемость населения (общая, госпитальная, с временной утратой трудоспособности, инфекционная, неэпидемиологическая, генетическая), тенденции заболеваемости. Демография как наука о населении. Статика и динамика населения. Рождаемость, смертность, младенческая смертность, причины смерти. Роль социальных факторов в воспроизводстве населения.

Инвалидность. Причины. Критерии. Группы инвалидности. Организация медико-социальной экспертизы.

## **РАЗДЕЛ II. ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

### **Тема 6. СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

*Понятие «система здравоохранения». Управление здравоохранением. Источники финансирования здравоохранения в РФ. Номенклатура лечебно-профилактических учреждений.*

*Поликлиника. Стационар. Состояние здоровья женщин и детей. Особенности организации медицинской помощи женщинам и детям*

### **Тема 7. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ КАК ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЙ ПРИНЦИП ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

*Виды профилактики: первичная, вторичная, третичная. Индивидуальная и общественная профилактика. Профилактическая направленность медико-социальной работы. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения как государственная задача. Санитарное законодательство.*

### **Тема 8. ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

Здоровый образ жизни как основа индивидуальной профилактики. Понятие и сущность ЗОЖ. Основы формирования ЗОЖ.

### **Тема 9. МЕТОДЫ И СРЕДСТВА ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ**

*Определение санитарного просвещения. Методы и средства пропаганды в санитарном просвещении (устной, печатной, изобразительной пропаганды).*

## **Тема 10. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

*Понятие санитарно-гигиенического мониторинга. Нормативно-правовое обеспечение мониторинга состояния здоровья населения. Принципы осуществления мониторинговых исследований.*

### **5. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА**

№ п / п	№ раздела (темы) дисциплины	Форма (вид) самостоятельной работы	Трудовое время в часах
1	Тема 1	Устный ответ, эссе	4
2	Тема 2	Устный ответ, домашняя работа	4
3	Тема 3	Проверка конспекта лекции, письменная работа	4
4	Тема 4	Проверка конспекта лекции.	4
5	Тема 5	Устный ответ	4
6	Тема 6	Проверка конспекта лекций, письменная работа	4
7	Тема 7	Устный ответ, реферат	4
8	Тема 8	Устный ответ, зачетное тестирование	5
9	Тема 9	Устный ответ	5
10	Тема 10	Устный ответ	5
		<b>ИТОГО</b>	<b>28</b>

### **6. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ**

Рекомендуемые образовательные технологии: лекции, лекции с элементами дискуссии, практические занятия, практические занятия с элементами тренинга, самостоятельная работа студентов, реферат. При проведении занятий активно используется работа в микрогруппах с последующим общим обсуждением, работа с периодическими изданиями, применение мультимедийных презентаций. При изучении теоретического материала обязательно осуществляется его «привязка» к повседневной практике и будущей профессиональной деятельности студентов (реализуется через составление рекомендаций, памяток, приведение примеров самими студентами с последующим общим обсуждением и внесением корректив).

### **7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ**

#### **Основная литература:**

1. Никифоров Г.С. Психология здоровья. - СПб.: Питер, 2008. - 607 с.
2. Черносвитов Е.В. Социальная медицина. - М.: СВЕТОЧ, 2002.

#### **Дополнительная литература:**

1. Альперович В.Д. Социальная геронтология. - Ростов н/Д, 1997.
2. Андреева О.С. Принципы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2000. - № 4. - С. 20-27.
3. Баранова Т. О геронтологической помощи учреждениями социальной защиты населения // Социальное обеспечение. - 2003. № 3. - С. 7-11.
4. Белогуров С.Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях. 2-е изд. испр. и доп. - СПб.: «Невский диалект», 2000.
5. Больница и социальная работа // Энциклопедия социальной работы. В 3-х томах. Т.1: Перевод с англ. - М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993.
6. В.С. Ершов, А.Т. Белянва Санитарное просвещение: Учебник. - М.: Медицина, 1982. - 144 с.
7. Вербин Н.Н., Черничкина В.А. Социально-психологические проблемы инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2003. - № 2. - С. 31-34.

8. Геронтологический центр в Сибири // Социальное обеспечение. - 2003. № 5. - С.15-18.

9. Дадаева О.А., Скляренко Р.Т., Травникова Н.Г. Клинико-психологические особенности детей и подростков, больных сколиозом // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2003. - № 3. - С. 10-13.

10. Дементьева Н.Ф., Рязанов Д.П., др. Характеристика социальных работников и их деятельности по обслуживанию пожилых людей на дому в Липецкой области // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2003. \_ № 1. - С. 54-56.

11. Здравоохранение США // Энциклопедия социальной работы. В 3-х томах. Т.1: Перевод с англ. - М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993.

12. Зубкова Т.С., Тимошина Н.В. Организация и содержание работы по социальной защите женщин, детей и семьи. М.: Академия, 2003 – 224 с.

13. Иванова Е.Б. Как помочь наркоману. «Комплект», - СПб., 1997.

14. Козлов А.А. Социальная работа за рубежом. - М.: Флинта, 1998.

15. Конституция Российской Федерации. – м.: Юность 1997.

16. Концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года // Бюллетень Министерства труда и социального развития Российской Федерации, 2001, № 10.

17. Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года.

18. Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России на период 2000-2004 гг. и план мероприятий по ее реализации. - М., 2000.

19. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации. // Здравоохранение Российской Федерации. - 1998. - № 3. - С.7-13.

20. Малюков, Н.И. Структура детской инвалидности вследствие врожденных пороков развития / Н.И. Малюков, Л.Е. Азанова, И.Т. Черных // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. - 2003. - №1. - С.45-47. - Библиогр.: 4 назв.

21. Медико-социальная работа / Российская энциклопедия социальной работы. - М., 1997.

22. О проблемах общения с родителями онкологически больных детей. Дата последнего обращения – 22.04.2003. <<http://medi.ru/04003.htm>>.

23. О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста: Приказ Минздрава России № 154 от 05.05.99 г. // Медицинская газета, 2002, № 3, с.9.

24. Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации: Федеральный закон РФ № 124-ФЗ от 24 июня 1998 г. // Вестник образования. 1998. № 8. с.26-40.

## 25. Программное обеспечение и Интернет-ресурсы

№ п/п	Наименование ресурса	Краткая характеристика
1	<a href="http://www.iqlib.ru">http:// www.iqlib.ru</a>	Интернет-библиотека образовательных изданий, в которой собраны электронные учебники, справочные и учебные пособия. Удобный поиск по ключевым словам, отдельным темам и отраслям знания
2	Электронная библиотечная система «Университетская библиотека – online» <a href="http://www.biblioclub.ru">www.biblioclub.ru</a>	ЭБС по тематике охватывает всю область гуманитарных знаний и предназначена для использования в процессе обучения в высшей школе, как студентами и преподавателями, так и специалистами-гуманитариями
3	<a href="http://www.voppsy.ru">www.voppsy.ru</a>	Архив журнала «Вопросы психологии». Удобный поиск по номерам журнала и авторам. Информация по различным отраслям психологии

4	www.flogiston.ru	Сайт факультета психологии МГУ. Журналы, учебники, монографии по различным отраслям психологии. Информация об известных психологах и психотерапевтах. Профессиональные форумы
---	------------------	---

## 8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

При освоении дисциплины необходимы стандартная учебная аудитория, мультимедийный проектор. Желательно иметь доступ к сети Интернет. Студенты так же должны иметь свободный доступ к библиотеке периодических изданий по психологии (в том числе, и к электронным).

### 2.Содержание разделов и тем дисциплины

#### Тема 1. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ КАК ОТРАСЛИ СОВРЕМЕННОЙ НАУКИ

##### План:

1. Категория «общественное здоровье».
2. Общественное здоровье как предмет социальной медицины.
3. Задачи социальной медицины.
4. Субъекты общественного здоровья.
5. Социальная медицина: взаимосвязь и взаимоотношения.

##### Ключевые вопросы темы:

**Здоровье** – состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или анатомических дефектов (из Устава Всемирной организации здравоохранения). Различают здоровье населения и здоровье индивидуума. Здоровье населения характеризуется комплексом демографических показателей (рождаемость, смертность, детская смертность, уровень физического развития, заболеваемость, средняя продолжительность жизни). На здоровье населения влияют социально-гигиенические факторы - условия труда и быта, жилищные условия, уровень заработной платы, обеспеченность продуктами питания, культура и воспитание, качество и доступность медицинской помощи и др., а также климатогеографические, экологические и иные природные факторы. На многие из этих условий и факторов влияет (как положительно, так и отрицательно) общество.

Понятие «здоровье индивидуума» (индивидуальное здоровье) не является точно детерминированным, что связано с большой широтой индивидуальных колебаний важнейших показателей жизнедеятельности организма, а также многообразием факторов, влияющих на здоровье человека.

*Здоровье*, по определению ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения), – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

*Здоровье человека* – это процесс сохранения и развития его психических и физиологических качеств, оптимальной работоспособности и социальной активности при максимальной продолжительности жизни.

По мнению академика Ю.П. Лисицына, «...здоровье человека не может сводиться лишь к констатации отсутствия болезней, недомогания, дискомфорта, оно – состояние, которое позволяет человеку вести нестесненную в своей свободе жизнь, полноценно выполнять свойственные человеку функции, прежде всего трудовые, вести здоровый образ жизни, т.е. испытывать душевное, физическое и социальное благополучие».

Одной из характеристик состояния здоровья является понятие «общественное здоровье». Само понятие «общественное здоровье» появилось около 15 лет назад. Термин

«**общественное здоровье**» (public health) имеет несколько значений и отражает совокупное здоровье индивидуумов, из которых состоит общество.

**Социальная медицина** – это наука о стратегии и тактике здравоохранения.

Основное назначение социальной медицины как науки и учебной дисциплины – оценка критериев общественного здоровья и качества медицинской помощи, их оптимизация.

*Структура предмета:* 1) история здравоохранения; 2) теоретические проблемы здравоохранения; 3) состояние здоровья и методы его изучения; 4) организация медико-социального обеспечения и медицинского страхования; 5) организация медицинской помощи населению; 6) обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения; 7) экономические и планово-организационные формы совершенствования здравоохранения, менеджмент, маркетинг и моделирование медицинских услуг; 8) международное сотрудничество в области медицины и здравоохранения.

Методы медико-социальных исследований: 1) исторический; 2) динамического наблюдения и описания; 3) санитарно-статистический; 4) медико-социологического анализа; 5) экспертных оценок; 6) системного анализа и моделирования; 7) организационного эксперимента; 8) планово-нормативный и др.

Социальная медицина, разрабатывающая *нормы здорового образа жизни в здоровом обществе и осуществляющая согласно этим нормам социальный контроль* за индивидуумом, группой индивидуумов, будь то семья, школа, трудовой коллектив, законодательные и исполнительные структуры власти, судебные органы, пенитенциарные учреждения или армия, не является чем-то чужеродным, стоящим над человеком и обществом. Она – отражение в знании и практике здоровых тенденций общества в целом.

## **Тема 2. ИСТОКИ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ. СТАНОВЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ. МЕДИЦИНА И ОБЩЕСТВО В КОНТЕКСТЕ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ**

*План:*

1. Спартанский опыт решения проблем общественного здоровья.
2. Идеи Гиппократов. Книга исцеления Ибн Сина (Авиценна). Карл Ясперс: от «Общей психопатологии» к философии и социальной медицине. «Социальная гигиена» А. Гротьяна и «советская гигиена» Н.А. Семашко.
3. Первый институт социальной медицины.
4. Национально-культурные особенности становления института социальной медицины в России.

### **Ключевые вопросы темы:**

Во времена, переломные для общества, институализация социальной медицины порой принимает содержание государственной политики. Так, отец всех реформаторов фараон Аменхотеп IV (Эхнатон, муж Нефертити, отец Тутанхамона, воспитатель Семнихкара (Моисея)) свои реформы под лозунгом заботы за общественное здоровье нации начал с уничтожения касты жрецов, а также всякого рода магов, колдунов и прочих ловцов душ и манипуляторов общественным сознанием.

Победа маленькой Спарты над могущественными Афинами в Пелопоннесской войне стала возможной исключительно благодаря оздоровительной политике царя Ликурга, который образовал особый орган управления — герусии, состоявшие из царя, врача и представителя народа. Самое здоровое в истории человечества спартанское общество во время правления Ликурга смогло преодолеть владычество над своими душами пифийских оракулов (культ Аполлона) и отвергнуть массовые пифийские игры, суть которых — манипулирование огромными массами народа путем «музыкальных» и наркотизирующих воздействий на толпы (пифийские игры — антипод Олимпийских игр).

Гиппократ, сделавший разумные выводы из Пелопоннесской войны (он придерживался афинской стороны), под предлогом отрицательных влияний климатических факторов на здоровье и моральное состояние афинян провел грандиозную реформу, поставив под контроль врачей действие всей властной элиты. Результатом Гиппократовской институализации медицины (разработка и введение нормативов в различные сферы деятельности, прежде всего в структуру власти и армии) явился победный реванш Афин над Спартой. Система охраны общественного здоровья Гиппократа оказалась намного эффективнее спартанской.

Зарождение этой науки относится к различным датам периода XVIII-XIX вв. Так, Н.А. Семашко, С.А. Томилин считали, что «первой звездочкой, появившейся на горизонте социально-гигиенического направления был труд Б. Рамаццини «De morbis artificum diatriba» - «Трактат о болезнях ремесленников» (1700 г.), который стал первым системным изложением основ профессиональной гигиены, намного опередив развитие этого направления.

К. Винтер указывает, что впервые термин «социальная медицина» ввел в 1848 г. французский ученый Дж. Гуэрин. Под этим он понимал изучение связи между социальными факторами, здоровьем и заболеваемостью.

Российский ученый Ю.П. Лисицын связывает начало истории науки об общественном здоровье и здравоохранении с исследованиями А. Гротьяна в Германии в начале XX в.

Однако, как считает В.П. Култыгин, впервые наиболее системные представления о социологии медицины появляются во взглядах российского социолога П.Ф. Лилиенфильда-Тоаль в работе «Мысли о социальной науке будущего», где он разработал «терапию» социального организма, которая включала в себя диагностику, прогностику и терапию. Параллельно с разработками Лилиенфильда как в России, так и в Западной Европе возникают различные направления, анализирующие взаимосвязь социальной среды и здоровья человека.

Так, в начале XX в Германии появляется работа А. Гротьяна, где он в монографии «Социальная патология», рассматривает основные группы заболеваний с точки зрения их социальной обусловленности, законов распространения, социальных последствий и путей социального противодействия им.

В Великобритании в XIX в. Е. Чадвик, Дж. Саймон, У. Фарр, Б.У. Ричардсон, М.В. Петтенкофер и др. изучали общественное здоровье с точки зрения включенности человека в социальную сферу, закладывая основы экологического подхода в социологии медицины.

*Этапы развития социальной медицины в России.* Первым государственным органом управления медицинским делом в России был Аптекарский приказ, созданный в 1620 г. В XVIII столетии, в период осуществления больших преобразований в экономике, науке, культуре и медицине, совершенствовались и органы управления здравоохранением: в 1721 г. появилась Медицинская канцелярия, в 1763 г. – Медицинская коллегия.

Подготовка медицинских кадров осуществлялась в госпитальных школах (с 1707 г.), медико-хирургических училищах (с 1786 г.), а с 1798 г. – в Петербургской и Московской медико-хирургических академиях. В 1725 г. открылась Петербургская академия наук, а в 1755 г. был создан первый в стране Московский университет с медицинским факультетом.

Выдающийся вклад в охрану здоровья внес М. В. Ломоносов, который в своем труде «Слово о размножении и сохранении русского народа» дал глубокий анализ здравоохранения и предложил ряд конкретных мер для улучшения его организации.

Современный период медико-социальных исследований проблем здоровья населения и здравоохранения связан с именами ведущих отечественных ученых: Ю.П. Лисицына, О.П. Щепина, О.В. Грипиной, Э.Д. Грибанова, И.Н. Денисова, К.И. Журавлевой, И.П. Катковой, Ю.М. Комарова, В.З. Кучеренко, И.В. Лебедевой, В.А. Миняева, А.М. Москвичева, В.К.

Овчарова, А.И. Потапова, И.В. Пустового, Л. Г. Розенфельд, О.М. Хромченко, С.Я. Чикина и др.

В последние годы приоритетными проблемами здравоохранения являются такие, как охрана материнства и детства, становление государственного санитарного надзора и охрана окружающей среды, медицинское обеспечение в условиях нового хозяйственного механизма, рыночной экономики и медицинского страхования, внедрение принципов семейной медицины, совершенствование подготовки медицинских кадров.

### **Тема 3. КОНЦЕПЦИЯ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОГО РАЗВИТИЯ НАСЕЛЕНИЯ**

#### **План:**

1. Социальная медицина в системе социальной работы.
2. Концепция социального здоровья населения Российской Федерации.

#### **Ключевые вопросы темы:**

Для определения приоритетов развития здравоохранения в целях сохранения и улучшения здоровья населения отдельных регионов и Российской Федерации дополнительно необходимо получить и проанализировать следующую информацию:

– комплексную оценку положения региона в федеральном округе, Российской Федерации, макрорегионе (на основе интегральных показателей экономического и социального развития, деятельности системы здравоохранения и его ресурсов, а также других отдельных показателей);

– социально-экономическое состояние региона и прогноз его развития;

– прогноз трудовых ресурсов и их занятости;

– климатогеографические особенности и характер расселения населения региона;

– существующую сеть, номенклатуру и мощность учреждений здравоохранения, развитие и соотношение различных служб и видов медицинской помощи, имеющиеся планы и перспективы их развития;

– материально-техническую базу здравоохранения, ее состояние, возможности в настоящее время и планы ее сохранения, расширения, совершенствования и модернизации;

– наличие высших и средних образовательных медицинских учреждений, имеющиеся возможности и перспективы кадрового потенциала здравоохранения региона;

– наличие в регионе учреждений, оказывающих высокотехнологические виды медицинской помощи, их профиль и возможности предоставления этих видов помощи в других регионах страны;

– соотношение и возможности учреждений федерального, регионального, муниципального, ведомственного подчинения, а также негосударственного сектора здравоохранения;

– состояние финансирования системы здравоохранения в целом, отдельных ее служб и учреждений;

– возможности привлечения ресурсов в рамках федеральных, региональных и муниципальных целевых медико-социальных программ, а также средств других отраслей и ведомств.

Таким образом, показатели, характеризующие здоровье населения, дополненные другими социально-экономическими индикаторами развития регионов должны стать основой для разработки федеральных и региональных целевых медико-социальных программ.

**Концепция социально-медицинского развития населения** – определяет основные направления развития состояния здоровья населения России и отдельных регионов на период внедрения в деятельность организаций здравоохранения и социальной защиты новой эффективной экономической модели здравоохранения, имеющей целью более полное

удовлетворение потребности населения в квалифицированной социально-медицинской помощи, обеспечение ее доступности в равной степени всем слоям населения.

Разработка подобной Концепции, соответствующей изменившимся социальным условиям, определяется необходимостью совершенствования нормативной правовой базы организации медицинской помощи населению с целью рационального и эффективного использования имеющихся ресурсов в условиях бюджетного финансирования расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя в год.

Концепция социально-медицинского развития населения основывается на модели контролируемого медицинского обслуживания населения, приоритетном развитии амбулаторно-поликлинических служб, внедрении современных экономически приемлемых организационных форм первичной медико-санитарной помощи, обеспечивающих перераспределение объемов медицинской помощи из стационарного уровня на амбулаторно-поликлинический.

Концепция придерживается принципов целевого использования имеющихся ресурсов с учетом соблюдения этапности в лечении больных, реализации мер, направленных на повышение качества медицинской помощи населению.

Концепция утверждает приоритетность профилактики заболеваний, пропаганду здорового образа жизни и реализацию прав граждан на охрану здоровья.

Концепция социально-медицинского развития населения предусматривает осуществление комплекса мер организационного характера, совместных практических действий органов управления здравоохранением и местных исполнительных и распорядительных органов по обеспечению развития материально-технической базы здравоохранения и проведению социально значимых медицинских мероприятий.

#### **Тема 4. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

План:

1. Основные принципы охраны здоровья граждан.
2. Права граждан в области охраны здоровья.
3. Правовая база охраны здоровья граждан России.
4. Права граждан при оказании медико-социальной помощи населению.
5. Права отдельных групп населения на оказание медико-социальной помощи.

##### **Ключевые вопросы темы:**

**Здоровье в правовом понимании** – это нематериальное благо как объект гражданских прав (ст.128 ГК РФ), принадлежащее гражданину от рождения, неотчуждаемое и непередаваемое иным способом, защищаемое законом (ст.150 ГК РФ). Право на этот объект не подлежит передаче другим лицам как неразрывно связанное с личностью (ст.383 ГК РФ). Из такого понимания категории здоровья исходит суд.

В силу несформированности отправных начал в законодательстве в сфере охраны здоровья и отсутствия единства в понимании значения фундаментальных категорий законы, призванные упорядочивать отношения в этой сфере, дезорганизуют их и затрудняют правоприменение.

Практика законодательства в сфере охраны здоровья продолжает в традициях предшествующего периода преследовать цели монументализма, стремясь создавать всеобъемлющие законы, охватывающие и гражданско-правовые, и бюджетные, и административные и прочие публично-правовые аспекты. Примером тому служит законопроект «О здравоохранении в Российской Федерации». Между тем практика законодательства зарубежных стран идет по пути создания целевых законов, совокупность которых формирует массив соответствующей отрасли законодательства, что предопределяет и качество издаваемых законов.

В 1977 году Всемирная ассамблея здравоохранения, являющаяся высшим руководящим органом **Всемирной организации здравоохранения** (ВОЗ), определила, что главной социальной целью правительств и ВОЗ должно быть достижение всеми народами мира к 2000 году такого уровня здоровья, который позволит им вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни. Эта идея выражена в девизе: «Здоровье для всех к 2000 году!».

Европейское региональное бюро ВОЗ в 1985 г. опубликовало материалы «Задачи по достижению здоровья для всех», а в 1991 г. – краткие пересмотренные «задачи» по этой проблеме.

Итак, европейская политика охраны здоровья состоит из 38 задач и включает следующие разделы:

- будущее здравоохранения в Европе;
- достижение лучшего здоровья;
- здоровая окружающая среда;
- соответствующая медико-санитарная помощь;
- стратегия развития в целях достижения здоровья для всех.

**Основными задачами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан** являются:

1) определение ответственности и компетенции Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга по вопросам охраны здоровья граждан в соответствии с Федеративным договором, а также определение ответственности и компетенции органов местного самоуправления по вопросам охраны здоровья граждан;

2) правовое регулирование в области охраны здоровья граждан деятельности предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, а также государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;

3) определение прав граждан, отдельных групп населения в области охраны здоровья и установление гарантий их соблюдения;

4) определение профессиональных прав, обязанностей и ответственности медицинских и фармацевтических работников, установление гарантий их социальной защиты.

## **Тема 5. ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

### ***План:***

1. Заболеваемость населения (общая, госпитальная, с временной утратой трудоспособности, инфекционная, неэпидемиологическая, генетическая), тенденции заболеваемости.

2. Демография как наука о населении. Статика и динамика населения. Рождаемость, смертность, младенческая смертность, причины смерти. Роль социальных факторов в воспроизводстве населения.

3. Инвалидность. Причины. Критерии. Группы инвалидности. Организация медико-социальной экспертизы.

### **Ключевые вопросы темы:**

Основными критериями, характеризующими общественное здоровье, являются:

- медико-демографические (рождаемость, смертность, естественный прирост, младенческая смертность, частота рождения недоношенных детей, ожидаемая средняя продолжительность жизни);

- заболеваемость (общая, инфекционная, с временной утратой трудоспособности, по данным медицинских осмотров, основными неэпидемическими заболеваниями, госпитализированная);

- первичная инвалидность;

- показатели физического развития;
- показатели психического здоровья.

К **основным характеристикам здоровья населения** относятся: заболеваемость, рождаемость, смертность, инвалидность и пр.

**Заболевание** (*morbidity*) – нарушение здоровья, не вызванное травмой, при котором имеются объективные проявления, позволяющие установить диагноз.

**Заболеваемость** – число заболеваний конкретной нозологической формой по отношению к численности всего населения на данной территории или его отдельных категорий за определенный период времени, обычно за год; выражается числом случаев заболевания на 100000 человек.

Основными *видами заболеваемости населения* бывают следующие.

**1. Первичная заболеваемость** характеризует число вновь выявленных (зарегистрированных) в текущем году заболеваний. За единицу учета принято считать первое обращение к врачу в календарный год при условии данного заболевания. Диагнозы острых заболеваний регистрируются при каждом их новом возникновении. Хронические заболевания учитываются только 1 раз в году, причем обострения хронических заболеваний, как повторные заболевания в текущем году, не подлежат учету.

**2. Распространенность, болезненность, общая заболеваемость** характеризуют число всех имеющихся у населения болезней. **Болезненность** характеризуется суммированием заболеваемости по обращаемости и заболеваемости по результатам целевых, профилактических и углубленных медицинских осмотров.

Кроме этого, существуют и другие виды заболеваемости, такие как: **инфекционная неэпидемическая заболеваемость** (злокачественные новообразования, туберкулез и др.), **госпитализированная заболеваемость с временной утратой трудоспособности** (ЗВУТ), **заболеваемость со стойкой утратой трудоспособности и профессиональная заболеваемость**.

Уровень общей заболеваемости определяется влиянием различных факторов. Наиболее значимыми являются возрастно-половой и профессиональный состав, место жительства (город, село. Крайний Север, аридная зона), семейно-бытовые и экономические факторы, образ жизни, качество и доступность медицинской помощи, включая медицинскую активность.

Отсюда и различная структура заболеваемости. Например, у городского населения России *структура заболеваемости выглядит* так:

- 1) болезни органов дыхания;
- 2) болезни системы кровообращения;
- 3) заболевания нервной системы и органов чувств;
- 4) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- 5) болезни органов пищеварения.

У сельских жителей (по ранговым тестам) *структура заболеваемости* совсем иная:

- 1) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- 2) болезни органов дыхания;
- 3) болезни системы кровообращения;
- 4) болезни нервной системы и органов чувств;
- 5) психические расстройства.

Только социальная медицина, рассматривающая рождаемость, доживаемость, смертность с качественной стороны, в состоянии оценивать и прогнозировать истинное положение дел в обществе. Вот пример, который пока еще не осмыслен ни социологами, ни социальными психологами, ни клиницистами. Можно придерживаться каких угодно взглядов на моральные качества человека — любая дефиниция здесь, как известно, будет абстрактна и потребует особого контекста для ее осмысления.

**Инвалидность** – 1) ограничения возможностях, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют человеку быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества (Рекомендации к реабилитационным программам Парламентской сессии Ассамблеи Совета Европы, 5.05.1992 г.);

2) стойкое нарушение функций организм в результате заболевания, травм или дефектов, ведущее к ограничению или потере двигательной активности и способности к самообслуживанию (словарь по социальной работе).

**Инвалид** – лицо, имеющее инвалидность, т.е. стойкое нарушение функций организма в результате заболевания, травм или дефектов, ведущее к ограничению или потере двигательной активности и способности к самообслуживанию.

Социальное положение инвалидов в современном обществе можно охарактеризовать через имеющиеся социальные проблемы или принадлежность к группе риска.

Как следует из определения, **основная проблема инвалидности** – ограничение в возможностях вследствие наличия физических, психологических, социальных, культурных, законодательных и иных барьеров, обусловленных самим фактом инвалидности.

**Лицо, ограниченное в возможностях** – любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и (или) социальной жизни в силу недостатка его (или ее) физических или умственных возможностей.

**Другие проблемы** могут рассматриваться как следствие ограничения в возможностях или как сопутствующие проблемы:

- медицинские (состояние здоровья);
- педагогические (получение образования, социализация);
- социокультурные (организация досуга, следование традициям);
- коммуникативные (барьеры общения);
- политико-правовые (соблюдение прав, законодательные льготы и их выполнение);
- социальные (социальная защита, обеспечение равных прав и возможностей в трудоустройстве и других сферах жизнедеятельности);
- др.

Проблемы инвалидности можно дифференцировать и иным способом, например, через имеющиеся **барьеры**:

- физические ограничения;
- трудовая сегрегация (изоляция);
- малообеспеченность;
- пространственно-средовые ограничения;
- информационные барьеры;
- эмоциональные барьеры;
- коммуникативные барьеры и др.

Ограничение жизнедеятельности лица может выражаться в полной или частичной утрате им способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью.

Вызывает тревогу и то, что, по информации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, ежегодно в нашей стране рождается 50 000 детей, которые признаны инвалидами с детства. Причин для этого много, главными являются: ухудшение условий жизни, которые губительно начинают действовать уже в период развития плода; ухудшение условий труда женщин; отсутствие условий и культуры здорового образа жизни; высокий уровень заболеваемости родителей и другие.

Некоторые формы наследственной патологии, родовые травмы, перенесенные в детстве, также могут явиться причиной того, что ребенок раннего возраста, еще не прошедший важнейших этапов социализации, оказывается инвалидом. Конкретный дефект накладывает специфический отпечаток на формирование познавательных процессов личности ребенка.

**Инвалидность у детей** – значительное ограничение жизнедеятельности, приводящее к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем.

**Ограничение возможностей детей** – процесс, в котором нарушение телосложения, функций организма или условий окружающей среды делают затрудненной или невозможной деятельность ребенка или функционирование его органов. В качестве причины ограниченных возможностей может выступать неприспособленность окружающей среды для социализации (например, недостаток или несовершенство образовательных программ; медицинских и социальных услуг, необходимых детям и т.п.).

Дети с ограниченными возможностями имеют функциональные ограничения в результате заболевания, отклонений или недостатков развития состояния, внешности, вследствие неприспособленности внешней среды к их особым нуждам, из-за негативных стереотипов, предрассудков в отношении общества к инвалидам.

*Показанием для определения инвалидности у детей* являются патологические состояния, возникающие при врожденных, наследственных и приобретенных заболеваниях, а также после травм. Вопрос об установлении инвалидности рассматривается после проведения диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

*Инвалидность ребенка* означает необходимость предоставления социальной защиты или помощи, объем, и структура которых определяются в виде индивидуальной программы реабилитации с учетом комплекса медицинских, личностно-психологических, социально-педагогических факторов. При этом учитываются: характер заболевания, возраст, степень нарушения функций, состояние компенсаторных механизмов, прогноз течения заболевания, возможность социальной адаптации и удовлетворения потребности в различных видах и формах социального обеспечения. Краткость освидетельствования детей зависит от прогнозируемой динамики их способностей к обучению, общению, передвижению, ориентации, самообслуживанию, контролю за своим поведением, трудовой деятельности, на основании анализа состояния и прогноза их здоровья.

## **РАЗДЕЛ II. ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

### ***Тема 6. СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ***

#### **План:**

1. Понятие «система здравоохранения». Управление здравоохранением. Источники финансирования здравоохранения в РФ. Номенклатура лечебно-профилактических учреждений.
2. Поликлиника. Стационар. Состояние здоровья женщин и детей.
3. Особенности организации медицинской помощи женщинам и детям

#### **Ключевые вопросы темы:**

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

Государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией Российской Федерации и иными законодательными актами Российской Федерации, Конституциями и иными законодательными актами республик в составе Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации.

Основными **принципами охраны здоровья граждан** являются:

- 1) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
- 3) доступность медико-социальной помощи;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Организация охраны здоровья граждан в РФ включает следующих субъектов.

**Государственная Дума и Федеральное собрание Российской Федерации** – определяют основные направления федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан, принимают законодательные акты и утверждают федеральные программы по вопросам охраны здоровья граждан; утверждают бюджет Российской Федерации, в том числе в части расходов на здравоохранение и социальную защиту, и контролируют его исполнение.

**Президент Российской Федерации** – руководит реализацией федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан, не реже одного раза в год представляет Палатам Законодательного собрания Российской Федерации доклад о государственной политике в области охраны здоровья граждан и состоянии здоровья населения Российской Федерации.

**Правительство Российской Федерации** осуществляет федеральную государственную политику в области охраны здоровья граждан, разрабатывает, утверждает и финансирует федеральные программы по развитию здравоохранения; в пределах, предусмотренных законодательством, координирует в области охраны здоровья граждан деятельность органов государственного управления, а также предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности.

**Источниками финансирования охраны здоровья граждан** являются:

- 1) средства бюджетов всех уровней;
- 2) средства, направляемые на обязательное и добровольное медицинское страхование в соответствии с Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»;
- 3) средства целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан;
- 4) средства государственных и муниципальных предприятий, организаций и других хозяйствующих субъектов, общественных объединений;
- 5) доходы от ценных бумаг;
- 6) кредиты банков и других кредиторов;
- 7) безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования;
- 8) иные источники, не запрещенные законодательством Российской Федерации.

Деятельность учреждений частной системы здравоохранения осуществляется в соответствии с Основами, другими актами законодательства Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, нормативными актами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации,

министерств здравоохранения республик в составе Российской Федерации и органов местного самоуправления.

## **Тема 7. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ КАК ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЙ ПРИНЦИП ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

### **План:**

1. Виды профилактики: первичная, вторичная, третичная. Индивидуальная и общественная профилактика.
2. Профилактическая направленность медико-социальной работы.
3. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения как государственная задача.
4. Санитарное законодательство.

### **Ключевые вопросы темы:**

Профилактика – составная часть медицины. Профилактика, будучи важным средством предотвращения развития каких-либо негативных процессов и явлений (в т.ч. заболеваний и иных нарушений функций организма), позволяет с меньшими функциональными затратами снять остроту проблемы и повернуть процесс в более благоприятное русло.

**Профилактика** - от греч. *Prophylaktikos* = *предохранительный* - система государственных, социальных, гигиенических и медицинских мер, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждение болезней.

Обычно под **профилактикой** понимают научно обоснованные и своевременно предпринимаемые действия, направленные на:

- предотвращение возможных физических, психологических или социокультурных коллизий у отдельных индивидов и групп риска;
- сохранение, поддержание и защиту нормального уровня жизни и здоровья людей;
- содействие им в достижении поставленных целей и раскрытии их внутреннего потенциала.

**Социальная профилактика** — это научно обоснованное и своевременно предпринимаемое воздействие на социальный объект с целью сохранения его функционального состояния и предотвращения возможных негативных процессов в его жизнедеятельности.

Социальная профилактика создает предпосылки для процесса нормальной социализации личности, основывающегося на приоритете принципов законности и морали. Этим самым закладывается фундамент благополучия в семьях и социальной стабильности общества в целом. В этой связи нельзя не согласиться с точкой зрения авторов «Российского энциклопедического словаря по социальной работе», что в профилактике нуждается все население. Однако есть и приоритетные направления ее применения, имеются категории населения, нуждающиеся в ней в большей мере. К таким социальным группам можно отнести детей, подростков, инвалидов, пожилых, лиц, отличающихся антисоциальным образом жизни, а также испытывающих временные трудности, и др. С учетом социального положения, статуса данных категорий населения, потребностей общества в предотвращении многих социальных проблем и строится профилактическая работа.

При планировании социальной профилактики необходимо руководствоваться следующими **принципами**:

а) *принцип директивности*, состоящий в обязательности и своевременности исполнения в полном объеме мероприятий, предусмотренных комплексным планом социальной профилактики;

б) *принцип системности*, означающий как всесторонность воздействия взаимосвязанного комплекса экономических, социально-культурных, демографических и иных мер на всю жизнь систему факторов, обуславливающих различного рода деяния, так и

согласованность деятельности субъектов профилактики в процессе разработки и реализации комплексного плана социальной профилактики;

в) *принцип корректности*, требующий включения в комплексный план социальной профилактики определенных, четко и ясно сформулированных мероприятий, сроков выполнения и органов, организаций и лиц, ответственных за их реализацию;

г) *принцип реальности*, предполагающий включение в комплексный план социальной профилактики таких мероприятий, для реализации которых имеются необходимые материальные, технические, финансовые, кадровые и иные ресурсы;

д) *принцип законченности*, обязывающий включить в комплексный план социальной профилактики такие мероприятия, а так же пути и средства их осуществления, которые полностью соответствуют требованиям действующего законодательства.

Мероприятия по предупреждению и ликвидации различных социальных отклонений, социальных пороков и т.д. базируются на комплексных гигиенических, биологических, психологических, социальных исследованиях уровня и условий жизни населения.

### **Тема 8. ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

*План:*

1. *Здоровый образ жизни как основа индивидуальной профилактики.*
2. *Понятие и сущность ЗОЖ.*
3. *Основы формирования ЗОЖ.*

#### **Ключевые вопросы темы:**

Социально-гигиенические, эпидемиологические, клинко-социальные и другие исследования убедительно доказали, что здоровье человека, в первую очередь, зависит от здорового образа жизни (ЗОЖ) каждого из них.

По данным известных отечественных ученых Ю.П. Лисицына, Ю.М. Комарова и многочисленных зарубежных авторов, ЗОЖ формирует здоровье и занимает примерно 50–55% удельного веса всех факторов, обуславливающих здоровье населения.

К другим факторам, непосредственно влияющим на здоровье, относятся:

- экология (влияние внешней среды) – 20–25%;
- наследственность – 20%;
- здравоохранение – 10%.

Существуют и другие различные модели, где скрупулезно показано отрицательное влияние тех или иных факторов на здоровье человека. О неблагоприятном воздействии загрязнения окружающей среды на состояние здоровья человека Вам придется слышать и читать в различных источниках, в том числе на лекциях по экологии.

Пути формирования ЗОЖ вытекают из его функциональной структуры, а «открывашкой» – ключом, как правило, является медицинская активность, т.е. деятельность личности, направленная на охрану, укрепление, воспроизводство здоровья или, как подчеркивает академик Лисицын Ю.П., – «медицинскую активность со знаком плюс».

Как же трактуется понятие медицинской активности, а вместе с ней и понятие «высокая и низкая медицинская активность»?

Итак, **медицинская активность** – это наиболее характерная, типичная для определенного исторического периода деятельность (активность) людей по отношению к своему (личному, персональному) и других людей (общественному) здоровью.

**Медицинская активность** – это область гигиенического, медицинского обучения, воспитания, образования, медицинской информированности, психологической установки в отношении здоровья. Она включает:

- 1) посещение медицинских учреждений, выполнение медицинских советов, предписаний;
- 2) поведение при лечении, профилактике, реабилитации, в т.ч. самолечении, других медицинских мерах;

3) участие в охране и улучшении здоровья населения, забота о здоровье других (профилактика, лечение, работа медицинских учреждений и др.);

4) преодоление вредных привычек, традиций, обычаев, т.е. целенаправленная деятельность человека по формированию **здорового образа жизни**.

По этим понятиям судят о медицинской информированности и, прежде всего, соблюдении гигиенических норм не только индивидуума, но и семьи. Поэтому для педагога, как интеллигента и носителя всего нового и передового, высокая медицинская активность в жизни является потребностью и необходимостью на весь период жизни. Несоблюдение перечисленных условий относится к низкой медицинской активности, а значит, является фактором риска.

## **Тема 9. МЕТОДЫ И СРЕДСТВА ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ**

### **План:**

1. Определение санитарного просвещения.
2. Методы и средства пропаганды в санитарном просвещении (устной, печатной, изобразительной пропаганды).

### **Ключевые вопросы темы:**

Гигиенические знания в пропаганде ЗОЖ влияют на сроки выздоровления, эффективность долечивания, восстановления трудоспособности, предупреждение обострений заболеваний и появление самих заболеваний.

Наряду с проблемой табакокурения, пьянства, алкоголизма, туберкулеза, СПИДа остро стоит проблема сохранения зрения. В этих условиях роль санитарно-просветительной работы неоспорима. Однако в практическом здравоохранении эта работа ведется крайне недостаточно, а часто вообще не осуществляется.

Крайне негативные тенденции в состоянии здоровья населения в значительной степени являются следствием резкого увеличения количества курящего населения, особенно среди подростков, молодых людей в возрасте 30-39 лет, обострившейся проблемы алкоголизма, наркомании и токсикомании, уменьшения числа лиц, занимающихся физкультурой и спортом, нерационального питания и, как следствие этого, наличие избыточного веса у значительной части населения.

За последнее десятилетие резко обострилась проблема психического здоровья. В настоящее время более 70% взрослого населения испытывает состояние хронического психологического стресса. Все это требует целенаправленного проведения профилактических мероприятий, к важнейшим из которых относится гигиеническое обучение и воспитание населения с целью формирования здорового образа жизни, в том числе расширения и совершенствования психотерапевтической и психопрофилактической помощи.

Мировой опыт свидетельствует о высокой эффективности этой профилактической деятельности.

В настоящее время в Российской Федерации гигиеническое обучение и воспитание населения осуществляют 267 республиканских, краевых, областных и городских центров медицинской профилактики и 60 соответствующих отделений (кабинетов) в лечебно-профилактических учреждениях, а научно-методическое обеспечение – Федеральный НИИ медицинских проблем формирования здоровья и Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины.

Работа по гигиеническому обучению и воспитанию населения, как правило, полностью возлагается на центры медицинской профилактики, которые, в ущерб организационно-методической и координационной деятельности, подменяют работу специалистов и учреждений здравоохранения, санитарно-эпидемиологической службы.

В лечебно-профилактических учреждениях сельских районов полностью или частично упразднены должности врачебного и среднего медицинского персонала,

занимающегося вопросами профилактики заболеваний, гигиенического обучения и воспитания.

Сложившаяся система пропаганды медико-гигиенических знаний не отвечает современным требованиям, так как не предусматривает вовлечение для этих целей заинтересованных организаций и учреждений, прежде всего образования, культуры, экологических служб, общественных и религиозных организаций, средств массовой информации.

## **Тема 10. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

### **План:**

1. Понятие санитарно-гигиенического мониторинга.
2. Нормативно-правовое обеспечение мониторинга состояния здоровья населения.
3. Принципы осуществления мониторинговых исследований.

### **Ключевые вопросы темы:**

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения является одним из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную среду обитания.

Важнейшим инструментом Федеральной службы по защите прав потребителей и благополучия человека Российской Федерации, базой для принятия научно обоснованных решений в области охраны здоровья населения, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, то есть состояния здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности, является **социально-гигиенический мониторинг** – государственная система наблюдения, анализа, оценки и прогноза состояния здоровья населения и среды обитания человека.

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 2 февраля 2006 года, утвердившим **«Положение о проведении социально-гигиенического мониторинга»**, которое устанавливает порядок проведения социально-гигиенического мониторинга на территории Российской Федерации в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, целью социально-гигиенического мониторинга является гигиеническая оценка (диагностика факторов среды обитания и здоровья населения), выявление причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания человека на основе системного анализа и оценки риска для здоровья населения, установления причин и выявления условий возникновения и распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), то есть, в конечном счете, целью социально-гигиенического мониторинга является обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Особенно заметна взаимосвязь государственного санитарно-эпидемиологического надзора и социально-гигиенического мониторинга на региональном и местном уровнях управления санитарно-эпидемиологическим благополучием населения, где формируются первичные информационные ресурсы о факторах среды обитания и показателях состояния здоровья населения, осуществляется государственный санитарно-эпидемиологический надзор за конкретными объектами среды обитания и жизнеобеспечения, санитарно-эпидемиологическое состояние которых может оказывать реальное влияние на санитарно-эпидемиологическую обстановку.

**Основными задачами социально-гигиенического мониторинга** являются:

– гигиеническая оценка (диагностика) факторов среды обитания и здоровья населения,

- выявление причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания человека на основе системного анализа и оценки риска для здоровья населения,
- установление причин и выявление условий возникновения и распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений),
- подготовка предложений для принятия федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления необходимых мер по устранению выявленных вредных воздействий факторов среды обитания человека в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения,
- формирование федерального информационного фонда (информационных ресурсов в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения),
- обеспечение межведомственной координации деятельности по ведению мониторинга в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

**Показатели социально-гигиенического мониторинга** сгруппированы двум по блокам, характеризующим состояние здоровья населения и среды обитания (рис. 1).

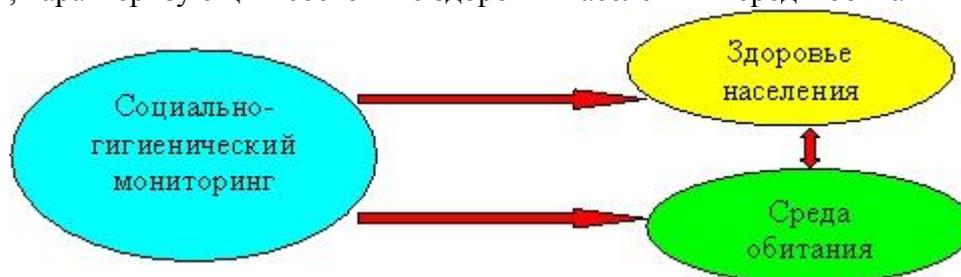


Рисунок 1. Схема структуры социально-гигиенического мониторинга

Социально-гигиенический мониторинг базируется на применении системного подхода, при этом его системность обеспечивается, с одной стороны, путем интеграции в единое информационное пространство, а с другой - взаимной согласованностью входящих в него элементов - подсистем.

Ведение социально-гигиенического мониторинга проводится на федеральном уровне, уровне субъектов Российской Федерации и возложено на органы и учреждения Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Российской Федерации совместно с другими федеральными органами исполнительной власти, уполномоченными осуществлять санитарно-эпидемиологический надзор.

В концепцию создания социально-гигиенического мониторинга заложены следующие **принципы**:

- комплексность и полнота (система должна обеспечивать решение всех задач с учетом уровней социально-гигиенического мониторинга, функциональной направленности и их взаимодействия),
- развитие (система предусматривает возможность дальнейшего функционального развития),
- реалистичность (социально-гигиенического мониторинга создается с учетом сложившихся потоков регламентированной информации с учетом уровней управления, состава и содержания существующих информационных массивов),
- эффективность (система должна обеспечивать необходимую достоверность, актуальность и низкую стоимость хранения и обработки информации),
- технологичность (формирование входных (первичных) документов должно осуществляться по принципу совмещения процесса фиксации и изготовления машинно-ориентированных документов),

- однократность ввода информации в систему и многократность ее использования всеми заинтересованными пользователями,
- достоверность (для каждого элемента информации должны быть однозначно установлены источники и определена персональная ответственность за достоверность, современность и точность представляемых данных, разработаны правила сбора, фиксации, хранения, обработке и передачи данных, включающие возможность ошибок внесения произвольных изменений и искажений),
- современность (информация, представляемая системой должностным лицам, должна обеспечивать оперативное, своевременное и качественное принятие управленческих решений),
- защищенность информации (информация, хранимая в базах данных СГМ, должна быть надежно защищена от несанкционированного доступа),
- типизация (элементы информационного обеспечения должны быть типизированы и унифицированы как по составу, так и по структуре).

**Функциями** социально-гигиенического мониторинга являются:

- выявление и систематизация источников загрязнения среды обитания (объектов, процессов, химических веществ и т.д.), определяющих их вредное воздействие на здоровье населения, природные комплексы и инфраструктуру населенных мест,
- установление и контроль предельно допустимых нормативов вредного воздействия, обеспечивающих безопасные и благоприятные условия среды обитания,
- разработка, планирование и организация практической реализации мер по предупреждению, сокращению и ликвидации последствий вредного воздействия факторов среды обитания.
- мониторинг, надзор и контроль за реализацией принятых мер и их эффективностью.

Проведение социально-гигиенического мониторинга обеспечивает:

- установление факторов, оказывающих вредное воздействие на человека, и их оценку;
- прогнозирование состояния здоровья населения и среды обитания человека;
- определение неотложных и долгосрочных мероприятий по предупреждению и устранению воздействия вредных факторов среды обитания человека на здоровье населения;
- разработку предложений для принятия решений в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- информирование органов государственной власти, органов местного самоуправления, организаций и населения о результатах, полученных при проведении мониторинга.

### **3. Методические указания и рекомендации**

#### **3.1 Методические указания для преподавателя**

Дисциплина «Социальное здоровье общества» является базовой при социального педагога. От уровня ее усвоения во многом зависит успешность дальнейшего обучения студента и качество усвоения других, более узких, специализированных дисциплин.

Изучение данной дисциплины проходит на лекционных и семинарских занятиях. Значительную роль играет самостоятельная работа студентов с рекомендованной основной и дополнительной литературой.

При проведении лекций по данной дисциплине целесообразно использовать элементы беседы. Независимо от темы, в начале пары желательно предложить студентам дать собственное определение рассматриваемого феномена, поделиться информацией. Это поможет студентам более осознанно воспринимать лекционный материал и облегчит процесс включению теории в повседневную жизнь и будущую профессиональную деятельность. Кроме того, возможно дополнять лекционный материал кратким изложением (или наиболее яркими эпизодами) биографии философов и ученых, занимавшихся

исследованием той или иной темы. Подобные «отступления» повышают интерес студентов к изучаемой дисциплине и способствуют более полному усвоению материала.

На семинарских занятиях целесообразно основное внимание сконцентрировать на наиболее сложных для понимания студентов вопросах социального здоровья общества, а так же на ярких примерах научного поиска и творчества выдающихся ученых в области социальной медицины. Темы семинарских занятий, перечень вопросов для подготовки к каждому из них, а так же задания для самостоятельной работы сообщаются студентам на первом занятии по дисциплине. После проведения каждого семинара преподавателю необходимо довести до сведения студентов свои оценочные суждения, замечания и рекомендации.

Текущий контроль по дисциплине осуществляется преимущественно на семинарских занятиях. Он предусматривает проведение кратких письменных работ либо проверку письменных домашних заданий. Формы контроля по каждой из тем отражены в разделе 1.4 «Структура и содержание дисциплины». Если в ходе занятия планируется проведение письменного контроля знаний студентов, то об этом необходимо предупредить группу заранее, сориентировать по кругу проверяемых вопросов. Итоги проверки знаний сообщаются студентам на следующем семинарском занятии.

Кроме того, необходимо регулярно осуществлять проверку выполнения студентами заданий для самостоятельной работы. Задания выполняются студентами письменно в тетради для семинарских занятий либо в специальной тетради для самостоятельной работы. О сроках сдачи тетрадей на проверку студенты должны извещаться заблаговременно.

Итоговый контроль в первом и втором семестрах осуществляется в форме экзамена, в третьем – в форме коллоквиума и курсовой работы. При проведении итоговой формы контроля преподавателю следует учитывать характер работы каждого студента в течение всего семестра.

#### **Методические указания к семинарским занятиям**

Семинарские занятия предназначены для уточнения, более глубокой проработки и закрепления знаний, полученных на лекциях. Кроме того, на семинар могут быть вынесены вопросы, не затронутые лектором. Как правило, это вопросы, касающиеся направленные на расширение исторического контекста, касающиеся биографий ученых и тому подобное. Информация подобного характера позволяет лучше усвоить развития рассматриваемого феномена в филогенезе и онтогенезе, а так же вспомогательные компоненты, необходимые для более полного усвоения темы.

При подготовке к семинарам желательно соблюдать следующую последовательность. Если тема семинара совпадает с темой лекции, необходимо в первую очередь внимательно прочитать конспект лекции. При чтении в конспекте выделяются (цветом, подчеркиванием и т.п.) основные смысловые блоки, ключевые термины, даты, фамилии ученых. Желательно постоянно пользоваться однотипной системой выделения – это облегчает последующую работу с текстом и запоминание информации. Как правило, лекция отражает основной смысл, «каркас» темы, и при подготовке к семинару его нужно просто дополнить.

Следующим этапом подготовки к семинару является работа с основной литературой. Как правило, к каждой теме указаны 2 – 3 основных книги (учебника или учебных пособия). При этом ни одна из них не содержит ответ на все вопросы семинара. Таким образом, для полного охвата темы необходимо работать одновременно с несколькими книгами. После прочтения материала желательно составить краткий конспект или план ответа на каждый вопрос. Конспектирование параллельно с чтением не является целесообразным: в этом случае затруднено выделение главной мысли, в конспекте оказывается много второстепенной информации. При конспектировании необходимо указывать источник, из которого взята та или иная информация.

Для более полного понимания изучаемого феномена необходимо ознакомиться с дополнительной литературой. Помимо книг, указанных после каждой темы, желательно обращаться к журналам и Интернет-ресурсам, перечисленным в разделе 1.9 «Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины». Кроме того, после краткого изложения каждой темы приведен список литературы для ее самостоятельного углубленного изучения. Работа с данной литературой не является обязательной и осуществляется по желанию студента. При работе с дополнительной литературой желательно делать краткие выписки, дополняющие основной конспект.

Таким образом, на подготовку одного вопроса семинара требуется не менее одного часа, а при работе с дополнительной литературой – порядка двух часов. При этом студент должен быть готов выступить по всем вопросам, отраженным в плане семинара.

При проведении семинаров по дисциплине «Социальное здоровье общества» могут использоваться различные формы: традиционный опрос, семинар-дискуссия, пресс-конференция и т.п. Более подробно данный вопрос раскрыт в разделе 5 «Интерактивные технологии и инновационные методы, используемые в образовательном процессе».

Далее приведены темы семинарских занятий, количество часов, отводимых на тему, и план занятий. Поскольку темы семинаров совпадают с темами лекций, список основной и дополнительной литературы приводится только после краткого изложения лекционного материала.

## **СЕМИНАРСКИЕ ЗАНЯТИЯ И РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА**

### **РАЗДЕЛ I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ**

#### **Тема 1. Предмет и задачи социальной медицины как отрасли современной науки**

##### **План семинара**

Категория «общественное здоровье». Общественное здоровье как предмет социальной медицины. Задачи социальной медицины. Субъекты общественного здоровья. Социальная медицина: взаимосвязь и взаимоотношения.

#### **Тема 2. Истоки социальной медицины. Становление основных понятий. Медицина и общество в контексте социальных процессов**

##### **План семинара**

Спартанский опыт решения проблем общественного здоровья. Идеи Гиппократа. Книга исцеления Ибн Сина (Авиценна). Карл Ясперс: от «Общей психопатологии» к философии и социальной медицине. «Социальная гигиена» А. Гротьяна и «советская гигиена» Н.А. Семашко. Первый институт социальной медицины. Национально-культурные особенности становления института социальной медицины в России.

#### **Тема 3. Концепция социально-медицинского развития населения**

##### **План семинара**

Социальная медицина в системе социальной работы. Концепция социального здоровья населения Российской Федерации.

#### **Тема 4. Правовые основы медико-социальной помощи населению**

##### **План семинара**

Основные принципы охраны здоровья граждан. Права граждан в области охраны здоровья. Правовая база охраны здоровья граждан России. Права граждан при оказании медико-социальной помощи населению. Права отдельных групп населения на оказание медико-социальной помощи.

#### **Тема 5. Основные характеристики здоровья населения**

##### **План семинара**

Заболеваемость населения (общая, госпитальная, с временной утратой трудоспособности, инфекционная, неэпидемиологическая, генетическая). тенденции заболеваемости. Демография как наука о населении. Статика и динамика населения.

Рождаемость, смертность, младенческая смертность, причины смерти. Роль социальных факторов в воспроизводстве населения.

Инвалидность. Причины. Критерии. Группы инвалидности. Организация медико-социальной экспертизы.

## **РАЗДЕЛ II. ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

### **Тема 6. Система здравоохранения в Российской Федерации**

#### **План семинара**

Понятие «система здравоохранения». Управление здравоохранением. Источники финансирования здравоохранения в РФ. Номенклатура лечебно-профилактических учреждений.

Поликлиника. Стационар. Состояние здоровья женщин и детей. Особенности организации медицинской помощи женщинам и детям

### **Тема 7. Профилактика заболеваний как основополагающий принцип охраны здоровья населения**

#### **План семинара**

Виды профилактики: первичная, вторичная, третичная. Индивидуальная и общественная профилактика. Профилактическая направленность медико-социальной работы.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения как государственная задача. Санитарное законодательство.

### **Тема 8. Формирование ЗОЖ**

#### **План семинара**

Здоровый образ жизни как основа индивидуальной профилактики. Понятие и сущность ЗОЖ. Основы формирования ЗОЖ.

### **Тема 9. Методы и средства гигиенического воспитания**

#### **План семинара**

Определение санитарного просвещения. Методы и средства пропаганды в санитарном просвещении (устной, печатной, изобразительной пропаганды).

### **Тема 10. Социально-гигиенические и эпидемиологические аспекты основных заболеваний населения**

#### **План семинара**

Заболевания сердечно-сосудистой системы: эпидемиология, медико-социальные аспекты. Профилактика.

Болезни органов дыхания: эпидемиология, медико-социальные аспекты.

Острые сосудистые заболевания головного мозга. Классификация. Эпидемиология. Основные подходы к профилактике.

Онкология. Медицинские и социальные аспекты онкологических заболеваний. Подходы к профилактике.

#### **4. Контроль знаний**

### **4.1. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ, ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ИТОГАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ И УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ**

Дисциплина «Социальное здоровье общества» направлена на повышение общей и психологической культуры будущего специалиста, формирование целостного представления о социальном здоровье общества, а также развитие умения самостоятельно мыслить, высказывать собственные мысли. Текущий контроль успеваемости осуществляется по двум направлениям: 1) Оценка устных ответов на практических занятиях по темам; 2) по факту

выполнения студентом письменных и творческих работ, тестирования; 4) написание и защита реферата.

Итоговая аттестация осуществляется в виде экзамена.

### **Примерная тематика рефератов**

1. Правовые основы здравоохранения.
2. Основные показатели здравоохранения Амурской области.
3. Основные показатели здравоохранения России.
4. Международное сотрудничество в области охраны здоровья населения. Деятельность ВОЗ.
5. Влияние физических, биологических и социальных факторов на индивидуальное и общественное здоровье.
6. Понятие о демографии и демографической политике, основные направления в разных странах.
7. Международная классификация болезней, травм и причин смерти, принципы построения, значение в практической деятельности врача.
8. Алкоголизм как медико-социальная проблема.
9. Наркомания и токсикомания как медико-социальная проблема.
10. Туберкулез как медико-социальная проблема.
11. Инфекции, передаваемые половым путем.
12. Современные проблемы ВИЧ-инфекции и СПИДа.
13. Медико-социальные аспекты онкологических заболеваний.
14. Медико-социальные аспекты болезней системы кровообращения.
15. Травматизм как медико-социальная проблема.
16. История развития профилактик в медицине и здравоохранении.
17. Здоровый образ жизни и его формирование.
18. Методы и средства гигиенического обучения.
19. Организация экспертизы стойкой утраты трудоспособности. Бюро МСЭ, структура, задачи.
20. Никотинизм и его профилактика.

### **Требования к написанию реферата**

1. Реферат по данному курсу является одним из методов организации самостоятельной работы студентов.
2. Темы рефератов являются дополнительным материалом для изучения дисциплины.
3. Реферат является допуском к зачету.
4. Реферат должен быть подготовлен согласно теме, предложенной преподавателем. Допускается самостоятельный выбор темы реферата, но по согласованию с преподавателем.
5. Объем реферата – 10-12 страниц формата А4.
6. Реферат должен иметь:
  - титульный лист, оформленный в соответствии с «Стандартом предприятия»;
  - содержание;
  - текст должен быть разбит на разделы в соответствии с содержанием;
  - заключение;
  - список литературы не менее 5 источников.
7. Обсуждение тем рефератов проводится на семинарских занятиях, по которым они распределены. Это является обязательным требованием. В случае непредставления реферата согласно установленного графика (без уважительной причины), студент обязан подготовить новый реферат.
8. Информация по реферату должна не превышать 10 минут. Выступающий должен подготовить краткие выводы по теме реферата для конспектирования студентами.

9. Сдача реферата преподавателю обязательна

## **МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ЗНАНИЙ (ПРОВЕРОЧНЫЕ ЗАДАНИЯ ПО КУРСУ)**

### **4.1. Входящий контроль**

**Инструкция:** Дайте развернутый ответ на поставленные вопросы.

1. Дайте определение понятию «здоровье»
2. Назовите основные виды здоровья.
3. Перечислите основные факторы, влияющие на состояние социального здоровья.

### **4.2. Текущий контроль (тестовые задания)**

**Инструкция:** Выберите один правильный, на ваш взгляд, из нижепредложенных ответов к вопросам.

#### **1. Социальное здоровье общества – это наука:**

- а) изучающая воздействие социальных условий на здоровье населения;
- б) изучающая воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения;
- в) воздействие социальных условий и факторов на здоровье населения.

#### **2. Наука – социальное здоровье общества изучает здоровье:**

- а) отдельных индивидуумов;
- б) отдельных коллективов и социальных групп населения;
- в) коллективов, социальных групп населения; здоровья общества в целом.

#### **3. Здоровье – это:**

- а) отсутствие болезней, физических дефектов, нарушения функций организма;
- б) состояние физического, духовного и социального благополучия;
- в) состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не полное отсутствие дефектов и физических дефектов.

#### **4. Здоровье населения характеризуются следующими показателями:**

- а) медико-демографическими; заболеваемости; индивидуальности; физического развития населения;
- б) заболеваемости и инвалидности;
- в) медико-демографическими и физического развития.

#### **5. Основными методами исследования в социальной медицине являются:**

- а) статистический; исторический; экономический;
- б) социологический; метод экспертных оценок;
- в) статистический; исторический; экономический; метод экспертных оценок; экспериментальный.

#### **6. Демография – наука о:**

- а) населении, о закономерности воспроизводства населения и их социально-экономической обусловленности;
- б) о народонаселении в его общественном развитии;
- в) о воспроизводстве населения.

#### **7. Статистическое изучение населения ведется в направлениях:**

- а) статика населения;
- б) динамика населения;
- в) статика и динамика населения.

#### **8. Состав населения изучается по ряду основных признаков:**

- а) распределение по полу и возрасту;
- б) распределение по социальной и профессиональной принадлежности;
- в) семейному положению, национальности, месту жительства.

#### **9. Динамика населения включает в себя изучение:**

- а) движение населения, изменения его количества, которое может происходить в результате механического, социального и естественного движения;

- б) изменения количества населения в результате миграции;
- в) изменения количества населения в результате естественного движения.

**10. К методам, позволяющим изучать демографические события, относят:**

- а) переписи населения;
- б) текущий учет ряда демографических явлений (рождение, смерть и т.д.);
- в) переписи населения; текущий учет ряда демографических явлений; выборочные исследования.

**11. Принципы переписи населения были разработаны:**

- а) Н.А. Семашко и З.П. Соловьевым;
- б) П.П. Семеновым-Тянь-Шанским;
- в) А.Ф. Серенко.

**12. Общий коэффициент рождаемости показывает:**

- а) число родившихся живыми за год на 1000 населения;
- б) число родившихся за год на 1000 населения;
- в) число родившихся за год на 10000 населения.

**13. Под общим показателем смертности понимается:**

- а) число умерших в течение года на 10000 населения;
- б) число умерших в течение года на 1000 населения;
- в) число умерших на 1000 населения.

**14. Заболеваемость или собственно заболеваемость – это:**

- а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных среди населения заболеваний;
- б) совокупность впервые в данном году выявленных среди населения заболеваний;
- в) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году выявленных среди населения заболеваний.

**15. Патологическая пораженность – это:**

- а) совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний;
- б) совокупность впервые в данном году выявленных заболеваний;
- в) заболеваемость по медицинским осмотрам.

**16. Инвалидность – это:**

- а) длительная или постоянная потеря трудоспособности вследствие значительного нарушения функций организма, вызванного хроническим заболеванием или травмой;
- б) длительная потеря трудоспособности, вызванная хроническим заболеванием;
- а) длительная потеря трудоспособности, вызванная травмой.

**17. Основными задачами учреждений МСЭ являются:**

- а) определение факта инвалидности, группы инвалидности, причин инвалидности и прогноза;
- б) разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов;
- в) все вышеперечисленное.

**18. К учреждениям первичной медико-социальной помощи относятся:**

- а) амбулаторно-поликлинические учреждения;
- б) женская консультация, учреждения родовспоможения;
- в) амбулаторно-поликлинические учреждения; женская консультация, учреждения родовспоможения; учреждения Госсанэпиднадзора; учреждения скорой и неотложной медицинской помощи.

**19. Назовите основные принципы организации амбулаторно-поликлинической помощи:**

- а) участковость; массовость; общедоступность;
- б) участковость; массовость; профилактическая направленность;
- в) участковость; массовость; профилактическая направленность; профессионализм врачей и среднего медперсонала.

## **20. Профилактика болезней – это:**

- а) предупреждение болезней, рецидивов болезней, осложнение болезней;
- б) устранение отрицательных факторов риска заболеваний и развитие положительных факторов, способствующих здоровью;
- в) совокупность научных знаний и практических навыков, социальных и медицинских мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья каждого человека, коллективов и отдельных групп, населения в целом, и на предотвращение неблагоприятных последствий для их здоровья.

### **4.1. Итоговый контроль**

#### **КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ на экзамене**

Итоговая экзаменационная оценка знаний студента осуществляется по пятибалльной системе. При этом учитываются: выполнение самостоятельной работы, участие студента в обсуждении тем семинарских занятий и раскрытие вопросов экзаменационного билета. Если студент не выполнил самостоятельную работу, то экзаменационная оценка понижается на один балл.

Оценка «отлично» - материал усвоен в полном объеме, изложен логично, сделаны выводы, самостоятельная работа выполнена.

Оценка «хорошо» - в усвоении материала имеются некоторые пробелы, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие.

Оценки «удовлетворительно» - не полные ответы на вопросы билета, затрудняется отвечать на дополнительные вопросы.

Оценка «неудовлетворительно» - самостоятельная работа не выполнена, ответы не раскрывают вопросы экзаменационных билетов.

#### **Вопросы к экзамену:**

Социальная медицина. Определение, предмет и задачи социальной медицины как отрасли современного научного знания.

История развития социальной медицины. Египет времен фараона Эпнатона.

Гиппократ и его время. Спартанский опыт решения проблем общественного здоровья.

Ибн Сина (Авицена).

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

«Социальная гигиена» А. Гротьяна и «советская гигиена» Н.А. Семашко.

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (основные положения).

Правовые основы здравоохранения. Современное законодательство в области охраны здоровья граждан.

Основные принципы охраны здоровья граждан в Российской Федерации.

Права граждан в области охраны здоровья и оказания медико-социальной помощи.

Права отдельных групп населения в области охраны здоровья.

Определение здоровья граждан и организация охраны их здоровья.

Права пациента в области охраны здоровья.

Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации.

Номенклатура учреждений здравоохранения в Российской Федерации.

Основные показатели здравоохранения Амурской области.

Международное сотрудничество в области охраны здоровья населения. Деятельность всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Современные модели здравоохранения.

Общественное здоровье: определение, основные показатели.

Общественное здоровье: методы изучения и анализа.

Влияние физических, биологических и социальных факторов на индивидуальное и общественное здоровье.

Понятие о демографии и демографической политике, основные направления в различных странах.

Демографическая статистика, содержание, показатели, значение для оценки здоровья населения.

Статика населения, методы изучения, значение для здравоохранения.

Динамика населения. Характеристика современных миграционных процессов, их значение для здравоохранения.

Естественное движение населения, основные показатели. Современные тенденции в России и других странах.

Рождаемость, основные показатели, способы вычисления и анализа; факторы определяющие ее уровни.

Смертность населения как социально-гигиеническая проблема, показатели, способы их вычисления и анализа, основные причины и пути снижения.

Показатели смертности детей. Младенческая смертность, способы расчета и анализа, основные причины и мероприятия по ее снижению.

Понятие о заболеваемости населения, ее основные виды.

Методы изучения заболеваемости, источники информации, значение в оценке состояния здоровья.

Показатели заболеваемости по данным обращаемости населения за медицинской помощью, способы их вычисления и анализа, регистрационные документы.

Заболеваемость по данным медицинских осмотров, методы изучения и анализа, формы учетной медицинской документации.

Заболеваемость по данным причинам смерти. Формы учетной медицинской документации.

Инфекционная заболеваемость, способы вычисления и анализа показателей, статистические документы.

Заболеваемость важнейшими неэпидемическими заболеваниями, особенности изучения, организация статистического учета и формы медицинской документации.

Госпитализированная заболеваемость, источники изучения, способы вычисления и анализа показателей.

Международная классификация болезней, травм и причин смерти, принципы построения, значение в практической деятельности врача.

Заболеваемость населения социально-значимыми болезнями и пути профилактики.

Алкоголизм как медико-социальная проблема.

Наркомания и токсикомания как медико-социальная проблема.

Туберкулез как медико-социальная проблема.

Инфекции, передаваемые половым путем. Современные проблемы ВИЧ-инфекции и СПИДа.

Медико-социальные аспекты онкологических заболеваний.

Медико-социальные аспекты болезней системы кровообращения.

Травматизм как медико-социальная проблема.

Первичная медико-санитарная помощь в системе охраны здоровья населения и перспективы ее развития.

Организация амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению. Типы учреждений, задачи.

Поликлиника, структура, задачи, основные принципы и организация работы.

Организация стационарной медицинской помощи населению. Городская больница, структура, задачи, роль в организации медицинской помощи.

Организация государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации.

Актуальность профилактического направления в здравоохранении.  
История развития профилактики в медицине и здравоохранении.  
Определение профилактики: первичная, вторичная, третичная. Задачи и основные характеристики.

Методы реализации первичной профилактики.

Методы реализации вторичной профилактики.

Методы реализации третичной профилактики.

Организационные основы профилактики.

Современные проблемы профилактики.

Образ жизни, определение, основные элементы.

Влияние образа жизни на здоровье населения.

Здоровый образ жизни и его формирование.

Методы и средства гигиенического воспитания и обучения населения.

Метод устной пропаганды.

Метод печатной пропаганды.

Метод изобразительной пропаганды.

Определение понятий «инвалид» и «инвалидность».

Причины инвалидности.

Определение понятий «здоровье» и «нарушение здоровья».

Определение понятий «Социальная защита», «Социальная помощь» и «Социальная поддержка».

Определение понятий «Ограничение жизнедеятельности» и «Социальная недостаточность».

Определение понятия «Специально созданные условия трудовой, бытовой и общественной деятельности».

Определение понятий «Профессия», «Специальность» и «Квалификация».

Виды нарушений основных функций человека.

Основные категории жизнедеятельности.

Виды нарушений функций организма по степени выраженности.

Классификация ограничений жизнедеятельности по степени выраженности.

Критерии определения первой группы инвалидности.

Критерии определения второй группы инвалидности.

Критерии определения третьей группы инвалидности.

Критерии для установления группы инвалидности без срока переосвидетельствования.

Порядок направления на медико-социальную экспертизу.

Порядок проведения медико-социальной экспертизы.

Основания для признания гражданина инвалидом.

Порядок переосвидетельствования инвалидов.

Определение понятий «Реабилитация инвалидов», «реабилитационный потенциал», «Реабилитационный прогноз».

Организация экспертизы стойкой утраты трудоспособности. Бюро МСЭ, структура, задачи.

Штатный состав бюро медико-социальной экспертизы общего профиля, задачи.

Штатный состав бюро медико-социальной экспертизы специального профиля, задачи.

Штатные нормативы главного бюро медико-социальной экспертизы и его задачи.

## **5 Интерактивные технологии и инновационные методы, используемые в образовательном процессе**

В процессе преподавания «Общие основы педагогики» могут быть использованы следующие образовательные технологии: лекции, лекции с элементами беседы, практические занятия, практические занятия с элементами тренинга, самостоятельная работа

студентов, реферат, курсовая работа. При проведении практических занятий активно используется работа в микрогруппах с последующим общим обсуждением, работа со специальной литературой, практическая апробация рассматриваемых приемов и рекомендаций. При изучении теоретического материала обязательно осуществляется его «привязка» к повседневной практике и будущей профессиональной деятельности студентов (реализуется через составление рекомендаций, памяток, приведение примеров самими студентами с последующим общим обсуждением и внесением корректив).

Объем занятий, проводимых в интерактивной форме, должен составлять не менее 20 % от аудиторных занятий (не менее 15 часов). Распределение занятий, проводимых в интерактивной форме, отражено в таблице.

№ п/п	Тема	Форма занятия	Трудовая нагрузка в часах
1	Предмет и задачи социальной медицины как отрасли современной науки	Лекция с элементами беседы Дискуссия «Проблемы социальной медицины»	4
2	Истоки социальной медицины. Становление основных понятий. Медицина и общество в контексте социальных процессов	Лекция с элементами беседы	2
3	К о н ц е п ц и я социально-медицинского развития населения.	Лекция с элементами беседы Семинар-дискуссия «Современное состояние социально-медицинского развития населения»	2
4	Правовые основы медико-социальной помощи населению	Лекция с элементами беседы Обсуждение первоисточников	2
5	Основные характеристики здоровья населения	Лекция с элементами беседы Изучение содержания и структуры здоровья населения (в микрогруппах)	4
6	Система здравоохранения в РФ	Лекция с элементами беседы Обсуждение первоисточников	2
7	Формирование ЗОЖ	Лекция с элементами беседы Моделирование различных уровней организации жизнедеятельности Обсуждение первоисточников	2
8	Методы и средства гигиенического воспитания	Лекция с элементами беседы Моделирование различных методов и средств гигиенического воспитания	4
9	Социально-гигиенические и эпидемиологические аспекты основных заболеваний населения	Лекция с элементами беседы Обсуждение первоисточников	2
		ИТОГО	24

