

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации**

Основы социально-медицинской работы

Учебное пособие

Уфа – 2012

УДК 616-058 – 082: 364 (07)
ББК 51.1 (2 Рос) + 65.272
О 75

Рецензенты:

О.М. Иванова – д. фил.н., профессор кафедры философии, педагогики и психологии БИФК

А.Ф. Амиров – д.пед.н., профессор, зав. кафедрой педагогики и психологии БГМУ

Основы социально-медицинской работы / сост.: Г.З. Нафикова, О.Г. Афанасьева. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО «Башгосмедуниверситет» Минздравсоцразвития России, 2012. – 90 с.

Издание является учебным пособием для усвоения и закрепления знаний студентов, содержит вопросы и ответы по самоподготовке к занятиям, список литературы. Рекомендуются для оптимизации самостоятельной работы и эффективного использования контрольно-обучающих методик освоения дисциплины «Содержание и методика социально-медицинской работы», стимулирующих активную деятельность.

Пособие предназначено для студентов 4 курса, обучающихся по специальности 040101.65 – «Социальная работа».

УДК 616-058 – 082: 364 (07)
ББК 51.1 (2 Рос) + 65.272

© ГБОУ ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет»
Минздравсоцразвития России, 2012

Оглавление

<i>Предисловие</i>	4-6
Тема № 1. <i>Социально-медицинская работа как вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности</i>	7-20
Тема № 2. <i>Конституция РФ и «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» как основополагающие законы, регламентирующие охрану здоровья населения</i>	21-25
Тема № 3. <i>Концепция социально-медицинской работы в Российской Федерации, ее нормативно-правовая база</i>	26-35
Тема № 4. <i>Здоровье и здоровый образ жизни как целевые параметры социально-медицинской работы</i>	36-62
Тема № 5. <i>Международные организации социально-медицинского профиля. Опыт социально-медицинской работы зарубежных стран</i>	63-67
Тема № 6. <i>Модель специалиста социальной работы, участвующего в оказании медико-социальной работы</i>	68-79
<i>Ситуационные задачи и тесты</i>	83-90

Предисловие

Дисциплина **«Содержание и методика социально-медицинской работы»** является обязательной при подготовке студентов, входит в цикл специальных дисциплин для подготовки студентов по специальности 040101.65 – «Социальная работа», так как профессиональная деятельность включает в себя решение многочисленных проблем медицинского характера, в первую очередь – оказания доврачебной помощи, транспортировки больных при неотложных состояниях, правил ухода за больными с различными заболеваниями; методику технологий социально-медицинской работы.

Для облегчения подготовки к практическим и семинарским занятиям по данной дисциплине преподавателями кафедры философии и социально-гуманитарных дисциплин доцентом, к.ф.н. Нафиковой Г.З. и старшим преподавателем, к.ф.н. Афанасьевой О.Г. была подготовлена серия учебных пособий, отражающая специфику социально-медицинской работы.

Учебное пособие **«Основы социально-медицинской работы»** призвано дать теоретическое представление об основах социально-медицинской работы и ее нормативно-правовой базы; ее целей, объектов; формирование профессиональных и духовно-нравственных качеств, таких как милосердие, сострадание, ответственность; использование в медико-социальной работе социологических, социально-психологических, правовых, медицинских и других методов и знаний; формировать необходимый объем знаний о содержании и методике технологий такой работы в различных учреждениях и организациях; научить студентов применять полученные знания в научно-исследовательской и практической деятельности.

Учебное пособие разработано в соответствии с требованиями Госстандарта высшего профессионального образования III поколения обучению студентов специальности 040101.65 – Социальная работа.

Практическая часть курса посвящена организации социально-медицинской работы в Республике Башкортостан и предполагает непосредственное знакомство с ее содержанием и методикой в учреждениях здравоохранения и немедицинских организациях города Уфы.

В основе дисциплины лежат такие науки, как анатомия, физиология, основы медицинских знаний, уход за больными, медицинская этика и деонтология, основы права.

Медико-социальная работа – это новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленный на восстановление, сохранение и укрепление здоровья. Она принципиально изменяет комплексную помощь в сфере охраны здоровья, так как предполагает осуществление системных медико-социальных воздействий на более ранних этапах развития болезненных процессов и социальной дезадаптации, потенциально ведущих к тяжелым осложнениям, инвалидизации и

летальному исходу. Таким образом, медико-социальная работа приобретает не только выраженную реабилитационную, но и профилактическую направленность.

I. Цели и задачи дисциплины

Целью учебного курса является:

- дать теоретические представления об основах социально-медицинской работы и ее нормативно-правовой базы;
- сформировать необходимый объем знаний о содержании и методике технологий такой работы в различных учреждениях и организациях;
- научить студентов применять полученные знания в научно-исследовательской и практической деятельности.

Предметные цели обучения

Изучение учебной дисциплины направлено на усвоение студентами:

- роли, места и видов социально-медицинской работы с различными группами населения;
- основных понятий и объектов социально-медицинской работы;
- функциональных обязанностей социального работника медицинского учреждения;
- концепции социально-медицинской работы в РФ;
- нормативно-правовой базы оказания социально-медицинской помощи населению;
- содержания и методики технологий социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения;
- содержания и методики технологий социально-медицинской работы в немедицинских организациях;
- организации социально-медицинской работы за рубежом.

Задачи, решаемые в ходе преподавания данного курса, направлены на:

- овладение студентами содержанием и методикой, а также нормативно-правовой базой социально-медицинской работы, ее целей, объектов;
- формирование профессиональных и духовно-нравственных качеств таких как милосердие, сострадание, ответственность;
- использование в медико-социальной работе социологических, социально-психологических, правовых, медицинских и других методов и знаний;
- применение полученных знаний в производственной практике, выборе специализации;

- использование различных технологий социально-медицинской работы в будущей профессиональной деятельности.

Студент, изучивший дисциплину ***должен уметь:***

- провести обследование с целью выявления медико-социальных проблем клиента (расспрос, осмотр, ознакомление с документами, окружение клиента и др.);
- выявить медико-социальные проблемы клиента и наметить пути их решения;
- сформировать системы действия по их решению и осуществить процесс медико-социальной работы;
- провести анализ полученных результатов и, в случае необходимости коррекцию проведенной работы.

Студент, изучивший дисциплину ***должен владеть навыками:***

- оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях, транспортировке больных;
- осуществления ухода за больными с различными заболеваниями (физическими, психологическими, социальными и др.);
- информирования клиентов медико-социальной помощи; совместно с органами здравоохранения формированию ЗОЖ.

Исходный уровень знаний студентов:

анатомия, физиология, основы медицинских знаний, уход за больными, медицинская этика и деонтология, основы права; основы социальной медицины.

Тема № 1. Социально-медицинская работа как вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности

- 1. Определение медико-социальной работы как вида профессиональной деятельности.**
- 2. Понятия и задачи медико-социальной помощи отдельным категориям населения.**
- 3. Принципы деятельности медико-социальной работы.**
- 4. Место среди смежных видов деятельности.**
- 5. Основные направления.**

1. Определение медико-социальной работы как вида профессиональной деятельности

Дайте обоснование медико-социальной работы.

Кризисное положение общества настоятельно требует преодоления общего состояния дезадаптации личности, социального одиночества, усугубляющих течение как острых, так и хронических заболеваний, патологических состояний, формирующих дополнительные сложности в осуществлении лечебно-профилактических мероприятий в условиях резкого снижения здравоохранительного и социального потенциала семьи, личности, общества в целом.

В этой связи возникла целесообразность обоснования медико-социальной работы как современной стратегии медико-социальной помощи населению РФ. Обоснованием медико-социальной работы явились:

1. Материалы ООН о значимости развития социальной политики с участием здравоохранительных учреждений.
2. Стратегия ВОЗ в целях достижения «здоровья для всех к 2000 году», обосновывающая важность интеграции медицинской и социальной деятельности в этом направлении.
3. Результаты отечественных комплексных научных исследований проблем здоровья и образа жизни, раскрывающих методологические и методические основы изучения здоровья населения.
4. Современные подходы к реформированию здравоохранения в РФ, позволяющие создать правовой механизм ответственности и заинтересованности за состояние здоровья населения со стороны государства и гражданина, лечебно-профилактического учреждения.
5. Исторические корни благотворительности и милосердия в России, позволяющие рассматривать их как этапы становления и основу отечественной медико-социальной работы. Необходимость учета зарубежного опыта профессиональной социальной работы.

Схема 1. Обоснование медико-социальной работы



Чем отличается понятие «медико-социальная помощь» от «медико-социальной работы»?

«Медико-социальная работа» и «медико-социальная помощь» являются элементами социальной работы.

Под медико-социальной помощью следует понимать такой вид общественно полезной межсекторальной деятельности работников социальных служб, при котором, наряду с социально-бытовыми, юридическими, воспитательными и другими функциями, выполняется определенный объем медицинских услуг по уходу за больными, престарелыми и детьми, а также ведется просветительская работа по гигиеническому воспитанию населения и профилактике заболеваний.

Под медико-социальной работой понимается профессиональная деятельность междисциплинарного характера, направленная на оказание медико-реабилитационной, правовой, психологической, педагогической и социально-бытовой помощи гражданину в восстановлении и сохранении

физического и психического здоровья, а также достижения социального благополучия.

Специфика содержания и методики медико-социальной работы позволяют рассматривать ее как самостоятельное направление многоаспектной социальной работы.

Медико-социальная работа – это новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленный на восстановление, сохранение и укрепление здоровья.

Она предполагает проведение системных медико-социальных воздействий на более ранних этапах развития болезненных процессов и социальной дезадаптации, потенциально ведущих к тяжелым осложнениям, инвалидности. Таким образом, медико-социальная работа приобретает не только реабилитационную, но и профилактическую направленность.

В специфике деятельности социального работника общего профиля и социально-медицинского специалиста имеется много общего: и те и другие решают вопросы улучшения показателей уровня жизни своих клиентов – слабо защищенных слоев населения, нуждающихся в помощи.

Оказание социально-медицинских услуг выдвигает, однако, и свои узкопрофильные цели и задачи, которые следует учитывать особо.

Социально-медицинская специализация социальной работы, помимо активного содействия органам практического здравоохранения в оказании социально-медицинских услуг определенной категории лиц, способствует разработке специальных технологий социально-медицинского развития людей преклонного возраста, инвалидов с детства, инвалидов, ставших таковыми в результате несчастных случаев, а также многочисленным категориям социально-неустроенных людей (переселенцам, беженцам).

Что лежит в основе медико-социальной помощи?

В основе организации медико-социальной помощи лежит первичная медико-санитарная (социальная) помощь (ПМСП).

Основные принципы и элементы ПМСП были разработаны и рекомендованы всем странам с различными системами здравоохранения Алма-атинской международной конференцией по первичной медико-санитарной помощи, которая состоялась в 1978 г.

В Алма-атинской Декларации ВОЗ (1978) указано, что ПМСП является неотъемлемой частью системы здравоохранения каждой страны, ее основной функцией и целью, существенной частью общего и экономического развития общества.

Что включает в себя ПМСП?

ПМСП включает в себя следующие элементы:

-  санитарное просвещение по актуальным проблемам охраны здоровья и способам их решения, включая профилактику;
-  обеспечение достаточным количеством продуктов питания и содействие рациональному питанию;

- ✚ снабжение достаточным количеством чистой питьевой воды;
- ✚ проведение основных санитарно-гигиенических мероприятий;
- ✚ охрана здоровья матери и ребенка, включая планирование семьи;
- ✚ вакцинация против основных инфекционных болезней;
- ✚ лечение распространенных заболеваний и травм;
- ✚ обеспечение основными лекарственными средствами.

Изучение курса «Содержание и методика социально-медицинской работы» является необходимым условием профессиональной подготовки специалистов по социальной работе.

На что направлено изучение курса «Содержание и методика социально-медицинской работы»?

Изучение курса «Содержание и методика социально-медицинской работы» направлено на овладение студентами технологий социально-медицинской работы, как в учреждениях здравоохранения, так и в немедицинских учреждениях, уяснение студентами своих функциональных обязанностей при становлении в РФ медико-социальной работы.

На что направлена деятельность социального работника?

Деятельность социального работника, с одной стороны, направлена на улучшение и повышение уровня оказания медицинской помощи населению, а с другой – на снижение степени общей социальной напряженности, наблюдаемой в обществе.

Социально-медицинская работа – это особый вид деятельности специалистов, направленный на оказание – в едином комплексе – медицинских и социальных услуг тем слоям населения, которые сами не могут решить свои жизненные проблемы из-за сложившихся обстоятельств и своей социальной зависимости от них. Такие люди не могут самостоятельно улучшить состояние своего здоровья, и потому они нуждаются в специальной поддержке и охране со стороны социально-медицинских работников.

Социальный работник, оказывающий гражданам социально-медицинские услуги, является своего рода социальным врачом, и объект его деятельности – больные, т. е. люди с различными отклонениями в состоянии здоровья, испытывающие острую потребность в социальной помощи.

Социальный работник добивается того, чтобы его пациенты – не только больные, но и социально-уязвимые, неустроенные и социально зависимые граждане, – обеспечили бы себе сохранность своего здоровья, необходимого им для решения повседневных личных проблем – и, в итоге, для сохранения полноценной жизни в социуме.

Выполняя специфические задачи по уходу за больным человеком, решая вопросы его врачевания, социальный работник воздействует и на образ жизни пациента, способствуя его социальной реабилитации.

При оказании специализированной социально-медицинской помощи большое значение имеет выяснение причин той социальной нужды, в которой оказался пациент. При решении ряда вопросов социальной

зависимости пациента необходимо соблюдать принцип уважения к человеческой личности и всемерно поддерживать его стремление к активному преодолению трудностей.

Кто является пациентами социально-медицинского работника?

Пациентами социально-медицинского работника становятся социально ущемленные граждане, которые, потеряв здоровье, по той или иной причине не могут восстановить его с помощью практического здравоохранения.

К таким пациентам относятся пожилые люди, страдающие различного рода заболеваниями; послеоперационные больные; лица, имеющие длительно незаживающие трофические язвы, некрозы; а также больные, нуждающиеся в постоянных инъекциях лекарственных препаратов, в перевязках и в специальных лечебных манипуляциях. Большую группу составляют больные, нуждающиеся в лечении по социальным показаниям, больные социально-значимыми заболеваниями, а также лица, имеющие заболевания, представляющие опасность для окружающих.

Назовите формы организации социально-медицинской работы с населением.

Социально-медицинская работа в настоящее время являет собой одно из новых направлений в деятельности лечебно-профилактических учреждений.

Одной из новых форм организации социально-медицинской работы с населением могут стать специализированные отделения по оказанию гражданам социально-медицинской помощи, создаваемые при территориальных поликлиниках, врачебных амбулаториях и участковых больницах.

Социальный работник, владея не только медицинскими знаниями, но и основами таких дисциплин, как социология, психология, право, может обеспечить путем координирования деятельности всех специализированных служб оказание комплексной социально-медицинской помощи отдельным лицам, каждой конкретной семье и населению в целом.

Покажите значимость роли социального работника медицинского учреждения? В чем заключаются профилактические мероприятия?

Социальный работник, если он является частью структуры медицинского учреждения, освобождает врача-лечебника от непрофильной работы:

– от приема больных, обращающихся в медицинские учреждения для решения многих социальных вопросов – таких, как оформление справок и медицинских карт, выписки лекарственных препаратов по социальным показаниям и т. д.

По данным медико-статистических исследований, до 40 % всего населения страны в течение года не обращаются за помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения, что повышает значимость роли участковых врачей и социальных работников в проведении профилактических обследований граждан.

Профилактические мероприятия направлены на выяснение состояния здоровья граждан по следующим параметрам:

- 1) выявление лиц с различными заболеваниями на ранних стадиях;
- 2) определение основных биологических, бытовых и профессиональных факторов риска развития заболеваний;
- 3) учет отклонений в физическом развитии и трудоспособности.

Очевидно, что значительная часть врачебной нагрузки при проведении профилактической работы может быть передана социальному работнику.

Следует также отметить возможность оказания гражданам специализированной социальной помощи социально-медицинским работником в различных структурных подразделениях лечебно-профилактических учреждений, предназначенных для проведения социально-медицинской реабилитации, для восстановительного лечения после оперативных вмешательств в дневных стационарах, в домах сестринского ухода, домах-интернатах и в других медико-социальных организациях.

Социальные и медицинские работники, объединенные на базе лечебно-профилактического учреждения, обеспечивают не только своевременное выявление граждан, нуждающихся в помощи на закрепленном за ними территориальном участке, но и адекватно предоставляют своим клиентам рациональный объем всех необходимых социально-медицинских услуг. Социально-медицинский специалист выступает в этом случае как доверенное лицо населения своего участка, и практически, с учетом индивидуальных особенностей проживающих там граждан, реализует программу сохранения и укрепления здоровья своих пациентов.

2. Понятия и задачи медико-социальной помощи отдельным категориям населения

Что является целью медико-социальной работы?

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

Любые услуги социальной защиты, так или иначе, защищают здоровье обездоленных лиц.

Назовите объекты медико-социальной работы?

Объекты медико-социальной работы – различные контингенты лиц, имеющих выраженные медицинские и социальные проблемы (длительно и часто болеющие, социально дезадаптированные лица, инвалиды, одинокие престарелые, дети сироты, многодетные и социальные семьи, лица, пострадавшие от стихийных бедствий, больные СПИДом и др.)

Какая сфера деятельности относится к медико-социальной помощи, и от чего они зависят?

Медико-социальная помощь – представляет собой комплекс проводимых на государственном и муниципальном уровнях интегрированных мероприятий.

Это сфера деятельности, виды, направления и организационные формы которой зависят как от политики государства в области охраны здоровья, так и от современной концепции здоровья и теорий социальной защиты населения.

Основы организации медико-социальной службы – это утверждение соответствующих должностей социальных работников с медицинской ориентацией в лечебно-профилактических учреждениях, их квалификационная характеристика, отлаживание системы подготовки кадров для работы в практическом здравоохранении.

В чём заключаются основные направления деятельности социально-медицинского специалиста?

Основные направления деятельности специалиста социально-медицинской ориентации заключаются:

- ✚ в обеспечении первичной и вторичной профилактики заболеваний;
- ✚ в предупреждении аномальных явлений в различных группах общества;
- ✚ в проведении просветительной работы по гигиеническому воспитанию населения;
- ✚ в обучении граждан приёмам оказания само- и взаимопомощи;
- ✚ в оказании социально-медицинской помощи престарелым и тяжело больным людям и др.

Служба социально-медицинской помощи комплектуется специально подготовленными работниками.

Какие задачи преследует становление социально-медицинской специализации социальной работы?

Одной из задач становления социально-медицинской специализации социальной работы является:

- ✚ утверждение соответствующих должностей социальных и социально-медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях,
- ✚ их квалификационная характеристика,
- ✚ а также создание системы подготовки кадров для работы в учреждениях практического здравоохранения и в органах социального обеспечения.

Какой подход используется для оказания полноценной социально-медицинской помощи? Кто принимает участие в нём?

Для оказания полноценной социально-медицинской помощи населению используется комплексный подход и формируется трёх-звеньевая система

организации социально-медицинской помощи, предусматривающая деятельность специалистов по социальной работе с высшим и средним профессиональным образованием, а также усилия добровольного персонала, принимающего непосредственное участие в уходе за престарелыми, одинокими, инвалидами, тяжелыми хроническими больными.

Что входит в компетентность специалиста высшего уровня?

В компетентность специалиста высшего уровня (социальный работник с высшим образованием – социально ориентированный врач) входит:

- 1) получение полной информации о социальном положении населения,
- 2) создание банка данных – социально-медицинской карты региона.

Какие требования предъявляются к банку данных?

К банку данных предъявляются определённые требования.

В нём должны быть сведения не только об общей численности обслуживаемого населения, о количестве инвалидов, нетрудоспособных и престарелых, но и о количестве проживающих на участке семей, о количестве семей, имеющих в своем составе инвалидов, включая и тех, кто не обращался к юристу лечебного учреждения. Из общего числа семей необходимо выделить молодые семьи; неполные семьи; многодетные; малообеспеченные; семьи, имеющие в своем составе наркологического больного, а также ребенка – инвалида с детства.

Большое значение для успешного проведения социально-медицинской работы имеет четкое определение социально-экономической обстановки региона, его криминогенности, уровня общей заболеваемости и заболеваемости социально опасными болезнями, в том числе заболеваниями, передаваемыми половым путем (ЗППП), туберкулезом, дифтерией и рядом других.

3) Специализированный социальный работник медицинского направления:

- ✚ составляет и внедряет в жизнь программы по оказанию социально-медицинских услуг населению обслуживаемого им региона;
- ✚ отлаживает системы взаимодействия с медицинскими работниками лечебно-профилактических учреждений и со смежными вневедомственными организациями (в которых трудятся педагоги, психологи, юристы и др.);
- ✚ направляет и контролирует проведение социальных мероприятий работниками среднего звена;
- ✚ решает прочие организационные вопросы.

При проведении мероприятий социально-медицинской направленности следует руководствоваться как запросами самого населения, так и целесообразностью и полезностью их проведения в конкретных условиях.

Какие требования предъявляются к социально-медицинским услугам?

Медико-социальные услуги – это координационная работа, позволяющая охватить необеспеченных и оказавшихся вне общества лиц услугами, которые так или иначе связаны с защитой их здоровья. Эта форма

социальной работы предусматривает посредничество между учреждениями здравоохранения и населением.

Социально-медицинские услуги должны быть несложными в организации, доступными для всех слоев населения и социально гарантированными по объему и качеству их проведения.

Первостепенное значение имеет заинтересованность и вовлечение самого населения в проведение социальных программ, а также участие в них добровольных и благотворительных организаций, различных фондов и ассоциаций, служителей церкви.

Помимо оказания непосредственной медико-санитарной помощи всем лицам, нуждающимся в ней, одним из важных направлений работы по оказанию социально-медицинских услуг следует считать работу по созданию благоприятных возможностей индивидуального поддержания здоровья и, тем самым, собственного личного благополучия для граждан, оказавшихся в затруднительном положении экономического, социального или медицинского характера (предоставление им рабочих мест, организация производства на дому и т. д.).

3. Принципы деятельности медико-социальной работы

Перечислите основные принципы медико-социальной работы, кем они предложены?

Рассмотрим основные принципы медико-социальной работы, предложенные Ю.В. Валентиком, О.В. Зыковым, М.Г. Цетлиным. Таковыми являются экосистемность, полимодальность, солидарность, конструктивная стимуляция, континуальность.

Эти принципы позволяют обеспечить профессиональный эффективный целостный подход в организации социально-медицинской деятельности.

Что представляет собой принцип экосистемности?

Экосистемность – это учёт всей системы взаимоотношений человека и окружающей его среды в данной проблемной парадигме, системный анализ взаимосвязей между всеми элементами конкретной проблемной жизненной ситуации и определение на его основе совокупности социально-функциональных действий.

По дисциплине «социальная экология» вы изучали проблемы взаимодействия человека и общества, как человек адаптируется к окружающей среде, к обществу.

Социолог Мудрик выделяет макрофакторы – космос, планету. Каким образом они влияют на развитие человека?

Каким образом космос влияет на человека? Космос определяет природу; какие-нибудь взрывы в космосе влияют на природу, природа влияет на жизнедеятельность человека (изменения в генофонде, люди впадают в психологические депрессии, аномальные явления).

Что такое полимодальность?

Полимодальность – сочетание в медико-социальной работе различных подходов, способов действия, функционально ориентированных на

конкретную цель, на конкретный проблемный контингент, социально уязвимую или дезадаптированную группу населения; исходно заданных, типовых в методологическом плане – использующих отдельные конкретные методы, типовые способы действий.

Социальная работа – профессиональная деятельность, направленная на оказание помощи, поэтому она может использовать знания из других областей: психологии, социологии, медицины, юриспруденции. Совмещение этих подходов и есть полимодальность.

Выделяют два уровня социальной работы.

Первый уровень – Благотворительность и филантропия (любовь к ближнему).

Второй уровень появился недавно:

- + социально-медицинское направление;
- + социально-правовое;
- + социально-психологическое;
- + социально-педагогическое.

Для того чтобы оказать необходимую помощь клиенту, необходимо использовать максимально всевозможные методы.

Как влияет на организацию медико-социальной работы солидарность?

Солидарность – согласованное организационное взаимодействие в процессе медико-социальной работы государственных учреждений, действующих в любой сфере, и учреждений, входящих в структуры организаций с разной формой собственности.

Помощь должна быть непрерывной, необходимо использовать все возможности учреждений.

Что такое конструктивная стимуляция?

Что представляют собой патерналистские формы помощи, и как они влияют на организацию социально-медицинской помощи?

Конструктивная стимуляция – отказ социальных служб от исключительно патерналистских (покровительских) форм помощи и опеки, которые порождают у их субъектов пассивное иждивенчество, и смещение акцента на развитие и поощрение личной активности и ответственности клиентов, максимальное использование и развитие их ресурсов.

Мы знаем, что главной целью социальной работы является оказание социальной помощи. Но нельзя из клиента социальной службы делать иждивенца. Необходимо научить его справляться с трудными ситуациями.

Здесь уместно будет опереться на пример, приведенный Е.И. Холостовой в учебнике «Социальная работа: теория и практика», в котором показывается методика работы с клиентом,

- + где на I этапе социальный работник играет главную роль в решении проблемы;
- + на II этапе – социальный работник активно подключает клиента и идёт совместная работа;

✚ на III этапе – клиент проявляет некую самостоятельность, но под контролем социального работника.

Этот пример нам показывает, как необходимо эффективно организовать социальную работу, ведь нередко на практике получается так, что работает только I, и в редких случаях II этапы, что порождает иждивенческий подход клиента к социальному работнику.

Вторым аспектом данного принципа является опора на *принцип максимизации ресурсов*, что подразумевает использование всех возможностей социальных служб в решении проблем клиента.

Как вы понимаете континуальный подход в практике медико-социальной работы?

Континуальность – непрерывность, цельность, функциональная динамичность и плановость медико-социальной работы, понимание ее как процесса, использование континуального подхода к ее практике – с обязательным планированием последовательных этапов деятельности на основе определения «шагов» постепенного достижения конкретных целей в виде суммы действий и наблюдающихся значимых изменений статуса и модуля субъектов помощи.

Принцип континуальности схож с технологическим процессом и технологией социальной работы.

Так, технологию социальной работы характеризует: целостность, динамичность и плановость, то есть социальную работу мы рассматриваем как комплексную, включающую различные методики, динамичную – то есть в соответствии со временем и местом (используем ту технологию, которая должна подходить), и плановость – то есть последовательное её ведение.

4. Место среди смежных видов деятельности

В чём выражается особенность медико-социальной работы?

Особенность медико-социальной работы состоит в том, что как профессиональная деятельность она формируется на стыке двух самостоятельных отраслей – здравоохранения и социальной защиты населения. Отечественный опыт организации первичной медико-санитарной помощи, зарубежный опыт социальной работы в здравоохранении показывают, что, несмотря на предпринимаемые усилия в помощи лицам, имеющим медицинские и социальные проблемы, реальная координация ведомственных действий недостаточно эффективна. Оптимальное взаимодействие вырабатывается лишь после длительной совместной работы в смежном секторе, после соответствующей подготовки на основе выбора специальных форм работы, которые позволяют объединить действия представителей разных специальностей в лице нового специалиста – специалиста социальной работы, профессионально готового участвовать в оказании медико-социальной помощи населению. Для этого необходима специализированная подготовка такого специалиста.

Такое положение медико-социальной работы среди смежных видов деятельности – здравоохранения и социальной защиты населения – обуславливает необходимость выработки соответствующих этому месту функций специалиста нового типа.

В период последнего десятилетия в процессе развития практики медико-социальной работы в различных областях охраны здоровья это находит отражение в практической деятельности и закрепляется соответствующими нормативно-правовыми актами, прежде всего ведомственного уровня.

Медицинские работники на практике вынуждены выполнять ряд функций социальных работников с отечественные дипломированные специалисты социальной работы появились недавно, и их количество еще незначительно.

В свою очередь, социальные работники очень часто работают с клиентами, которые страдают психической и физической патологией, и должны выступать и в роли врачей. В этой связи необходимо четкое разграничение функций между медицинскими и социальными работниками.

Обозначая место медико-социальной работы среди смежных видов деятельности, следует подчеркнуть координирующую роль социального работника в разрешении всего комплекса проблем клиента, оказавшегося в сложной жизненной ситуации и требующего соучастия специалистов смежных профессий – врачей, психологов, педагогов, юристов и др. Квалифицированное содействие клиентам в решении их жизненных проблем определяет профессиональные особенности социальной работы.

Профессия социального работника тесно связана с названными смежными профессиями. Однако необходимо выделить ее главную отличительную особенность.

5. Основные направления

На какие две составляющие разделяют медико-социальную работу?

Исходя из определения медико-социальной работы, ее условно можно разделить на две составляющие: медико-социальную работу профилактического направления и медико-социальную работу патогенетического (реабилитационного) направления. На общих методических принципах такая группировка позволяет строить модели медико-социальной работы в различных областях медицины и в системе социальной защиты населения.

В чём заключается медико-социальная работа профилактического направления?

Медико-социальная работа профилактического направления включает:

1) выполнение мероприятий по предупреждению социально-зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья;

- 2) формирование установок на здоровый образ жизни, обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья;
- 3) участие в разработке целевых программ медико-социальной помощи на различных уровнях;
- 4) социальное администрирование, обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

Какие мероприятия включает патогенетическое (реабилитационное) направление медико-социальной работы?

Медико-социальная работа патогенетического (реабилитационного) направления включает:

-  мероприятия по организации медико-социальной помощи,
-  проведение медико-социальной экспертизы,
-  осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов,
-  социальную работу в отдельных областях медицины и здравоохранения,
-  коррекцию психического статуса клиента,
-  обеспечение преемственности во взаимодействии специалистов смежных профессий и др.

Литература

Основная:

1. Гуслякова Л.Г. Сборник задач и упражнений по социальной работе: для вузов / Л.Г. Гуслякова, В.А. Кувшинникова, Л.К. Синцова. – М.: Наука, 1994. – 112 с.
2. Ляшенко А.И. Организация и управление социальной работой в России [Текст]: Учеб. пособие / А.И. Ляшенко, 1995. – 74 с.
3. Назарова Е.Н. Основы социальной медицины: учеб. Пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.Н. Назарова, Ю.Д. Жиллов. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 368 с.
4. Теория и методология социальной работы [Текст]: учебник для вузов / [С.И. Григорьев, Л.Г. Гуслякова, В.А. Ельчанинов и др.], 1994 – 185 с.

Дополнительная:

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1998г. – М.: Минздрав России, РАМН, 1999.
2. Медико-социальная работа / Российская энциклопедия социальной работы. – М., 1997.
3. Основы социальной работы: Учебник / Отв. ред. П.Д. Павленок. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2003. – 395с. (стр. 124-138).

4. Социальная работа: Учебное пособие. / Под общ. ред. проф. В.И. Курбатова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с. (стр. 351-383).
5. Технологии социальной работы: Учебник / Под общ. ред. проф. Е.И. Холостовой. – М.: ИНФРА-М, 2003. – 400с. (стр.121-144).

Темы рефератов и докладов

1. «Социально-медицинская работа как вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности».
2. Медико-социальная работа – деятельность, родственная врачеванию.
3. Профилактическое направление медико-социальной работы.
4. Патогенетическое (реабилитационное) направление медико-социальной работы.
5. Особенности организации профессиональной медико-социальной работы в России.

Литература к выполнению рефератов:

1. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование. – М., 1999.
2. Сигида Е.А. Содержание и методика социальной работы: учеб. Пособие для студентов, обучающихся по направлению и специальности «Социальная работа» / Е.А. Сигида и др. М., 2005.

Тема № 2. Конституция РФ и «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» как основополагающие законы, регламентирующие охрану здоровья населения

- 1. Понятие о Конституции РФ и «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993).**
- 2. Основные принципы охраны здоровья граждан.**
- 3. Общая характеристика отдельных видов медико-социальной помощи.**
- 4. Ст. 49 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» о работе всех видов медицинской экспертизы.**

1. Понятие о Конституции РФ и «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993)

Что гласит Устав ВОЗ?

В соответствии с Декларацией ООН о правах человека и пониманием здоровья как состояния полного физического, духовного и социального благополучия, Устав всемирной организации здравоохранения гласит, что обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического и социального положения, а достижения каждого государства в улучшении и охране здоровья представляют ценность для всех. Право на здоровье приобрело характер одного из важнейших политических, социальных и экономических положений в современном мире.

Учитывая накопленный в нашей стране и зарубежных странах опыт по правовому обеспечению охраны здоровья населения, в Российской Федерации действующее законодательство в основном соответствует международным нормам и правилам.

Назовите основополагающие законы РФ, регламентирующие охрану здоровья населения?

В РФ основополагающими законами, регламентирующими охрану здоровья населения, являются Конституция РФ и «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993 г.).

Назовите содержание статьи 41 Конституции РФ?

Статья 41, пункт 1 Конституции гласит: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».

Какое определение даётся понятию «охрана здоровья граждан» в «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан»?

В «Основах...» четко определено понятие «охрана здоровья граждан» как 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 активной долголетней жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

2. Основные принципы охраны здоровья граждан

Какие принципы определены основными принципами охраны здоровья граждан?

Основными принципами охраны здоровья граждан определены:

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

В Основах разграничены ответственности всех субъектов РФ за состояние здоровья населения, оговаривается организация охраны здоровья граждан России.

В «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан» определены права в области охраны здоровья различных групп населения:

-  семьи;
-  беременных женщин и матерей;
-  несовершеннолетних;
-  военнослужащих, граждан, подлежащих призыву на военную службу и поступающих на военную службу по контракту;
-  граждан пожилого возраста;
-  инвалидов;
-  граждан при чрезвычайных ситуациях и в экологически неблагоприятных районах;
-  лиц, задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в местах лишения свободы либо административный арест.

Назовите права пациента при обращении за медицинской помощью?

Правом пациента является сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении.

Пациент имеет право на доступ к нему священнослужителя, а в больничном учреждении – на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на представление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина, а отказ от него оформляется записью в медицинской документации.

Что включает первичная медико-санитарная (социальная) помощь?

В данном документе определено понятие *первичной медико-санитарной (социальной) помощи* (ПМСП), как основного, доступного и бесплатного для каждого гражданина вида медицинского обслуживания, который включает:

- + лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний;
- + проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики важнейших заболеваний;
- + санитарно-гигиеническое образование;
- + проведение мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства, других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

Объем ПМСП устанавливается местной администрацией в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования.

3. Общая характеристика отдельных видов медико-социальной помощи

Каким видам медико-социальной помощи дана характеристика в «Основах...»

Дана общая характеристика отдельных видов медико-социальной помощи:

- + первичной медико-социальной помощи;
- + скорой медико-социальной помощи;
- + специализированной медико-социальной помощи;
- + медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально-значимыми заболеваниями;
- + медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

Расскажите содержание статьи 45 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»

В ст. 45 «Основ...» медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии – удовлетворении просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни, а лицо, сознательно побуждающее больного к эвтаназии или осуществляющее ее, несет уголовную ответственность.

4. Ст. 49 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» о работе всех видов медицинской экспертизы

Какие виды медицинской экспертизы определяются в статье 49 «Основ законодательства РФ...»?

В разделе IX определяется работа всех видов медицинской экспертизы:

- + экспертизы временной нетрудоспособности;
- + медико-социальной экспертизы;
- + военно-врачебной экспертизы;
- + судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз;
- + независимой медицинской экспертизы.

Данный закон запрещает проведение сеансов массового целительства, в том числе с использованием средств массовой информации.

Детально рассматриваются в Основах права и социальная защита медицинских работников, регламентируется международное сотрудничество в области охраны здоровья граждан.

Что рассматривает заключительный раздел «Основ...»?

Заключительный раздел рассматривает ответственность за причинение вреда здоровью граждан:

- + основания возмещения вреда;
- + порядок возмещения затрат на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий;
- + ответственность медицинских работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья;
- + право граждан на обжалование действий государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан в области охраны здоровья.

Литература

Основная:

1. Гуслякова Л.Г. Сборник задач и упражнений по социальной работе: для вузов / Л.Г. Гуслякова, В.А. Кувшинникова, Л.К. Синцова. – М.: Наука, 1994. – 112 с.

2. Ляшенко А.И. Организация и управление социальной работой в России [Текст]: Учеб. пособие / А.И. Ляшенко, 1995. – 74 с.
3. Назарова Е.Н. Основы социальной медицины: учеб. Пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.Н. Назарова, Ю.Д. Жиллов. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 368 с.
4. Теория и методология социальной работы [Текст]: учебник для вузов / [С.И. Григорьев, Л.Г. Гуслякова, В.А. Ельчанинов и др.], 1994 – 185 с.

Дополнительная:

1. Алма-атинская Декларация ВОЗ 1978 года.
2. Кодексы и законы РФ. – СПб.: ИД «Весь», 2003. – 992 с.
3. Конституция Российской Федерации (с изменениями от 9 июня 2001 года). – СПб.: Виктория плюс, 2003. – 64 с.
4. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технология, образование. – М.: Наука, 1999.
5. Медико-социальная помощь / Российская энциклопедия социальной работы. – М., 1997.
6. Медико-социальная работа / Российская энциклопедия социальной работы. – М., 1997.
7. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 24.12.1993 г. № 2288. (с изменениями на 18 июля 2011 г.).
8. Основы социальной работы: Учебник / Отв. ред. П.Д. Павленок. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2003. – 395 с. (стр. 124-138).
9. Право социального обеспечения (конспект лекций) / Автор-составитель: Толмачев А.П. – М.: «Приориздат», 2003. – 176 с.
10. Решение коллегии Минздрава РФ от 20-21 марта 2001г. «О ходе реализации Концепции развития здравоохранения и медицинской науки, задачах на 2001-2005 годы и на период до 2010 года».
11. Социальная политика: Учебник / Под общ. ред. Н.А. Волгина. – М.: Издательство «Экзамен», 2002 год. – 736 с.
12. Социальная работа: Учебное пособие / Под общ. ред. проф. В.И. Курбатова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с. (стр. 351-383).
13. Социальная энциклопедия / Редкол.: А.П. Горкин, Г.Н. Карелова, Е.Д. Катульский и др. – М.: Большая Российская энциклопедия, 2000. – 438 с. (Здравоохранение. Охрана здоровья матери и ребенка. Социальных реформ в РФ программа. Фонд социального страхования.).
14. Технология социальной работы: Учебник / Под общ. ред. проф. Е.И. Холостовой. – М.: ИНФРА-М, 2003. – 400 с. (стр. 121-144).

Тема № 3. Концепция социально-медицинской работы в РФ, её нормативно-правовая база

1. Задачи и основные принципы отечественной системы здравоохранения.
2. Типы и виды учреждений здравоохранения. Принципы медицинского страхования.

1. Задачи и основные принципы отечественной системы здравоохранения

*В чём заключается залог успеха медико-социального работника?
Кем является медицинский социальный работник для населения
своего участка? В чём заключается его основная задача?*

Залог успеха медико-социального работника учреждения здравоохранения в том, что в своей профессиональной деятельности по социальной защите и поддержке населения он не ограничивается задачами и возможностями одного ведомства, а руководствуется одновременно медицинскими и социальными нормативными требованиями как основополагающей базой, способствующей сохранению и укреплению здоровья.

Медицинский социальный работник является доверенным лицом населения своего участка.

Обеспечение неимущего населения необходимым минимумом медицинских услуг является **задачей** социального работника.

По каким причинам необходимо знать нормативно-правовую базу?

Знание нормативно-правовой базы социально-медицинской работы необходимо каждому социальному работнику по двум причинам.

Во-первых, вся его деятельность регламентируется данными нормативными актами.

Во-вторых, прямой функциональной обязанностью социального работника является проведение социально-правового консультирования клиентов.

Социальный работник должен не просто знать, но и умело применять в своей практической деятельности правовые акты, касающиеся проблем социально-медицинского характера.

В основе организации медико-социальной помощи лежит первичная медико-санитарная (социальная) помощь (ПМСП). **Концепция ПМСП**, принятая в России, ориентирована на преимущественное оказание медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Сохранение общедоступной медицинской и лекарственной помощи всем гражданам РФ при введении государственных минимальных стандартов обеспечения этой помощью, являются приоритетным направлением государственной социальной политики в области реформирования здравоохранения.

Какие виды помощи гражданам оказывает медико-социальная помощь?

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

2. Типы и виды учреждений здравоохранения. Принципы медицинского страхования

Какие существуют типы системы здравоохранения?

Существуют четыре *типа* систем здравоохранения:

-  государственная,
-  страховая,
-  частная,
-  смешанная.

Назовите основной принцип построения любой системы здравоохранения?

Сохранение равновесия трех главных составляющих: населения — потенциального потребителя медицинской помощи, медицинских учреждений и плательщиков за оказанную медицинскую помощь, является *основным принципом* построения любой системы здравоохранения.

Что является целью любой системы здравоохранения?

Оказание населению доступной, качественной медицинской помощи, улучшение состояния здоровья общества в целом и каждого гражданина в отдельности, является **целью** любой системы здравоохранения.

Что собой представляет страховая система здравоохранения?

В Российской Федерации принята страховая система здравоохранения. Законодательно это положение закреплено в федеральном законе «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28.06.1991 г. № 1499-1.

Страховая медицина является системой профилактических и лечебных мероприятий, осуществляемых за счет средств страхования здоровья граждан, формирующихся на основе периодических целевых денежных взносов.

Что такое медицинское страхование?

В каких видах оно осуществляется?

Медицинское страхование — форма социальной защиты населения в сфере охраны здоровья населения.

Модель медицинского страхования является основой развития здравоохранения РФ.

Медицинское страхование осуществляется в двух видах:

-  обязательном,

 добровольном.

Что такое ОМС?

Обязательное медицинское страхование (ОМС) является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программ ОМС.

На основе чего осуществляется добровольное медицинское страхование (ДМС)?

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программ ОМС.

Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» гласит, что ДМС «обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами ОМС».

Принципы ДМС.

1. Страховщик вправе предложить свои условия страхования, а страхователь – принять их или обратиться в другую СМО. В отличие от ОМС, основанного на индивидуальном страховании, ДМС может существовать в коллективной форме, когда в качестве страхователей выступают юридические или физические лица.

2. ДМС, в отличие от ОМС, предоставляет не все виды медицинской помощи, а только те, что оговорены в договоре страхования и за которые уплачена страховая премия. Сущность ДМС – в оказании дополнительных медицинских услуг более высокого качества по сравнению с теми, что предложены в программах ОМС.

3. ДМС, в отличие от ОМС, предполагает срочный порядок заключения договора. Срочный договор имеет свои преимущества: позволяет страхователю оценить необходимость включения в программу ДМС тех или иных медицинских услуг, провести маркетинговое исследование рынка ДМС, выбрать оптимальный вариант «цена-качество».

Страховой случай.

Согласно общепринятой практике медицинского страхования страховым случаем является обращение страхователя или застрахованного в течение срока действия договора страхования в медицинское учреждение за получением медицинской помощи. Но не все обращения относятся к страховым случаям.

В большинстве СМО к страховым случаям не относится:

 оказание медицинской помощи, финансируемой за счет средств государственного бюджета или ОМС (туберкулез, психические, венерические заболевания, СПИД и др.);

- ✚ обращение за медицинскими услугами, вызванное патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения, за исключением случаев, когда указанные состояния наступили по причинам, не зависящим от страхователя или застрахованного;
- ✚ необходимость оказания медицинской помощи в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, суицидальными попытками, за исключением тех случаев, когда страхователь или застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что подтверждено соответствующими судебными решениями;
- ✚ получение медицинских услуг в медицинских учреждениях, не определенных договором страхования;
- ✚ обращение за получением медицинских услуг, вызванное воздействием радиации, военными действиями, гражданской войной, народными волнениями, забастовками, стихийными бедствиями.

Договор страхования.

Стандартный срок, на который заключается договор страхования – 1 год, однако условиями договора может быть предусмотрен как больший, так и меньший периоды.

Договор должен быть заключен в письменной форме и соответствовать гражданскому законодательству.

Договор страхования должен быть заключен в письменной форме и соответствовать гражданскому законодательству РФ. Условия ДМС, содержащиеся в правилах страхования и не включенные в текст договора, обязательны для страхователя и застрахованного лица, однако по взаимному согласию сторон страховщик и страхователь могут изменить или исключить отдельные положения правил.

При наличии нескольких застрахованных в договоре особо оговаривается порядок действий страхователя при заключении договора. Страхователем составляется список застрахованных лиц, который прилагается к договору страхования и является его неотъемлемой частью. В списке застрахованных должны содержаться следующие сведения:

- ✚ фамилии, имена, отчества;
- ✚ даты рождения;
- ✚ домашние адреса и телефоны;
- ✚ паспортные данные;
- ✚ пол;
- ✚ должности.

Если страхователь – физическое лицо, то он заполняет медицинскую анкету и несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений. Страховщик имеет право проверить достоверность данных.

В случае если будет установлено, что страхователь сообщил о себе или застрахованном лице ложные данные, имеющие существенное значение для оценки степени страхового риска, страховщик либо предлагает доплатить страховую премию, либо отказывает страхователю в заключении договора или прекращает его действие.

Как правило, договор страхования вступает в силу в момент уплаты страховой премии или первого ее страхового взноса и действует до окончания установленного в договоре срока страхования.

По истечении срока действие договора страхования прекращается. Но это не единственный случай, когда страховые правоотношения могут закончиться.

Другими случаями являются:

- + исполнение страховщиком своих обязательств в полном объеме, т. е. оплата стоимости медицинских услуг в размере страховой суммы;
- + смерть страхователя или застрахованного лица, если по договору страхования было застраховано только одно лицо;
- + решение суда о признании договора страхования недействительным;
- + расторжение договора по взаимному соглашению сторон, по инициативе одной из сторон, в случае неуплаты страхователем страховой премии (страхового взноса).

Договором страхования может предусматриваться возврат страховой премии (страховых взносов) за истекший срок в случае досрочного прекращения договора. Возврат производится исходя из фактически поступившей по договору страхования суммы страховой премии (страховых взносов) за вычетом расходов на ведение дела, приходящихся на фактически уплаченную сумму страховых взносов и суммы произведенных страховых выплат по утвержденной программе ДМС.

Программа ДМС.

Программа ДМС содержит перечень медицинских услуг, утвержденный договором страхования, с указанием общей страховой суммы или отдельных страховых сумм по каждому виду медицинской помощи. Кроме того, Программа ДМС содержит перечень медицинских учреждений, где застрахованный сможет получить помощь. Особое внимание в программе ДМС уделяется объему предоставляемой медицинской помощи:

- + при амбулаторно-поликлиническом обслуживании: прием врачами терапевтами и специалистами (в том числе стоматологическая помощь), медицинская помощь на дому, диагностическое обследование (клинико-диагностическая лаборатория, рентгенологическое, ультразвуковое и эндоскопическое исследования), восстановительное лечение (физиотерапия, лечебная физкультура) на базе лечебного учреждения, указанного в договоре, оформление необходимой медицинской документации;

- + *при стационарной помощи*: организация и оплата медицинской помощи в стационаре в плановом порядке и по экстренным показаниям для взрослых и детей. Срок пребывания в стационаре определяется не по нормативам пребывания, а по медицинским показаниям;
- + *при стоматологической помощи*: полное (терапевтическое и хирургическое) стоматологическое лечение с протезированием или без такового;
- + *при комплексном медицинском обслуживании*: полное поликлиническое обслуживание со стационарной помощью на базе лечебных учреждений, а также оказание скорой медицинской помощи.

Нелишним будет сказать, что, согласно Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1, **медицинская помощь** включает:

- + *первичную медико-санитарную помощь* (лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; медицинской профилактики важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование; проведение других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства);
- + *скорую медицинскую помощь* при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях);
- + *специализированную медицинскую помощь* при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий; иные виды медицинской помощи, в том числе входящие в медико-социальную помощь медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

Отдельно в программе ДМС указываются медицинские учреждения, оказывающие амбулаторно-поликлиническое, стационарное, стоматологическое и скорое медицинское обслуживание взрослых и детей.

Во многих СМО разработаны индивидуальные программы ДМС, ориентированные на конкретного потребителя. Например, потенциального страхователя могут заинтересовать такие программы, как программа защиты от последствий несчастного случая, программа онкологической защиты, защиты от глазных болезней или сахарного диабета, программа по беременности и родам.

И все же подавляющая часть населения России в настоящее время не может воспользоваться услугами, предоставляемыми по программам ДМС. Основными клиентами СМО являются люди с высокими заработками, а также сотрудники компаний, ДМС которых осуществляют предприятия. К

числу причин такой ситуации можно отнести низкие доходы граждан, все еще значительные страховые тарифы СМО, незначительное количество медицинских учреждений, способных оказать качественную медицинскую помощь, и неудовлетворительный уровень оказания услуг по программам ОМС.

Назовите субъектов медицинского страхования?

Существует четыре субъекта медицинского страхования:

- + гражданин;
- + страхователь;
- + страховая медицинская организация;
- + медицинское учреждение.

В какой форме осуществляется медицинское страхование?

Медицинское страхование осуществляется в **форме договора**, заключаемого между субъектами медицинского страхования.

Какой документ получает каждый гражданин?

Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования, получает *страховой медицинский полис*.

Назовите принципы медицинского страхования?

Принципами медицинского страхования являются:

- + Медицинскому страхованию подлежит все население (работающие и неработающие).
- + Застрахованный, имеющий страховой полис, независимо от места проживания имеет право на получение медицинской помощи в любом медицинском учреждении России.
- + Система ОМС строится на безвозвратной основе, т.е. предприятию страховая сумма не возвращается, а идет на расширение услуг.
- + Каждый гражданин имеет право на дополнительное медицинское страхование сверх установленного минимума. Эти взносы могут быть возвратными или частично возвратными.

Какие медицинские компании работают в г.Уфе?

На территории Республики Башкортостан работает ФОМС в г. Уфе на ул. Ленина, Росгосстрах на ул. К. Маркса.

В городе Уфе также существуют следующие медицинские страховые компании:

Страховая компания «1СК»

450077 г. Уфа, ул. Цюрупы, 40

Страховая компания «АльфаСтрахование»

450000, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Чернышевского, 104

Страховая компания «ВСК»

450078, г. Уфа, ул. Кирова, 89

г. Уфа, ул. Цюрупы, 79;

г. Уфа, Пр. Октября, 82

Страховая компания «ГУТА Страхование»

450077, г. Уфа, ул. Карла Маркса, д. 20

Страховая компания «ЖАСО»

450078, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Кирова, 99/2

Страховая компания «Ингосстрах»

450015, г. Уфа ул. К. Маркса, д. 49/1

450098, г. Уфа ул. Комсомольская, д. 165/3

450077, Республика Башкортостан г. Уфа ул. Цюрупы, д. 79

Страховая компания «ИнноГарант»

450022, г. Уфа, ул. Красноводская, д. 3

Страховая компания «Капитал Страхование»

450077, Республика Башкортостан г. Уфа, ул. Энгельса, д. 1/1

Страховая компания «МАКС»

450005, г. Уфа, ул. Пархоменко, д. 97

Страховая компания «Наско»

450000, Россия, г. Уфа, ул. Гафури, 54.

Страховая компания «Росгосстрах»

Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. К. Маркса, д. 30

г. Уфа, ул. Левитана, д. 49

г. Уфа, ул. К. Маркса, 46

Страховая компания «РОСНО»

г. Уфа, ул. 50 лет Октября, д. 20

г. Уфа, ул. Новомостовая, д. 8

Страховая компания «РСТК»

450015, г. Уфа, ул. Карла Маркса, д. 35 А

Страховая компания «СОГАЗ»

450077, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Чернышевского, д. 97

Страховая компания «Спасские ворота»

450075, г. Уфа, пр-т Октября, 83/3

Страховая компания «Цюрих»

450000, г. Уфа ул. М. Карима, д. 28, оф. 5

Страховая компания «Югория»

г. Уфа, ул. Карла Маркса 15/2

г. Уфа, ул. Дуванский бульвар, 30

г. Уфа, Проспект Октября, 111

В каком постановлении правительства РФ отражены права граждан РФ?

Права граждан РФ, получивших дорогостоящее лечение, отражены в постановлении правительства РФ от 19.03.2001 г. № 201 «Об утверждении перечней медицинских услуг и дорогостоящих видов лечения в медицинских учреждениях Российской Федерации, лекарственных средств, сумма оплаты которых за счет собственных средств налогоплательщика учитывается при определении суммы социального налогового вычета». Согласно данному постановлению, по окончании финансового года гражданин, получивший дорогостоящее лечение (согласно утвержденному перечню), имеет право подать заявление (с прилагающимися к нему необходимыми справками и

чеками) в налоговые органы с просьбой пересчитать сумму его подоходного налога. При этом гражданину должно быть возвращено 13 % от израсходованной на лечение суммы.

Какие существуют федеральные и региональные законодательные акты, регламентирующие социально-медицинскую работу?

Существует еще большое количество федеральных и региональных законодательных актов, регламентирующих социально-медицинскую работу.

В Республике Башкортостан была принята программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера на 2008-2012 годы». В Программу вошли восемь подпрограмм, которые ранее существовали по отдельности:

- ✚ «Сахарный диабет»,
- ✚ «Профилактика йод-дефицитных заболеваний в Республике Башкортостан»,
- ✚ «Неотложные меры по борьбе с туберкулезом в Республике Башкортостан»,
- ✚ «О мерах по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции в Республике Башкортостан»,
- ✚ «Неотложные меры по борьбе с венерическими заболеваниями»,
- ✚ «Профилактика инфекций, передающихся клещами»,
- ✚ «Профилактика вирусных гепатитов»,
- ✚ «Профилактика и лечение артериальной гипертонии и ее последствий».

Литература

Основная:

1. Назарова Е.Н. Основы социальной медицины: учеб. Пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.Н. Назарова, Ю.Д. Жиллов. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 368 с.
2. Теория и методика социальной работы [Текст]: Учеб. пособие в 2 ч. / [И. Г. Зайнышев, Т. Е. Демидова, Ю. С. Ерохин и др.]. Ч. 1, 1994. – 343,[9] с.
3. Теория и методология социальной работы [Текст]: учебник для вузов / [С.И. Григорьев, Л.Г. Гуслякова, В.А. Ельчанинов и др.], 1994 – 185 с.

Дополнительная:

1. Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 14.06.2011 № 136-ФЗ, от 30.11.2011 № 369-ФЗ, от 03.12.2011 № 379-ФЗ).
2. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации от 05.11.1997 г. № 1387.

3. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технология, образование. – М.: Наука, 1999.
4. Основы социальной работы: Учебник / Отв. ред. П.Д. Павленок. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2003. – 395 с.
5. Постановление правительства РФ от 19.03.2001 г. № 201 «Об утверждении перечней медицинских услуг и дорогостоящих видов лечения в медицинских учреждениях Российской Федерации, лекарственных средств, сумма оплаты которых за счет собственных средств налогоплательщика учитывается при определении суммы социального налогового вычета».
6. Право социального обеспечения (конспект лекций) / Автор-составитель: Толмачев А.П. – М.: «Приориздат», 2003. – 176 с.
7. Решение Коллегии Минздрава РФ от 20-21 марта 2001 г. «О ходе реализации Концепции развития здравоохранения и медицинской науки, задачах на 2001-2005 годы и на период до 2010 года».
8. Социальная политика: Учебник / Под общ. ред. Н.А. Волгина. – М.: Издательство «Экзамен», 2002 г. – 736 с.
9. Социальная работа: Учебное пособие. / Под общ. ред. проф. В.И. Курбатова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с. (стр. 351-383).
10. Социальная энциклопедия / Редкол.: А.П. Горкин, Г.Н. Карелова, Е.Д. Катульский и др. – М.: Большая Российская энциклопедия, 2000. – 438 с. (Здравоохранение. Охрана здоровья матери и ребенка. Социальных реформ в РФ программа «Фонд социального страхования»).

Тема № 4. Здоровье и здоровый образ жизни как целевые параметры социальной работы

1. Понятие о здоровье. Социальные факторы, обуславливающие здоровье.
2. Факторы, формирующие здоровье населения
 - А) Питание
 - Б) Двигательная активность
 - В) Половое воспитание
 - Г) Природные факторы экологии человека
3. Понятие о валеологии.

1. Понятие о здоровье. Социальные факторы, обуславливающие здоровье

Что такое здоровье, по определению ВОЗ?

Здоровье, по определению ВОЗ, – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Почему говорят о состоянии здоровья как о динамическом процессе?

Если учесть, что функциональные возможности организма человека и его устойчивость к неблагоприятным факторам внешней среды в течение всей жизни изменяются, то можно говорить о состоянии здоровья как о динамическом процессе, который также улучшается или ухудшается, т. е. об ослаблении или укреплении здоровья в зависимости от возраста, пола, профессиональной деятельности, среды обитания.

Назовите социальные факторы, оказывающие воздействие на организм.



Все факторы, оказывающие воздействие на организм и обуславливающие состояние его здоровья и нездоровья, можно распределить на **4 группы**, которые подлежат государственному регламентированию:

1) *социально-экономические факторы образа жизни* (условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние и т. д.);

2) *экологические и природно-климатические условия* и факторы внешней среды (загрязнение среды обитания, среднегодовая температура, уровень солнечной радиации и т. д.);

3) *социально-биологические условия и факторы* (возраст родителей, пол, течение антенатального периода и т. д.);

4) *организационные или медицинские условия* (уровень и организация медицинской помощи).

Какой фактор занимает ведущее место?

Первостепенным вопросом является вопрос о том образе жизни, который ведёт человек.

Ведущее место занимает образ жизни человека, его влияние превышает 50 % всех обуславливающих воздействий на здоровье населения. Примерно 20-25 % воздействия на организм приходится на загрязнение окружающей среды, 15-20 % – на биологические факторы, и примерно 10-15 % составляет деятельность органов и учреждений здравоохранения.

Такое соотношение обуславливающих факторов относится как к здоровью, так и нездоровью личности. При нездоровье эти факторы выступают в качестве факторов риска для здоровья.

Какие болезни относятся к «болезням цивилизации»?

Приоритет образа жизни установлен не только по отношению к общим показателям здоровья – он проявляется и в течении хронических заболеваний. Эти и другие заболевания нередко называют «болезнями цивилизации».

Это так называемые болезни неэпидемического типа:

- + сердечнососудистые;
- + болезни органов дыхания;
- + обменные,
- + аллергические,
- + нейропсихические расстройства;
- + онкологические заболевания;
- + несчастные случаи и особенно травмы (таблица).

Распределение факторов риска при различных хронически протекающих заболеваниях и травмах

<i>Хроническое заболевание</i>	<i>Факторы, влияющие на здоровье населения</i>				<i>Итого</i>
	<i>Образ жизни</i>	<i>Загрязнение внешней среды</i>	<i>Биологические</i>	<i>Работа служб здравоохранения</i>	
<i>Ишемическая болезнь сердца (ИБС)</i>	60	12	18	10	100,0
<i>Сосудистые поражения мозга</i>	65	13	17	5	100,0
<i>Цирроз печени</i>	70	9	18	3	100,0
<i>Транспортный травматизм</i>	65	27	3	5	100,0
<i>Прочие несчастные случаи</i>	55	30	5	10	100,0
<i>Психические заболевания, приводящие к самоубийствам</i>	55	15	25	5	100,0
<i>Злокачественные новообразования</i>	45	19	26	10	100,0
<i>Сахарный диабет</i>	35	2	53	10	100,0
<i>Эмфизема легких, астма</i>	35	40	15	10	100,0

Какими факторами обусловлены «болезни цивилизации»?

Эти и другие заболевания, нередко называемые «болезнями цивилизации», не имеют строго определенной причины – их возникновение обусловлено различными факторами (социальными, психологическими, генетическими и др.).

В какое понятие они объединены, и какими дефектами поведения человека они сопровождаются?

Они объединены в понятие «образ жизни», который является неадекватным, нездоровым для человека и сопровождается дефектами его поведенческих проявлений (переедание, гиподинамия, табакокурение и т. д.).

Что понимают под образом жизни в общем виде?

В общем виде под *образом жизни* понимают вполне определенный, исторически обусловленный вид жизнедеятельности человека, определенный способ социальной активности личности или группы населения в материальной и нематериальной (духовной) сферах их жизнедеятельности.

Какие основные формы деятельности выделяют?

Выделяют основные формы деятельности человека: трудовая или профессиональная, общественно-политическая, познавательная, культурная, бытовая и т. д.

Под влияние чего формируется образ жизни личности?

В свою очередь, образ жизни личности формируется под влиянием условий жизни.

В их числе – материальные, социальные, политические, духовно-нравственные, культурные и другие условия, определяющие образ жизни личности, а также природные условия, которые, не являясь в целом определяющими, тем не менее оказывают влияние на образ жизни человека.

Условия жизни – это материальные и нематериальные факторы, воздействующие на образ жизни.

Образ жизни – это деятельность, активность людей, а условия жизни – это то, что окружает человека, взаимодействует с ним, изменяя его образ жизни.

В настоящее время, на основании исследований, установлена прямая связь социальных условий и образа жизни человека с показателями состояния здоровья населения. Эти исследования позволили выделить основные критерии, оказывающие наибольшее влияние на здоровье человека. Их совокупное влияние составляет в среднем 83,1-72,6 % от общего влияния факторов образа жизни.

Назовите основные критерии, оказывающие наибольшее влияние на здоровье человека.

К ним относятся:

-  социально-медицинская активность (26,6-21,8 %);
-  медико-социальная активность (24,8-19,8 %);
-  деятельность в быту (13,1-11,6 %);
-  социально-культурная активность (12,4-6,2 %);
-  производственно-трудовая активность (11,2-8,2 %).

Иными словами, наиболее сильное влияние на формирование здоровья населения оказывает *социально-медицинская активность*, под которой понимаются наиболее типичные и характерные виды и формы активности людей в области охраны индивидуального и общественного здоровья.

Что включает в себя социально-медицинская активность?

Социально-медицинская активность включает в себя деятельность отдельных лиц, групп, населения в целом, работу органов и учреждений здравоохранения, направленную на охрану здоровья.

При этом социально-медицинская активность складывается из *поведения личности, характеризующего отношение к своему здоровью и к здоровью других людей*, к выполнению медицинских предписаний и назначений, к своевременности посещения лечебно-профилактических учреждений.

На какие аспекты или элементы разделена медицинская активность?

Как и сам образ жизни, медицинская активность может быть разделена на различные ее аспекты или элементы:

- + санитарная (медицинская грамотность, гигиенические и антигигиенические привычки);
- + обращаемость в медицинские учреждения за советами, в том числе – профилактическими;
- + выполнение медицинских рекомендаций (в том числе по диспансеризации);
- + общий уровень медицинских знаний;
- + участие в охране общественного здоровья и в работе системы здравоохранения.

Какие выделяют критерии социально-медицинской активности?

Критериями социально-медицинской активности являются:

- + соблюдение режима питания;
- + физическая активность;
- + употребление алкоголя и табакокурение;
- + своевременное обращение за медицинской помощью;
- + соблюдение гигиенических норм.

От чего зависят проявления социально-медицинской активности?

Назовите причины социально-медицинской активности?

Эти и другие проявления социально-медицинской активности во многом зависят:

- + от общего уровня культуры и образования,
- + от психологической установки,
- + условий жизни,
- + состояния здравоохранения и др.

Медицинская активность населения обуславливает более 30 % всех факторов здоровья, а от ее низкого уровня зависит не менее 50 % случаев заболеваемости.

Нередко через социально-медицинскую активность граждан определяют понятие «здоровый образ жизни», при котором социально-медицинская активность должна иметь позитивные характеристики.

Однако здоровый образ жизни – это более широкое понятие: это – поведение людей, благотворно влияющее на их здоровье.

Что такое ЗОЖ?

В это понятие следует включать все позитивные для здоровья личности стороны образа жизни человека и виды его активности – трудовой, социальной, интеллектуальной, образовательной, физической, направленные на охрану, улучшение и воспроизводство здоровья.

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) – комплекс устойчивых, полезных для здоровья привычек.

В это понятие входит, с одной стороны, формирование позитивного поведения личности, а с другой – преодоление факторов риска.

Назовите основные составляющие ЗОЖ.

Основные составляющие ЗОЖ:

- + рациональное питание;
- + полноценный сон;
- + соблюдение режима дня;
- + соблюдение гигиенических норм и правил;
- + отказ от вредных привычек;
- + дозированные физические нагрузки;
- + психологический комфорт.

Что является ключом к способам, методам и формам формирования здорового образа жизни?

Ключом к способам, методам и формам формирования здорового образа жизни является социально-медицинская активность, т. е. деятельность людей, связанная с состоянием личного и общественного здоровья, и направленная на его охрану, укрепление и поддержание.

На что должно быть направлено гигиеническое воспитание населения?

Гигиеническое воспитание населения должно быть направлено на устранение в поведении человека вредных, неблагоприятных факторов образа жизни и поддержание благоприятных для здоровья личности характеристик образа жизни.

Иными словами, формирование здорового образа жизни становится основой, универсальным средством первичной профилактики и, следовательно, базой в стратегии охраны и укрепления здоровья.

Какими учреждениями реализуется право на охрану здоровья?

Где записано оно?

Право на охрану здоровья записано в Конституции Российской Федерации.

Это право реализуется государственными учреждениями:

1) Министерством здравоохранения и социального развития РФ, призванное охранять здоровье фактически здорового населения.

2) Министерством образования и науки Российской Федерации, в задачу которого входит и обучать молодежь, и прививать ей навыки здорового образа жизни.

3) Следует подчеркнуть, что вопрос охраны здоровья населения является задачей не только органов здравоохранения. Он решается как комплексная государственная проблема, включающая социальные меры по улучшению благосостояния народа (вопросы качества жилья, питания, роста заработной платы и т. д.) и систему мероприятий по улучшению воспитания и образования подрастающего поколения, а также развитие условий для занятий людей физкультурой и спортом.

***Под влиянием каких факторов формируется здоровье?
На какие группы объединяют экологические факторы?
На что направлены эти факторы?***

Здоровье формируется под влиянием факторов экологической среды (воздух, тепло, свет, питание, мебель и т. д.).

Все экологические факторы можно объединить в две группы.

В одну группу входят те из них, что регламентируются государственным законодательством, и требования к ним отражены в нормативных документах. Факторы этой группы (гигиенические требования) направлены на охрану экологичности среды и здоровья населения.

Именно показатели здоровья являются важным индикатором экологичности окружающей среды.

Другие факторы не подлежат государственному нормированию: они (купание зимой, различные диеты, прием биологически активных веществ и т. д.) направлены на укрепление индивидуального здоровья.

***Что такое гомеостаз? И каким он должен быть в зависимости от
меняющихся внешних факторов?***

Внутренняя среда организма (гомеостаз) – это состав его жидкостных сред (кровь, лимфа, и другие жидкости) – для обеспечения нормального протекания процессов обмена веществ должна поддерживаться на постоянном уровне, независимо от меняющихся внешних факторов.

Что такое биологические константы?

Что они характеризуют, и как влияют на организм?

Показатели внутренней среды организма – его биологические константы (температура, артериальное давление, содержание сахара в крови и т. д.) характеризуют состояние здоровья или болезни человека.

При отклонении этих показателей от нормы в организме возникает биологическая потребность в их восстановлении.

Что такое адаптация к внешней среде?

Что является целью всех процессов жизнедеятельности?

Все процессы жизнедеятельности организма в целом и отдельных его органов и систем направлены на адаптацию к внешней среде, т. е. на формирование таких адекватных реакций на факторы среды обитания, которые обеспечат восстановление биологических констант, а, следовательно, сохранение жизни и здоровья личности.

Поддержание постоянства внутренней среды организма является целью всех процессов жизнедеятельности, т. е. конечным полезным приспособительным результатом.

Что такое функциональные системы? Для чего они необходимы?

Для достижения этого результата в организме образуются функциональные системы – временные образования, взаимосвязь органов и тканей на основе механизмов нервной и эндокринной регуляции. Созданы они для достижения конечного приспособительного результата, коим является сохранение здоровья личности.

Функциональные системы разной степени сложности лежат в основе ответной реакции организма на действие экологических факторов.

На каких двух формах поведения базируются ответные реакции организма?

Ответные реакции организма базируются на основе двух основных форм поведения человека – врожденной и приобретенной.

Что лежат в основе первой формы поведения?

На основе чего они протекают?

В основе первой лежат *механизмы саморегуляции*, протекающие без участия нашего сознания, на основе безусловных рефлексов.

Иными словами, ликвидация потребности (восстановление биологической константы) – процесс постоянный и не прекращающийся ни на секунду, он протекает в нашем организме самостоятельно, без привлечения нашего сознания.

Когда организм включает осознанные поведенческие реакции, протекающие на базе условных рефлексов?

В том случае, если для восстановления постоянства внутренней среды собственных сил и внутренних резервов организма оказывается недостаточно, организм включает осознанные поведенческие реакции, протекающие на базе условных рефлексов.

Что понимается под социальными константами?

Кроме биологических, существуют и социальные константы.

Под *социальными константами* понимаются требования общества, которые оно предъявляет к своим членам на данном этапе развития, заложенные в его законах, обычаях, традициях, морали и т. д.

Поведение человека всегда связано с обучением (приобретением условных рефлексов) в меняющихся условиях среды обитания.

Высшие социальные мотивации поведения формируются, как правило, на основе биологических мотиваций – путем общения индивидуумов с родителями и знакомыми.

Социальные мотивации поведения определяют все формы выраженной целенаправленной деятельности человека. При этом наблюдается своеобразная иерархия мотиваций поведения. Ведущая в биологическом или социальном плане потребность становится доминирующей, которую после ее удовлетворения сменяет другая важная потребность, и тогда уже она становится доминирующей, и т. д.

Что учитывает схема формирования той или иной поведенческой реакции человека?

Формирование той или иной поведенческой реакции человека осуществляется по определенной схеме, которая учитывает:

-  его индивидуальные и возрастные особенности,
-  окружающую обстановку,

- ✚ реально существующие потребности личности, силу их выраженности и прошлый опыт человека на пути достижения результата.

Индивидуальные особенности поведенческих реакций, направленные на удовлетворение той или иной биологической или социальной потребности, характеризуют личность данного человека.

На что, в конечном итоге, направлено поведение человека (и населения в целом)?

Поведение человека (и населения в целом) в конечном итоге направлено на сохранение своего здоровья путем соблюдения здорового образа жизни.

Какие потребности должен человек удовлетворять для сохранения своего здоровья?

Так, для сохранения своего здоровья человек:

- ✚ должен питаться, т. е. удовлетворять врожденную пищевую потребность;
- ✚ для сохранения вида он должен размножаться, т. е. удовлетворять врожденную половую потребность, связанную с заботой о воспитании потомства;
- ✚ чтобы правильно ориентироваться во времени и пространстве, он должен учиться, т. е. удовлетворять врожденную познавательную потребность;
- ✚ для создания условий обитания и жизни должен трудиться, т. е. удовлетворять социальную потребность, сочетающуюся с врожденной потребностью в мышечном движении; и т. д.

К чему может привести невозможность ликвидации потребностей?

Восстановление нормы или ликвидация потребности, т.е. получение положительного результата за счет поведенческой реакции, всегда сопровождается положительными эмоциями. Если ожидаемый результат не получен, возникает эмоция со знаком «минус».

Вся наша жизнь – это ликвидация биологических и социальных потребностей. Невозможность ликвидации потребностей вызывает отрицательные эмоции и может привести к заболеваниям (физическим и психическим).

Продолжите определение: здоровый образ жизни – это индивидуальная система поведения человека...(на что направленная и чему способствует)?

Здоровый образ жизни – это индивидуальная система поведения человека, направленная на:

- ✚ рациональное удовлетворение врожденных биологических (пищевая, двигательная, познавательная, половая и т. д.)
- ✚ и социальных (работа, дом, семья) потребностей, вызывающая положительные эмоции (радость) и способствующая

профилактике болезней и несчастных случаев, т. е. полное физическое, психическое и социальное благополучие.

Следовательно, рациональное удовлетворение биологических и социальных потребностей формирует здоровье человека – его физическое, психическое и социальное благополучие.

На какие группы подразделяют все факторы, определяющие здоровье личности?

Все факторы, определяющие здоровье личности, можно разделить на две группы: факторы, формирующие здоровье, и факторы, разрушающие здоровье.

Перечислите факторы, формирующие здоровье населения.

- 1) питание;
- 2) двигательная активность;
- 3) половое воспитание;
- 4) природные факторы экологии человека.

Назовите факторы, разрушающие здоровье населения.

Основные факторы риска заболеваний населения, или факторы, разрушающие здоровье, универсальны для всех стран и народов:

- + нерациональное питание (с избыточным количеством насыщенного жира и соли, недостаток витаминов и т. д.);
- + низкая двигательная активность (сидячий образ жизни);
- + злоупотребление алкоголем;
- + табакокурение;
- + употребление наркотиков;
- + беспорядочные половые связи и связанные с ними заболевания (ЗППП);
- + аборты;
- + загрязнение окружающей среды;
- + низкая социально-медицинская активность населения.

2. Факторы, формирующие здоровье населения

А) Питание

Расскажите о первой, ведущей потребности человека.

Что означает рациональное питание?

Ведущей биологической потребностью человека является **пищевая**, которая для формирования здоровья требует своего удовлетворения. Рациональное питание существенно влияет на здоровье и неотделимо от здорового образа жизни.

Питание – первая биологическая потребность организма, требующая своей ликвидации путем рационального питания.

Питание является рациональным, если оно адекватное, сбалансированное и индивидуальное для каждого человека, потому заботиться о нем должен каждый самостоятельно.

Однако говорить об основных *принципах рационального питания* необходимо, так как оно является неперенным фактором, влияющим на здоровье человека.

Что является первым условием рационального питания?

Первым условием (неперенным) рационального питания является сбалансированность энергопоступления и энергозатрат.

Сколько ккал в день необходимо для мужчин и женщин для восполнения энергозатрат в сфере интеллектуального труда?

Людам, чьи профессии не требуют особых физических усилий, занятым в сфере интеллектуального труда, для восполнения энергозатрат достаточно в среднем 2 500-3 000 ккал в день для мужчин и 2 200-2 500 ккал – для женщин.

Должна ли быть увеличена калорийность питания при повышении интенсивности физического труда?

При повышении интенсивности физического труда энергозатраты увеличиваются, и, соответственно, должна быть увеличена калорийность питания.

Какой общей калорийности должна быть пища в пожилом возрасте?

В пожилом возрасте сбалансированность питания достигается за счет снижения общей калорийности употребляемой пищи в среднем до 2 300-2 600 ккал для мужчин и 2 100-2 300 ккал – для женщин.

Что является вторым условием рационального питания?

Вторым условием рационального питания является восполнение потребности организма в полноценных пищевых продуктах – сбалансированность питания, т. е. качественный состав суточного рациона питания.

Сколько составляет суточная потребность организма в белках?

Суточная потребность организма в белках составляет в среднем 90-95 г, что обеспечивает восполнение 15 % общей калорийности.

В каких продуктах содержится полноценный белок?

К полноценному белку относятся мясо, рыба, творог, сыр, молоко. Кроме этого, необходим и белок растительного происхождения – фасоль, соя, орехи, зерновые продукты.

Назовите суточную потребность организма в жирах?

Суточная потребность организма в жирах в среднем составляет 80-100 г, что обеспечивает восполнение 35 % общей калорийности.

С какими продуктами мы потребляем жир?

Около половины необходимого количества мы потребляем с мясом, колбасой, сыром, творогом, молоком, то недостающие 40-50 г жира можно ввести в организм при приготовлении пищи, а также в виде масла – с бутербродами.

Какова суточная потребность организма в углеводах?

Суточная потребность организма в углеводах в среднем составляет 300-400 г, что обеспечивает восполнение 50 % общей калорийности.

В каких продуктах содержатся простые и сложные углеводы?

Из этого количества на долю корнеплодов, овощей и фруктов – так называемых сложных углеводов – должно приходиться не менее 300 г, а простых углеводов (кондитерские изделия, мед, сладкие напитки) – не более 40 г.

Какое количество крахмала должно входить в суточный рацион?

В каких продуктах содержится крахмал?

Крахмалосодержащие продукты (хлеб, каши, картофель, макароны) должны входить в суточный рацион в количестве не более 200-250 г. Особенно важен контроль над потреблением чистого сахара. Его прием должен быть максимально снижен или восполнен медом и другими заменителями сахара.

Более высокой пищевой ценностью обладают нерафинированные продукты, богатые минеральными веществами, пищевыми волокнами, витаминами.

Что относят к третьему условию рационального питания?

Третье условие рационального питания – употребление экологически чистых продуктов.

В чем заключается четвертое условие рационального питания?

Четвертое условие заключается в правильном распределении суточной калорийности пищевого рациона: на завтрак должно приходиться в среднем 40 % общего количества пищи, на обед – 45 и 15 % – на ужин.

Что может являться следствием несбалансированного питания?

Вопрос адекватного, полноценного питания непременно связан с излишней полнотой, которой в России страдают 26-28 % населения. Вместе с тем, врачи все больше встречаются с больными, у которых наблюдается малокровие в результате несбалансированного питания, лишённого полноценных белков, жиров и углеводов. Наиболее заметно это отражается на повторно беременных женщинах, на многодетных матерях, на людях преклонного возраста.

Б) Двигательная активность

Расскажите о второй биологической потребности – двигательной активности.

Двигательная активность является второй биологической потребностью, лежащей в основе формирования здоровья человека.

Мышечная нагрузка жизненно необходима человеку. Без работы мышц не может нормально функционировать ни одна из систем организма. Во время мышечной работы происходит своего рода самоочищение: организм освобождается от ненужных шлаков и, следовательно, предохраняет себя от многих болезней, связанных с самоотравлением продуктами собственной жизнедеятельности.

Мышцы являются не только важной частью опорно-двигательного аппарата: они входят в состав и обеспечивают работу всех сосудов и внутренних органов, более того – через мышечные движения, в конечном счете, осуществляется и вся психическая деятельность человека. Снижение физической активности заметно влияет на психоэмоциональное состояние личности, вызывая разбалансировку физического и психического благополучия человека, приводя к развитию депрессии.

Человечество в своем эволюционном развитии всегда было ориентировано на физические нагрузки. Чтобы выжить, наш предок должен был быть и сильным, и выносливым. Функциональные возможности органов и систем были приспособлены к высокой степени физической активности. Однако постепенно физическая нагрузка уменьшалась, что не могло не сказаться на функциональных возможностях систем жизнеобеспечения организма. Органы и системы утратили тот естественный катализатор, которым являлась физическая активность. Гиподинамия повлекла за собой многочисленные болезни и, прежде всего, заболевания опорно-двигательного аппарата и его основной части – позвоночника. У человека появились порочная осанка, сколиоз, остеохондроз и все прочие проблемы, связанные с данной патологией.

Человек создан, чтобы постоянно двигаться, но на практике, вопреки природе, мы в основном сидим. С годами физическая активность еще больше уменьшается, а рекомендации о необходимости активного образа жизни проходят мимо сознания человека. Современному человеку необходимо ежедневно проходить в среднем 7-8 тыс. м (10 тыс. шагов), т. е. не менее одного часа в день ему следует находиться в состоянии повышенной физической активности. Имеется упоминание о высеченном на скале в Элладе 2 500 лет тому назад изречении: «Хочешь быть сильным – бегай, хочешь быть красивым – бегай, хочешь быть умным – бегай». С этим воззрением следует согласиться, чтобы привлечь внимание к необходимости физической активности человека для поддержания своего здоровья, не забывая, однако, и о том, что во всем требуется знать меру.

Мышечная работа непременно должна быть равноценной отдыху. Лишь тогда физические движения будут способствовать здоровью, когда они чередуются с покоем. Именно равновесие двух этих состояний человека обеспечивает нормальную жизнедеятельность его организма.

В этой связи необходимо отметить, что возникновение некоторых болезней может провоцироваться излишне высокими физическими нагрузками. В немалой степени этому способствует характер производства и некоторые виды профессионального труда: при отсутствии прогресса в механизации и автоматизации производства они не могут способствовать укреплению здоровья человека и противоречат здоровому образу жизни вообще.

Правильный, сбалансированный режим движений и отдыха сохраняет здоровье и является важным фактором его формирования.

Одним из эффективных и действенных средств воспитания духовно и физически здорового подрастающего поколения является физическая культура и спорт. Сама природа спорта, спортивной деятельности обладает мощным фактором преобразования личности. В основе спорта лежат идеалы силы и мужества, уважения к сопернику, дружбы и взаимопомощи. Спорт закаляет характер, учит преодолевать трудности, держать «удары судьбы».

Спорт формирует личность – поскольку он учит бороться с собственными слабостями, преодолевать себя. Занятия спортом формируют в человеке навыки здорового образа жизни, вырабатывают негативное отношение к факторам, разрушающим здоровье, – алкоголизму, наркомании, табакокурению.

Физическая культура и спорт выходят на первое место по привлекательности для подростков и учащейся молодежи. От 60 до 80 % подростков отдают предпочтение спорту, спортивной деятельности в структуре своих интересов и потребностей. Спортивные объединения молодежи являются наиболее массовыми. Решение проблем здоровья и формирования здорового образа жизни молодежь связывает с физкультурой и спортом. У людей, занимающихся физической культурой и спортом, на ведущие места выходят мотивы формирования личного характера и обретения навыков действия в экстремальных ситуациях.

Специальные исследования показывают, что занятия спортом являются эффективным средством социализации личности, преодоления негативных влияний, оказываемых на подростков в неблагополучных семьях. Спорт позволяет таким подросткам формировать систему нравственных позитивных ценностей, несмотря на негативное воздействие близкого окружения. Спорт также дает возможность неуверенным в себе, слабым подросткам почувствовать себя полноценной личностью, человеком, способным постоять за себя, самоутвердиться.

Спорт обладает большой жизнеутверждающей силой. По данным статистики известно, что увеличение числа самоубийств наблюдается в среднем в возрасте 15-19 лет. Чаще всего это случается с молодыми людьми, потерявшими ориентиры в жизни и погруженными в собственное одиночество. Занятия спортом разрывают круг одиночества, дают человеку выход на просторы человеческого общения.

Спорт является одним из важных факторов, формирующих социальное благополучие общества.

В) Половое воспитание

Что включает в себя третья биологическая потребность человека?

Следующей врожденной биологической потребностью является половая (половой инстинкт), которая включает в себя влечение к противоположному полу, беременность, роды, заботы о потомстве.

Когда закладывается фундамент здоровья? Что играет ведущую роль в формировании здоровья нового поколения?

Следует помнить, что фундамент здоровья закладывается на самых ранних этапах роста и развития организма, включая и внутриутробный период. Поэтому образ жизни будущих родителей и их образованность по вопросам беременности, родов и ухода за ребенком первого года жизни, знание ими особенностей роста и развития детей и подростков, требований к условиям и режиму жизни детей играет ведущую роль в формировании здоровья нового поколения.

Выявите актуальность проблемы полового воспитания.

Формирование сексуальной культуры является одним из важных компонентов здорового образа жизни, а актуальность проблемы полового воспитания населения подтверждается высокой распространенностью заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП).

Дети и подростки нуждаются в основных знаниях о работе своего организма и о происходящих с ним изменениях в связи с половым созреванием.

Проведенное исследование в 10 городах России свидетельствует о том, что проблема половых взаимоотношений волнует как подростков, так и их родителей. Однако педагоги и воспитатели не подготовлены для проведения просветительской и воспитательной работы по половому воспитанию, а на уровне государства отсутствует согласованная государственная политика по проблеме полового воспитания, о чем свидетельствуют серьезные разногласия при обсуждении законодательных актов в Государственной Думе и несогласованность программ сексуального воспитания школьников с разработками специалистов-медиков.

Наблюдается диссонанс между постоянной пропагандой в средствах массовой информации свободных сексуальных отношений и отсутствием программ по пропаганде предупредительных мер по снижению ЗППП, что способствует их распространению. Агрессивное навязывание средствами массовой информации «свободы нравов», с одной стороны, и медицинское просвещение по столь деликатному вопросу – с другой, требуют обязательного учета возрастных и половых психологических, а также бытовых и других особенностей подростковой среды.

Каковы должны быть действия будущей матери?

Рождение здорового и крепкого ребенка во многом зависит от действий матери. Беременная женщина должна вести здоровый образ жизни: правильно питаться, быть достаточно активной. В течение всего периода беременности категорически запрещается употребление наркотиков, спиртных напитков и табакокурение.

К чему приводит алкоголизм беременной женщины?

Алкоголизм матери приводит к рождению детей с так называемым алкогольным синдромом, который характеризуется недоразвитием верхней челюсти, выступающим лбом, косоглазием, неправильным соотношением лицевой и мозговой частей черепа, уменьшением размеров головы ребенка, умственной и физической отсталостью в развитии ребенка.

Большая роль в патологии плода и новорожденного принадлежит иммунологической несовместимости крови матери и плода по резус-фактору или по группе крови.

Как необходимо правильно принять роды и обработать пуповину?

Роды наступают в среднем на 40-й неделе беременности. Если роды происходят вне родильного дома, необходимо уметь правильно принять роды и обработать пуповину.

Пуповину после прекращения пульсации (через 5-7 мин после рождения) протирают ватным тампоном, смоченным спиртом, и накладывают 2 зажима (или 2 шелковины). Пуповину между зажимами обрабатывают 5 % раствором йода и перерезают стерильными ножницами. Место разреза детского конца пуповины смазывают йодом и закрывают стерильной марлевой салфеткой.

После рождения ребенка начинается послеродовый период его существования, во время которого плацента отделяется от стенок матки и рождается послед. Родившийся послед тщательно осматривается для определения целостности плаценты и плодных оболочек.

Как необходимо кормить новорожденного?

Пищевая биологическая потребность у новорожденного является ведущей, поэтому кормление становится главным событием жизни новорожденного.

Время приёма пищи служит основой для составления режима дня ребенка. Крепких, доношенных детей обычно кормят шесть раз в сутки через 3,5 ч, с шестичасовым ночным перерывом. По контрольному взвешиванию – до и после прикладывания к груди – легко определить, получает ли он нужное количество пищи. С 5-6 месяцев вводится прикорм.

Что является важным в воспитании ребёнка?

Самое важное в воспитании ребенка – это соблюдение твердого режима. Если ребенок спит, ест, двигается и гуляет в одно и то же время, у него вырабатываются определенные рефлексy, привычка засыпать, есть и играть в одни и те же часы.

Г) Природные факторы экологии человека

В чём актуальность экологической безопасности среды обитания?

Экологическая безопасность среды обитания является одним из важнейших факторов обеспечения здоровья человека.

Чистота воздуха, воды, почвы, степень радиоактивного загрязнения региона – все эти факторы должны постоянно находиться в поле зрения социальных работников.

Загрязнение природы обусловлено самим человеком, его производственной деятельностью. Воздух, вода и почва – это те среды, в которых происходит рост и развитие ребенка, а также существование взрослого организма; они должны отвечать требованиям соответствующих санитарных правил и норм (СанПиНов). Воздух, вода и почва при их несоответствии санитарным нормам могут прямо или опосредованно

оказывать токсическое, аллергенное, канцерогенное, мутагенное и другое воздействие на организм человека.

Покажите влияние воздуха на организм человека.

Воздух. Действие воздушной среды на организм – комплексное, связанное с влиянием физических, химических, бактериологических и механических составляющих, но наибольшее воздействие связано с физическими свойствами воздуха (температура, влажность, подвижность воздуха, барометрическое давление, электрическое состояние), поскольку они в значительной степени определяют теплообмен организма с окружающей средой.

Температура воздуха является постоянно действующим фактором окружающей среды. Человек подвергается действию колебаний температуры воздуха в различных климатических районах, при изменении погодных условий, при нарушении температурного режима в жилых и общественных зданиях. Влажность и подвижность воздуха также имеют большое значение, влияя на теплообмен организма с окружающей средой.

В зависимости от питания, одежды, объема выполняемой работы тепловое состояние человека изменяется в достаточно широких пределах. Объективная оценка теплового состояния человека необходима для гигиенического нормирования физических факторов воздушной среды. Комплексное влияние физических свойств воздушной среды наиболее ярко выражено в микроклимате закрытых помещений (жилые, общественные и промышленные помещения).

Каковы колебания атмосферного давления на поверхности земли являются в норме?

Колебания атмосферного давления на поверхности земли связаны с погодными условиями и обычно не превышают в среднем 4-10 мм рт. ст. Однако возможны существенные повышения и понижения атмосферного давления, способные привести к неблагоприятным изменениям в организме человека.

Что характеризует электрическое состояние атмосферного воздуха?

Электрическое состояние атмосферного воздуха характеризуют его ионизация, электрическое поле земной атмосферы, грозовая электрика, естественная радиоактивность.

Из какой смеси газов состоит воздушная среда, составляющая земную атмосферу?

Воздушная среда, составляющая земную атмосферу, представляет собой смесь газов. Кроме постоянных составных частей (кислород, азот, углекислый газ, инертные газы, озон, некоторые окиси и водяные пары), в атмосфере содержатся примеси природного происхождения, а также разнообразные загрязняющие компоненты, поступающие в атмосферу в результате производственной деятельности человека.

Покажите, какую роль играет вода для организма человека?

Вода является одним из самых важных элементов окружающей среды. Вода нужна организму человека больше, чем все остальное, за исключением кислорода. Без пищи человек может прожить более месяца, а без воды – лишь несколько дней. Обезвоживание ведет к необратимым последствиям и в итоге – к гибели организма.

Какие функции выполняет гидросфера?

Все водные запасы на Земле объединены понятием «гидросфера». Гидросфера имеет огромное значение для жизни и здоровья человечества:

- + она регулирует климат планеты;
- + обеспечивает хозяйственную и промышленную деятельность людей;
- + входит в состав всех живых организмов;
- + в том числе – и в состав тела человека;
- + выполняя в нём роль структурного компонента, растворителя и переносчика питательных веществ;
- + вода участвует в биохимических процессах, протекающих в организме, регулируя его теплообмен с окружающей средой.

Назовите причины, приводящие к нарушению качества воды.

Основной проблемой, связанной с гидросферой планеты, являются условия обеспечения населения водой, ее качество и возможности улучшения этих условий. Эта проблема до недавнего времени не была столь актуальной, однако в последние десятилетия ситуация резко изменилась:

- + огромная концентрация населения в городах;
- + резкое увеличение промышленных;
- + транспортных;
- + сельскохозяйственных;
- + энергетических
- + и других антропогенных выбросов в атмосферу и в водную среду привели к нарушению качества воды, к появлению в водоисточниках несвойственных природной среде химических, радиоактивных и биологических агентов.

Какую роль играет почва в жизни человека?

Почва – как неотъемлемая часть экологической системы – наряду с солнечным светом, водой, температурой окружающей среды является важнейшим компонентом сферы обитания человека и животных.

Почве принадлежит ведущая роль в круговороте веществ в природе. Она представляет собой огромную естественную лабораторию, в которой непрерывно протекают разнообразные и сложные процессы разрушения и синтеза неорганических и органических веществ, фотохимические реакции. В почве живут и погибают патогенные бактерии, вирусы, простейшие, яйца гельминтов. Почва является одним из основных путей передачи ряда инфекционных и неинфекционных заболеваний, гельминтозов.

Недостаток или избыток микроэлементов в почве вызывает различные эндемические заболевания. С почвой тесно связаны количество и качество продуктов растительного и животного происхождения, т. е. – наше питание. Состояние почвы существенно влияет на климат местности.

Какова роль климата в жизни человека?

Чем характеризуется климат?

Климат является одним из факторов, формирующих здоровье населения. Климат характеризуется временами года, изменением атмосферного давления, температурой воздуха, радиационным климатом. Для каждого сезона характерны свои изменения в организме и, соответственно, его определенные функциональные состояния.

Какова роль светового климата для организма?

Световой климат. Неполноценный световой климат и, в частности, длительное отсутствие видимого солнечного излучения могут явиться причинами изменения не только функционального состояния отдельных органов и систем, но и развития ряда патологических нарушений организма.

Составной частью чего является видимое излучение (световой климат)? Чем грозит длительно отсутствие солнечного излучения?

Видимое излучение (световой климат) является составной частью радиационного климата и адекватным раздражителем зрительного анализатора, через который поступает до 90 % информации об окружающем нас мире.

Неполноценный световой климат и, в частности, длительное отсутствие солнечного излучения могут явиться причиной изменения не только функционального состояния отдельных органов и систем, но и развития ряда патологических состояний организма, среди которых особое место занимают *аномалии рефракции*.

Наиболее отчетливо зависимость числа лиц с аномалией рефракции от характера естественного радиационного климата проявляется в условиях Севера. Так, в Заполярье подростков, имеющих близорукость (миопическая рефракция), в среднем в 2-3 раза больше, чем в южных районах страны.

Наблюдения за лицами, проживающими в разных климатических районах, позволили выявить, что весной у людей, проживающих на Севере, наблюдается более заметное ухудшение физиологических функций, нежели осенью. Это свидетельствует о том, что проживание на Севере в зимний период года при низких уровнях освещенности, создаваемых лишь искусственными источниками излучения, без какого-либо естественного освещения, не способствует поддержанию зрительных функций человека на том уровне, который имеет место у него же в осенний период.

Как вы понимаете понятие синдрома «сезонных расстройств»?

С отсутствием воздействия на человека естественного света связано явление «сезонных расстройств» или «светового голодания» – такое состояние организма, которое обусловлено дефицитом видимого и

ультрафиолетового излучения, проявляющееся в нарушении обмена веществ и в общем снижении показателей резистентности организма.

К чему приводит продолжительная работа в помещении без естественного света?

Продолжительная работа в помещении без естественного света может:

-  оказывать неблагоприятное психофизиологическое воздействие на работающих из-за отсутствия связи с внешним миром;
-  ощущения замкнутости пространства, особенно в небольших по площади помещениях;
-  общей монотонности искусственной световой среды.

Все это вызывает неприятные субъективные ощущения у работающих, приводит к ухудшению их самочувствия, настроения и к снижению работоспособности.

Что применяют для компенсации ультрафиолетовой недостаточности в помещениях?

Для компенсации ультрафиолетовой недостаточности в помещениях без естественного света используются 1) УФ-облучательные установки длительного действия (совмещенные с осветительными установками) или 2) облучательные установки кратковременного действия (фотарии).

Как влияет на зрительную работоспособность прямое солнечное облучение помещений? Какие устройства необходимы установить в помещениях?

При прямом солнечном облучении помещений, характеризующемся резкими колебаниями уровня освещенности в пределах 700-16 000 лк (т. е. в 10-20 раз), зрительная работоспособность может значительно снижаться. Эти данные подтверждают требование о необходимости установления в помещениях светорегулирующих устройств, способствующих созданию в них равномерной естественной освещенности высокого уровня.

Какие функции выполняет зрительный анализатор?

Зрительный анализатор – один из основных органов чувств.

- 1) Он не только осуществляет зрительные функции глаза,
- 2) но и играет ведущую роль в объединении всех органов чувств в единую функциональную систему анализаторов,
- 3) также ему принадлежит важнейшая роль в регуляции биологических ритмов, а, следовательно,
- 4) в регуляции основных процессов жизнедеятельности организма. Изменение (нарушение) его функций в полной мере отражает влияние адекватного раздражителя, т. е. количественных и качественных характеристик светового климата. Количественные характеристики светового климата характеризует яркость.

Обладает ли зрительный анализатор глаза способностью к адаптации?

Зрительный анализатор глаза обладает способностью к адаптации. Если глаз был адаптирован к свету, то в темноте его чувствительность повышается, а если глаз был адаптирован к темноте, то переход к свету приводит к снижению его чувствительности. Благоприятным режимом работы зрительного анализатора является тот, при котором на сетчатку падает постоянное и оптимальное количество света. Именно постоянство освещенности сетчатки, регулируемое зрачком, характеризует оптимальные условия световой среды, основной характеристикой которой является яркость.

В чём заключается биологическая роль зрительного анализатора глаза?

Биологическая роль зрительного анализатора глаза заключается не только в его способности воспринимать свет (световосприятие), но и в способности выполнять зрительную работу, которая не может осуществляться без света.

Поэтому способность к выполнению зрительной работы нуждается в создании определенной световой среды, требования к которой зависят от сложности и точности зрительной работы и определяются размером объектов восприятия, контрастом их с фоном, а также длительностью выполнения заданной зрительной работы.

Какое влияние оказывает зрачок на выполнение глазом его основной функции?

Способность глаза выполнять различной сложности (размер, контраст и др.) зрительную работу характеризует его основная функция – острота зрения, т. е. способность глаза видеть форму предмета, различать его очертания, размер, отдельные детали. Четкость изображения рассматриваемого предмета, т. е. его фокусировку, в зависимости от характера зрительной работы, уровней яркости и возраста человека осуществляет или только зрачок, или – зрачок и хрусталик, или один хрусталик (аккомодационная функция). Иными словами, значительным фактором, определяющим Остроту зрения глаза, является его входное отверстие, т. е. размер зрачка. Наиболее высокая острота зрения наблюдается при диаметре зрачка 2-4 мм, который имеет место при высоких уровнях яркости (150-250 кд/м²).

Как влияет нагрузка на зрительный анализатор глаза? К чему приводит?

Нагрузка на зрительный анализатор глаза у людей всех возрастных групп с каждым годом увеличивается. Кроме того, возрастает общее число людей, занятых выполнением точной зрительной работы, что предъявляет высокие требования к аккомодационной функции глаза.

Всё это приводит к раннему развитию возрастной дальнозоркости (пресбиопии), что сказывается не только на снижении работоспособности

человека, но в ряде случаев может даже приводить к потере личностью своей профессиональной пригодности.

Как меняется зрительная работа в зависимости от уровней освещенности?

Диапазон адаптации глаза настолько велик, что он может функционировать как при очень высоких, так и при очень низких уровнях освещенности (доли люкса создает свет лучины, свечи, Луны), однако в последнем случае поток информации из внешнего мира не полон, а качество, скорость и продолжительность выполнения зрительной работы – ограничены.

При высоких уровнях освещенности зрительная работа выполняется в полном объеме, так как в процесс зрительного восприятия вовлекаются основные, наиболее «экономичные» функции зрительного анализатора.

При высоких уровнях яркости, когда зрачок, поддерживая постоянство силы раздражителя сетчатки, уменьшается в диаметре, усиление оптической силы глаза осуществляется только самим **зрачком**. При этом зрительный анализатор глаза может четко воспринимать предметы любого размера, как далеко, так и близко расположенные, без напряжения аккомодации.

С уменьшением степени яркости зрачок для поддержания освещенности сетчатки на постоянном оптимальном уровне расширяется до определенных пределов, и тогда в усилении оптической силы глаза принимают участие и **зрачок, и хрусталик**.

При дальнейшем уменьшении степени яркости поля адаптации и увеличении размеров зрачка усиление оптической силы глаза осуществляется преимущественно одним лишь **хрусталиком**, что приводит к напряжению аккомодации с последующим развитием близорукости или ранней возрастной дальнозоркости.

В широком диапазоне степени яркости, благодаря наиболее быстрым процессам адаптации, т.е. в результате изменения диаметра зрачка от 8 до 2 мм и менее, уровень освещенности сетчатки при покое аккомодации остается постоянным – равным 6,0-6,5 лк (люкс). Уровни яркости этого диапазона от 50 до 500 кд/м² и более оцениваются как оптимальные.

Какие основные требования к уровням освещенности определяют?

Изучение взаимоотношения светового климата и зрительного анализатора глаза позволило определить основные требования к уровням освещенности.

1. Глаз человека реагирует на яркость объекта. Уровень яркости тем больше, чем выше освещенность и отражательная способность рассматриваемого объекта.

2. Характеристика степени яркости объекта не зависит от источника видимого излучения, т. е. от того, создается ли сила яркости искусственным или естественным источником света. У зрительного анализатора глаза, как и у других анализаторных систем, не имеется чувствительных нервных

окончаний, реагирующих отдельно на свет естественного или искусственного происхождения.

3. Основное условие для продуктивной зрительной работы – это достаточность уровня освещенности (яркости). Достаточный (оптимальный) уровень яркости, при котором может выполняться любая по сложности зрительная работа, характеризуется постоянством силы раздражителя (освещенности) сетчатки, регулируемой зрачковым рефлексом, способствующим усилению оптической силы глаза. При этом изображение фокусируется в центре сетчатки.

4. Предельно допустимые уровни яркости определяются характером зрительной работы (размером объекта зрения). При уровне яркости ниже предельно допустимого зрительная работа осуществляется при непостоянстве освещенности сетчатки (сила раздражителя – ниже оптимальной) и при мобилизации сложных процессов адаптации, весьма утомительных для глаза.

Какую роль играет УФИ на организм человека?

Назовите основные факторы, которые влияют на количество и спектральный состав УФИ.

Ультрафиолетовое излучение (УФИ). Солнце является источником ультрафиолетовой радиации в широком диапазоне длин волн. До поверхности Земли доходят ультрафиолетовые лучи 288-400 нм. Более короткие ультрафиолетовые лучи поглощаются верхними слоями атмосферы, естественным их фильтром является озоновый слой. Солнечное излучение на пути к поверхности Земли претерпевает ряд изменений.

Основными факторами, влияющими на количество и спектральный состав УФИ являются:

- + высота солнцестояния,
- + тип и степень облачности,
- + время суток,
- + наличие в атмосфере аэрозолей, смога.

Что происходит при воздействии на кожу ультрафиолетовых лучей?

У человека отсутствуют рецепторы, непосредственно реагирующие на ультрафиолетовую радиацию. В результате воздействия на кожу ультрафиолетовых лучей разной длины волны в ней происходят процессы, нередко вызывающие негативную реакцию всего организма.

При поглощении кожей ультрафиолетового излучения в ней протекают различные фотохимические реакции.

1. Ультрафиолетовые лучи длинноволнового диапазона стимулируют процессы образования меланина в клетках верхнего слоя кожи, что обуславливает ее пигментацию (загар).

2. Максимальным пигментирующим воздействием обладают длинноволновые ультрафиолетовые лучи с длиной волны 340-360 нм. Усиление образования пигмента приводит к активации синтеза

адренокортикотропного гормона гипофиза, который регулирует секреторную деятельность надпочечников.

3. При поглощении значительного количества единиц средневолнового ультрафиолетового излучения на коже появляется эритема (краснота). Она возникает через 3-12 ч от момента облучения, имеет четкие границы и ровный красно-фиолетовый цвет. Максимальным эритемообразующим воздействием обладает средневолновое ультрафиолетовое излучение с длиной волны 297 нм.

4. При облучении средневолновыми ультрафиолетовыми лучами 280-310 нм поверхностных слоев кожи в ней происходят химические реакции, приводящие к образованию витамина D₃, который переносится в печень током крови.

Что происходит при недостатке солнечного облучения? В чём это выражается?

При недостатке солнечного облучения наступает состояние светового голодания организма, или – ультрафиолетовая недостаточность.

Она выражается:

-  в повышении возбудимости нервных центров,
-  в вымывании кальция из костей и зубов,
-  в титаническом (судорожном) сокращении мышц,
-  в замедлении умственного созревания детей и формировании у них рахита,
-  в снижении общей резистентности и умственной работоспособности личности.

Наличие в организме витамина D₃ в необходимом количестве нормализует вышеперечисленные процессы. Средневолновые ультрафиолетовые облучения можно использовать с лечебными и профилактическими целями. Для этого также могут применяться искусственные источники ультрафиолетовой радиации.

Ультрафиолетовое излучение средневолнового диапазона в первые 30-60 мин после облучения изменяет функциональные свойства механорецепторов кожи с последующим развитием кожно-висцеральных рефлексов, стимулирующих деятельность практически всех органов и систем организма. Происходит активация адаптационно-трофической функции симпатической нервной системы и восстановление нарушенных процессов белкового, углеводного и липидного обменов в организме. Происходящие при этом изменения приводят к подавлению воспалительных процессов. Кроме того, за счет кожно-висцеральных рефлексов данный фактор тормозит начальную фазу воспаления внутренних органов.

Чувствительность кожи здорового человека к средневолновому ультрафиолетовому излучению существенно зависит от уровня времени предшествующего облучения. Поэтому весной она повышается, а осенью – снижается. При постоянном облучении кожи чувствительность ее к ультрафиолетовым лучам значительно понижается.

Воздействуя на организм человека в течение всего периода эволюции, ультрафиолетовая радиация стала не только привычным раздражителем, но и жизненно необходимым фактором, обуславливающим физическое равновесие человеческого организма.

3. Понятие о валеологии

Кто предложил термин «валеология» и в каком году?

В 1980 году И.И. Брехман предложил термин валеология (лат. valeo – здравствовать + logos – учение) для обозначения науки о здоровье.

Что такое валеология?

Валеология – это новая интегративная область знаний (самостоятельная область науки, практики и комплексная учебная дисциплина) о закономерностях, способах и механизмах формирования, сохранения, укрепления и воспроизводства здоровья человека.

Овладение основами данной науки необходимо для социальных работников, будущая трудовая деятельность которых – научить, обучить, привить навыки и умения своим клиентам, как можно и нужно сохранить свое здоровье.

Валеология призвана обеспечить разработку и реализацию системы мер по пропаганде здорового образа жизни, повышению ценности здоровья для каждого человека, сделать болезнь не выгодной с точки зрения профессиональной карьеры и трудовых доходов.

На какие два направления сосредоточены основные усилия государства?

Основные усилия государства и общества необходимо сосредоточить на двух взаимосвязанных направлениях.

Первое направление – это формирование у населения и руководителей органов власти и управления идеологии и практики жизнесохранительного поведения, изменения в этом отношении общественного сознания, повышение ценности здоровой и продолжительной жизни на шкале государственных и индивидуальных ценностей.

Второе направление – реформирование системы здравоохранения на основе приоритетного финансирования отраслей здравоохранения, дающих максимальный с точки зрения улучшения здоровья и снижения смертности населения эффект, при обязательном существенном увеличении расходов на охрану здоровья в ВВП.

Мониторинг здоровья населения РФ.

Мониторинг здоровья населения РФ – это постоянный процесс слежения за состоянием и изменением здоровья населения, за средой обитания и окружающей средой, качеством жизни и другими взаимосвязанными факторами с целью учета их при разработке управленческого решения политического, экономического, социально-демографического, медико-гигиенического и др. характера для улучшения

здоровья человека, семьи и общественного здоровья. Система Мониторинга здоровья на основе федеральной целевой программы в РФ была создана в 1996 году.

ГУЗ «Республиканский медицинский информационно-аналитический центр» при Министерстве здравоохранения.

Направлениями сферы его деятельности являются:

- + анализ состояния здоровья населения республики;
- + координация деятельности здравоохранения в области управления качеством, менеджмента и маркетинга;
- + работы в области медицинской статистики.

Республиканский форум «Здоровый образ жизни: практика, внедрение, принцип жизни». На этом форуме была принята Республиканская комплексная целевая программа «Здоровый образ жизни», которая раскрывает направления работы по формированию ЗОЖ в таких сферах как:

- + здравоохранение;
- + образование;
- + физическая культура и спорт;
- + социальная работа;
- + правопорядок.

Большая роль в формировании ЗОЖ принадлежит Городскому центру медицинской профилактики.

Литература

Основная:

1. Вайнер Э.Н. Общая валеология. – Липецк. – 1998.
2. Назарова Е.Н. Основы социальной медицины: учеб. Пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.Н. Назарова, Ю.Д. Жиллов. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 368 с.

Дополнительная:

1. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология / Серия «Гиппократ». Ростов н/Д.: Феникс, 2000. – 248 с.
2. Байер К., Шейнберг Л. Здоровый образ жизни. – М., Мир, 1997.
3. Бичиханов М.П. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней (валеология). – Улан-Удэ: Издательство Бурятского государственного университета, 1999. – 102 с.
4. Колбанов В.В. Валеология: основные понятия, термины и определения. СПб.: Издательство ДЕАН, 2001. – 256 с.
5. Лодкина С.Р. Валеология. Учебно-методическое пособие. – Челябинск, 1996.
6. Методические и организационные подходы к проблеме валеологического образования и воспитания / Департ. образования

- Администр., Обл. ИУУ, Обл. психолого-валеологический центр, КемГУ, под ред. Э.М. Казина, Т.С. Паниной, В.П. Казначеева. – Кемерово, 1997. – 109 с.
7. Методическое пособие по валеологии (часть I). Составители: к.м.н. Т.А. Высоцкая; к.б.н. Л.А. Корнеева. – Чита: Изд-во Забайкальского гос. пед. унив. им. Н.Г. Чернышевского, 1997. – 97 с.
 8. Методическое пособие по валеологии (часть II). Составители: к.м.н. Т.А. Высоцкая; к.б.н. Л.А. Корнеева. – Чита: Изд-во Забайкальского гос. пед. Унив. им. Н.Г. Чернышевского, 1997. – 157с.
 9. Разумникова О.М. Социальные и биологические основы здоровья: Учеб. пособие. – Новосибирск: Изд-во НТГУ, 2001. – 132 с.
 10. Тетерский С.В. Введение в социальную работу: Учебное пособие. – М.: Академический Проспект, 2003. – 496 с.
 11. Чиркина Т.Ф., Битуева Э.Б., Будаева В.К., Шурыгина Ю.Ю. Практикум по валеологии: Учебное пособие. – Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ, 2001. – 128 с.
 12. Чумаков Б.Н. Валеология: Учебное пособие. 2-е изд. испр. и доп. – М.: Педагогическое общество России, 2000. – 407 с.

Тема № 5. Международные организации социально-медицинского профиля. Опыт социально-медицинской работы зарубежных стран

- 1. Основная цель и принципы Общества Международного Красного Креста (МКК).**
- 2. Основные задачи Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).**
- 3. Основы программы «Медикэр» и «Медикейд».**

1. Основная цель и принципы Общества Международного Красного Креста (МКК)

Изменения в структуре исполнительной власти (слияние Министерств Здравоохранения и Труда и социального развития) отражают общую тенденцию того, что наше законодательство, властные структуры приближаются к таковым западных стран.

Как долго существуют общества Красного Креста?

Общества Красного Креста существуют уже более 130 лет.

В чём заключается основная цель Международного Красного креста (МКК)?

Основная цель **Международного Красного креста (МКК)** заключается в следующем:

-  способствовать предотвращению и облегчению страданий людей, защите жизни, здоровья и достоинства человека, особенно во время стихийных бедствий, вооруженных конфликтов и иных чрезвычайных ситуаций;
-  содействовать повышению социального благополучия, добровольному объединению индивидуальных и общественных усилий на оказание милосердной, благотворительной и иной гуманной помощи всем, кто в ней нуждается.

Какими принципами МКК руководствуется в достижении этих целей?

В достижении этой цели МКК руководствуется следующими основополагающими принципами:

-  гуманностью (оказание одинаковой помощи всем раненым на поле боя, защита жизни и здоровья человека, обеспечение уважения личности);
-  беспристрастностью (нет национальных, расовых, классовых, религиозных и политических различий между людьми);
-  нейтральностью (всеобщее доверие, нейтральность во время вооруженных конфликтов, в спорах политического, религиозного, расового или идеологического характера);
-  независимостью (национальные общества, помогая своим правительствам в их гуманитарной деятельности и соблюдая

законы своих стран, должны всегда сохранять самостоятельность, чтобы иметь возможность действовать в соответствии с основополагающими принципами);

- + добровольностью (МКК в своей деятельности по оказанию помощи ни в коей мере не руководствуется стремлением к получению материальной выгоды);
- + единством (в каждой стране может быть только одно национальное общество Красного Креста или Красного Полумесяца, оно должно быть открыто для всех граждан и осуществлять свою гуманитарную деятельность на всей территории страны);
- + универсальностью (деятельность МКК имеет всемирный характер, все общества, входящие в него, равны и несут равные обязанности по оказанию помощи друг другу).

Когда были приняты эти принципы?

Эти принципы были приняты в 1965 году на XX Международной конференции МКК в Вене. Они явились результатом длительного и сложного процесса исторического развития Международного Красного Креста.

Есть ли отделения РОКК в республике Башкортостан?

В РФ существует Российское Общество Красного Креста (РОКК), а в Республике Башкортостан – его региональное отделение в г. Уфе на ул. Октябрьской революции.

2. Основные задачи Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)

Каковы предпосылки создания Устава ВОЗ?

В 1945 г. на конференции ООН в Сан-Франциско делегации ряда стран высказались за создание международной организации по здравоохранению.

В 1946 г. в Нью-Йорке по решению Экономического и социального совета при ООН была созвана международная конференция по здравоохранению, которая обсудила Устав Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), который вступил в силу 7 апреля 1948 г.

В ознаменование этого события 7 апреля объявлено Всемирным днем здоровья. ВОЗ – одно из больших по составу специализированных учреждений ООН.

Деятельность ВОЗ определяется ее Уставом. Главной уставной целью ВОЗ является достижение всеми народами наивысшего возможного уровня здоровья.

Перечислите основные задачи ВОЗ?

Основными задачами ВОЗ являются:

- + координация международной деятельности в области здравоохранения;
- + предоставление государствам соответствующей информации;
- + оказание помощи в вопросах здравоохранения;

- + поощрение и развитие работы по борьбе с эпидемическими, эндемическими и другими болезнями, а также по охране психического здоровья;
- + проведение современных исследований в области здравоохранения;
- + содействие в подготовке медицинских кадров и др.

Какой орган является высшим органом ВОЗ по Уставу?

Где проводятся сессии его?

По Уставу высшим органом ВОЗ является Всемирная ассамблея здравоохранения, ежегодные сессии которой проводятся, как правило, в Женеве.

Какие региональные бюро имеет ВОЗ в соответствии шести регионам?

Соответственно шести регионам ВОЗ имеет шесть региональных бюро:

- + в Копенгагене – для стран Европы;
- + в Вашингтоне – для стран Америки;
- + в Браззавиле – для стран Африки;
- + в Александрии – для стран Восточного Средиземноморья;
- + в Маниле – для стран западной части Тихого океана;
- + в Дели – для стран Юго-Восточной Азии.

Где находится штаб-квартира ВОЗ?

Штаб-квартира ВОЗ расположена в Женеве и является определяющим и координирующим звеном всей системы ВОЗ.

Какой проблеме была посвящена международная конференция ВОЗ в 1978г. в Алма-Ате?

Проблеме равнодоступности медицинской помощи была посвящена международная конференция ВОЗ под лозунгом «Здоровье для всех к 2000 году», состоявшаяся в 1978г. в Алма-Ате.

Данный лозунг означал, что главной социальной целью правительств и ВОЗ должно было стать достижение к 2000г. такого уровня здоровья, которое позволит людям вести полноценный образ жизни.

Главная роль при этом отводилась совершенствованию ПСМП.

Алма-атинская конференция расширяла понятие о первичной медико-социальной помощи. Декларация этой конференции легла в основу деятельности ВОЗ в области оказания ПСМП населению мира.

3. Основные программы «Медикэр» и «Медикейд»

Рассматривая опыт социально-медицинской работы зарубежных стран, стоит обратить внимание на такие широко известные социально-медицинские программы США, как «Медикэр» и «Медикейд», которые были утверждены конгрессом США еще в 1965 году.

Что составляет основу программы «Медикэр»?

Бесплатная медицинская помощь для престарелых и нетрудоспособных составляет основу программы «Медикэр».

Это федеральная программа, гарантирующая единообразные услуги престарелым (лицам старше 64 лет) и утратившим трудоспособность на продолжительное время.

Из каких частей состоит «Медикэр»?

«Медикэр» состоит из двух частей:

-  А – это финансируемое за счет налогов больничное страхование специально для лечения в больницах; в эту часть также входят услуги квалифицированных медицинских сестер, агентов помощи на дому и приютов;
-  Б – это дополнительное медицинское страхование, осуществляемое на добровольной основе.

Что собой представляет программа «Медикейд»?

«Медикейд» – это программа для обеспечения бесплатной помощью бедных.

Оплата услуг по этой программе весьма скудна, поэтому не всякий частный врач соглашается лечить пациента, плату за которого обеспечивает эта программа. Оплата лекарств не предусмотрена.

Литература

Основная:

1. Взаимосвязь социальной работы и социальной политики [Текст]: сборник / пер. с англ. А.В. Соловьева, науч. ред. пер. Б.Ю. Шапиро, под ред. Ш. Рамон, 1997. – 254,[1] с.
2. Назарова Е.Н. Основы социальной медицины: учеб. Пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.Н. Назарова, Ю.Д. Жиллов. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 368 с.
3. Обучение практике социальной работы [Текст]: международный опыт и перспективы / пер. с англ. и под ред. Б.Ю. Шапиро, под ред. М. Доэла и С. Шардлоу, 1997. – 224 с.
4. Принцип активизации в социальной работе [Текст]: научное издание / пер. с англ. Е.А. Жуковой; науч. ред. пер. Б.Ю. Шапиро, под ред. Ф. Парслоу, 1997. – 223,[1] с.
5. Теория и методика социальной работы [Текст]: Учеб. пособие в 2 ч. / [И.Г. Зайнышев, Т.Е. Демидова, Ю.С. Ерохин и др.]. Ч. 1, 1994. – 343,[9] с.
6. Теория и методология социальной работы [Текст]: учебник для вузов / [С.И. Григорьев, Л.Г. Гуслякова, В.А. Ельчанинов и др.], 1994 – 185 с.

Дополнительная:

1. ВОЗ. Основопологающие документы – 40-е изд., включающее поправки, принятые до 31 октября 1994 г. – Женева, 1995 г., 208 с.
2. Социальная энциклопедия / Редкол.: А.П. Горкин, Г.Н. Карелова, Е.Д. Катульский и др. – М.: Большая Российская энциклопедия, 2000. – 438 с.
3. Тен Е.Е. Основы социальной медицины: Учебное пособие. – М. ФОРУМ: ИНФРА-М, 2003. – 256 с.
4. Черкасская Л.И. Основопологающие принципы Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца. – М.: Институт проблем гуманизма и милосердия, 1993. – 104 с.
5. Энциклопедия социальной работы. В 3 т. Т. 1.: Пер. с англ. – М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993. – 480 с.
6. Энциклопедия социальной работы. В 3 т. Т. 3.: Пер. с англ. – М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1994. – 498 с.

Тема № 6. Модель специалиста социальной работы, участвующего в оказании медико-социальной помощи

- 1. Основания при построении профессиограммы социального работника.**
- 2. Разработка паспорта специалиста.**
- 3. Значение биоэтики в профессиональной подготовке специалиста в области медико-социальной работы.**
- 4. Воспитательный, фасилитативный, адвокативный подходы в деятельности социальных работников.**
- 5. Обобщенный перечень функций специалистов социальной работы.**

1. Основания при построении профессиограммы социального работника

По определению И.И. Сигова и Н.Ф. Талызиной, проблема создания модели специалиста является ключевой для формирования содержания учебных планов, учебных программ, построения профессиограммы.

Какие три основания при построении профессиограммы выделяет И.А. Зимняя?

По мнению И.А. Зимней, при построении профессиограммы социального работника как субъекта профессиональной деятельности необходимо выделять по меньшей мере три основания.

Первое соотносится с собственно личностной характеристикой социального работника. В ней одним из определяющих критериев является соответствие гуманистического потенциала личности данному роду деятельности.

Вторым – компетентность социального работника, включающая социальные знания и умения не только в конкретной области работы, но и в тех ее сферах, которые прямо или косвенно с ней связаны.

Третьим основанием такого подхода к общей характеристике социального работника является его умение устанавливать адекватные межличностные и конвенциональные отношения в различных ситуациях общения.

В связи с чем возникла потребность в разработке модели специалиста социальной работы?

В связи с многоаспектностью деятельности специалистов в области медико-социальной работы и относительной новизной постановки данной проблемы, а также многообразием контингентов и типов учреждений различной ведомственной принадлежности, в которых используется труд социальных работников, возникла потребность в разработке модели такого специалиста.

При разработке модели специалиста социальной работы, участвующего в оказании медико-социальной помощи, мы исходили из того, что социальная работа представляет собой один из самых многоплановых видов

профессиональной деятельности в области профессий типа «человек – человек».

2. Разработка паспорта специалиста

Л.В. Топчий и другие отмечают, что при таком подходе неизбежно встает задача, связанная прежде всего с формированием *паспорта специалиста*.

При разработке паспорта специалиста учитывалась существующая практика нормативных требований, предъявляемых к социальной работе в странах с развитой службой социальной помощи.

Разработчики исходили из понимания того, что практика социальной работы состоит из профессионального применения ценностей, принципов и методов социальной работы, требует знания развития и поведения человека, знания социальных и экономических институтов, а также взаимодействия всех этих факторов.

Что предполагает разработка паспорта специалиста?

Разработка паспорта специалиста предполагает:

- + уяснение личностных качеств специалиста,
- + определение его знаний и умений, которые должны быть развиты в процессе профессиональной подготовки,
- + а также определение круга должностных обязанностей,
- + выделение специальных функций, осуществляемых в рамках медико-социальной работы.

При этом не должно быть подмены видов и задач профессиональной деятельности должностными обязанностями.

При определении качеств личности специалиста социальной работы необходимо учитывать уровень ее интеллектуального, общекультурного и нравственного потенциала.

В настоящее время велика потребность в гуманистических и общегуманитарных качествах, высокой политической культуре и гражданственности специалиста.

Какие требования по отношению к социальным работникам и по отношению к специалистам в области медико-социальной работы сформулированы Е.И. Холостовой?

Общие требования к социальным работникам, сформулированные Е.И. Холостовой, являются необходимыми и по отношению к специалистам в области медико-социальной работы.

По мнению автора, социальный работник должен:

- + иметь хорошую профессиональную подготовку, знания в различных областях психологии, педагогики, физиологии, экономики, законодательства, информатики;
- + обладать высокой общей культурой;

- + владеть информацией о современных политических, социальных и экономических процессах, иметь широкую осведомленность о различных социальных группах населения;
- + обладать определенной социальной приспособленностью;
- + иметь профессиональный такт, вызывать симпатию и доверие окружающих, соблюдать профессиональную тайну;
- + обладать эмоциональной устойчивостью, уметь добросовестно исполнять свой долг, оставаясь спокойным, доброжелательным и внимательным;
- + уметь принимать решения в неожиданных ситуациях, четко формулировать свои мысли, грамотно и доходчиво их излагать.

Профессиограмма социального работника требует высоких стандартов поведения и профессионализма.

Какие вопросы биоэтики должны рассматриваться специалистами в области медико-социальной работы?

В профессиональной подготовке специалиста в области медико-социальной работы особое значение имеет изучение биоэтики.

Будущим специалистам необходимо предоставить возможность изучения широкого круга философских, этических и правовых проблем, возникающих в связи с развитием медицинских и биологических наук, использованием в практике здравоохранения высоких технологий.

Должны рассматриваться:

- + вопросы, связанные с ценностью здоровья в современном обществе,
 - + этические и правовые проблемы умирания и смерти,
 - + эвтаназии,
 - + трансплантации органов и тканей человека,
 - + новых репродуктивных технологий,
 - + современных биомедицинских исследований
- и другие вопросы биоэтики как междисциплинарной области знаний.

3. Значение биоэтики в профессиональной подготовке специалиста в области медико-социальной работы

Новые технологии не только открывают перед человеком новые возможности – зачастую они несут с собой риски и опасности. Из этого, однако, не следует, что человечеству надо смириться с теми угрозами, которыми чреват прогресс биотехнологий. Он не будет в подлинном смысле прогрессом, если будет осуществляться вопреки ценностям и идеалам гуманизма.

В области биоэтики гуманизм становится в полной мере прикладным, поскольку возникает необходимость не только пропаганды этих ценностей и идеалов, но и практической реализации. Как отмечает Б.Г. Юдин, речь идет о

поиске таких решений сложнейших моральных проблем, в которых непосредственно реализовывались бы начала гуманизма.

Смысл биоэтики как особой разновидности интеллектуальной деятельности и социальной практики заключается в попытке обнаружить возможности диалога и солидарности граждан в защите добра в ситуациях, порожденных современной медициной. Практика биоэтики постепенно формирует язык публичного обсуждения острейших жизненно важных проблем у людей, принципиально по-разному объясняющих, что истинно, а что ложно. В этом деле важную роль могут выполнить социальные работники.

Какой комитет способствует развитию биоэтики?

В каком году он создан?

Следует отметить, что развитию биоэтики, в том числе и в профессиональном сообществе социальных работников, будет способствовать созданный в апреле 2006 г. в Российской Федерации Национальный комитет по биоэтике.

Почему социальная работа рассматривается как деятельность, родственная врачеванию?

В каждой междисциплинарной профессии происходит закономерный процесс определения границ своей профессиональной компетенции, т. е. выбора более узкой, конкретной специализации. Это в полной мере относится и к сфере социальной работы.

Практика свидетельствует о том, что специалист социальной работы, стремящийся оказать профессиональную помощь своему клиенту, обязан владеть теоретическими и практическими знаниями в области медицины и здравоохранения. Независимо от специализации и рабочего места, он участвует в решении проблем индивидуального и общественного здоровья, выступает в качестве «учителя здоровья».

Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Поэтому социальная работа рассматривается как деятельность, родственная врачеванию.

Проблема здоровья, будучи глобальной, неотъемлема от других проблем человека. Здоровье актуально во все периоды индивидуального развития организма, от рождения и до смерти. В личностном плане здоровье – это не отсутствие болезни, но скорее ее антипод. Здоровье не только состояние организма, оно рассматривается как «стратегия жизни человека».

Здоровье человека является предметом изучения многих естественных и общественных наук: биологии, медицины, социологии, психологии, философии и многих других. Изучение основ здоровья – это в большей степени медико-биологический аспект. И все же необходимо помнить, что, хотя все медицинские доктрины в своей основе имеют две взаимосвязанные цели – сохранение здоровья и лечение болезней, а медицина фактически

является наукой о болезнях, невозможно решать проблемы здоровья без учета широкого спектра социальных факторов. Известно, что, по данным зарубежных и отечественных исследователей, здоровье человека на 50 % зависит от образа жизни.

4. Воспитательный, фасилитативный, адвокативный подходы в деятельности социальных работников

Какими подходами характеризуется деятельность социальных работников?

Деятельность социальных работников характеризуется, по меньшей мере, тремя различными подходами к вмешательству в проблему, которыми определяются вариации их профессиональных функций.

Эти подходы обозначаются как воспитание, фасилитация и адвокатирование. Применение того или иного подхода определяет различные ролевые позиции, цели и методы действия. В кратком изложении дифференциация деятельности социальных работников выглядит так.

В чем проявляется воспитательный подход в деятельности социального работника?

Воспитательный подход позволяет социальному работнику выступать в роли учителя, консультанта, эксперта: давать советы, обучать умениям, моделированию и демонстрации правильного поведения, устанавливать обратную связь, применять ролевые игры как метод обучения.

На что направлен фасилитативный подход в деятельности социального работника?

Фасилитативный подход – социальный работник выполняет роль подсобника или помощника, сторонника или посредника в преодолении проблемной дезорганизации личности. Он нацелен на интерпретацию поведения, обсуждение альтернативных направлений деятельности и действий, объяснение ситуаций, мобилизацию внутренних ресурсов.

В каких случаях применяется адвокативный подход?

Адвокативный подход применяется в тех случаях, когда социальный работник выполняет ролевые функции адвоката от имени конкретного клиента или группы клиентов. Используя такой подход, социальный работник оказывает помощь в выдвижении усиленной аргументации, подборе документально обоснованных обвинений и т. п.

Средство решения каких задач является профессиональная деятельность специалиста социальной работы?

Для специалиста социальной работы, участвующего в решении проблем здоровья, профессиональная деятельность не самоцель, она является средством решения конкретных задач, главными среди которых остаются специальные междисциплинарные взаимосвязи, обуславливающие содержание и методы социальной работы, направленные на восстановление, сохранение и укрепление здоровья.

В то же время методы медико-социальной работы определяются спецификой субъекта этой работы. Вместе с врачами, психологами, юристами, педагогами социальный работник участвует в решении проблем отдельной личности или социальной группы. Это в полной мере относится и к такой специализированной сфере профессиональной деятельности, каковой является медико-социальная работа.

Что является второй важнейшей составляющей паспорта специалиста?

Второй важнейшей составляющей паспорта специалиста является определение его должностных обязанностей, специальных функций, которые он выполняет на уровне профессионального дипломированного работника.

5. Обобщенный перечень функций специалистов социальной работы

На какие три группы объединяют функции специалистов в оказании медико-социальной помощи?

Проведенный анализ данных научной литературы позволил систематизировать обширный перечень функций специалистов социальной работы, которые участвуют в оказании медико-социальной помощи различным группам населения, и составить в рамках предложенной концепции *обобщенный перечень специальных функций*, объединив их в три группы: медико-ориентированные, социально ориентированные и интегративные.

Перечислите медико-ориентированные функции.

Медико-ориентированные функции:

- + Организация медицинской помощи и ухода за больными, нетрудоспособными, инвалидами. Создание банка данных людей, нуждающихся в медицинской помощи и уходе.
- + Оказание медико-социальной помощи семье. Знание основ здорового образа жизни, профилактика беременных среди несовершеннолетних, мужского и женского бесплодия, ЗППП.
- + Медико-социальный патронаж различных групп. Подразумевает опеку над людьми, нуждающихся в уходе.
- + Оказание медико-социальной помощи хроническим больным.
- + Организация паллиативной помощи умирающим. Паллиатив – это средство, дающее лишь временное облегчение, полумера.
- + Предупреждение рецидивов основного заболевания, выхода на инвалидность, смертности (вторичная и третичная профилактика);
- + Санитарно-гигиеническое просвещение.
- + Информирование клиента о его правах на медико-социальную помощь и порядке ее оказания с учетом специфики проблем нуждающегося.

Какие социально-ориентированные функции вы можете назвать?

Социально-ориентированные функции:

- + обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и оказания медико-социальной помощи;
- + представление в органах власти интересов лиц, нуждающихся в медико-социальной помощи;
- + содействие в предупреждении общественно опасных действий;
- + оформление опеки и попечительства;
- + участие в проведении социально-гигиенического мониторинга;
- + участие в создании реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры для нуждающихся категорий населения;
- + обеспечение доступа клиентов к информации по вопросам здоровья, состояния среды обитания, качества продовольственного сырья и продуктов питания;
- + информирование клиентов о льготах, пособиях и других видах социальной защиты;
- + содействие клиентам в решении социально-бытовых и жилищных проблем, получении пенсий, пособий и выплат;
- + семейное консультирование и психокоррекция;
- + психотерапия, психическая саморегуляция;
- + коммуникативный тренинг, тренинг социальных навыков и др.

Что означает «интегративные функции социального работника»?

Перечислите их.

Интегративные (объединительные, комплексные) функции:

Если психолог имеет дело с психикой человека, социолог – его социальными отношениями, врач – состоянием физического и психического здоровья, то есть каждый из них подходит к человеку с какой-то одной стороны, то социальный работник воспринимает его как целостного индивида, в единстве его различных сторон.

- + комплексная оценка социального статуса клиента;
- + содействие выполнению профилактических мероприятий;
- + формирование установок клиента, группы, населения на здоровый образ жизни;
- + планирование семьи;
- + проведение медико-социальной экспертизы;
- + осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов;
- + проведение социальной работы в психиатрии, наркологии, онкологии, гериатрии, хирургии и других областях клинической медицины;
- + содействие предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и обеспечение социальной защиты инфицированных и членов их семей;
- + социально-правовое консультирование;

- ✚ организация терапевтических сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического, социально-правового характера;
- ✚ участие в разработке комплексных программ медико-социальной помощи нуждающимся группам населения на разных уровнях;
- ✚ обеспечение преемственности при взаимодействии специалистов смежных профессий в решении проблем клиентов.

В какой деятельности может быть использована предложенная функциональная характеристика специалиста социальной работы?

Предложенная функциональная характеристика специалиста социальной работы, участвующего в оказании медико-социальной помощи, может быть использована при разработке нормативных документов по социальной работе в различных областях здравоохранения и социального обслуживания населения, а также в качестве методического подхода, что является особенно важным на этапе разработки ведомственных приказов, инструкций и других нормативных документов.

По мере расширения практики социальной работы в здравоохранении и научных исследований по данной проблеме специальные функции, равно как и должностные обязанности специалистов, будут уточняться, конкретизироваться, что послужит дальнейшему формированию нормативной правовой базы нового вида профессиональной деятельности.

Что является теоретической составляющей подготовки специалистов в области медико-социальной работы?

С изучения каких дисциплин начинается подготовка таких специалистов?

Рассмотрим подробнее теоретическую составляющую как элемент вузовской подготовки специалиста социальной работы, участвующего в оказании медико-социальной помощи населению (медицинская специализация).

Подготовка таких специалистов (специалистов в области медико-социальной работы) начинается с изучения общепрофессиональной дисциплины «Основы социальной медицины» и специальной дисциплины «Содержание и методика социально-медицинской работы».

Будущие специалисты социальной работы овладевают знаниями социальных и генетических основ здоровья, методикой оценки индивидуального и общественного здоровья, изучают правовые основы охраны здоровья, медицинского страхования, реабилитации инвалидов, знакомятся с особенностями организации медико-социальной помощи населению в условиях современной России, а также социально-медицинскими аспектами основных инфекционных и неинфекционных заболеваний. Отдельные разделы данной дисциплины посвящены вопросам охраны психического здоровья, организации службы охраны материнства и детства, планирования семьи, обеспечения санитарно-эпидемиологического

благополучия. Студенты овладевают методиками гигиенического просвещения, формирования здорового образа жизни населения.

Данную дисциплину рассматривают как базовую при подготовке специалистов социальной работы для оказания медико-социальной помощи населению. Социальная работа по оказанию медико-социальной помощи населению, определяемая нами как медико-социальная работа, является важной практической компонентой социальной медицины.

Что является целью изучения дисциплины «Содержание и методика социально-медицинской работы»?

Целью изучения специальной дисциплины «Содержание и методика социально-медицинской работы» является овладение будущими специалистами технологиями медико-социальной работы с отдельными группами населения в учреждениях различного типа.

Изучение каких теоретических основ медико-социальной работы предусматривается в рамках данной дисциплины?

В рамках данной дисциплины предусматривается изучение теоретических основ медико-социальной работы:

- + отечественного и зарубежного исторического опыта,
- + концепции медико-социальной работы,
- + ее организационного и нормативного правового обеспечения.

Будущие специалисты изучают особенности технологий медико-социальной работы:

- + в учреждениях здравоохранения,
- + образования,
- + социального обслуживания населения, включая службу медико-социальной экспертизы,
- + а также с отдельными группами лиц (страдающими зависимостью от психоактивных веществ, психическими расстройствами, онкологическими заболеваниями, ВИЧ-инфицированными, инвалидами, военнослужащими и др.).

Дальнейшая подготовка специалистов для выполнения медико-социальной работы продолжается через дисциплины специализации.

Специальные дисциплины и дисциплины специализации вуз определяет, исходя из избранной специализации.

В качестве примера приводится перечень таких дисциплин, изучаемых студентами факультета социальной работы Московского гуманитарного университета (специализация «Медико-социальная работа с населением»):

- Теория медико-социальной работы,
- Система охраны здоровья и здравоохранение,
- Биомедицинская этика,
- Медицинская психология,
- Психотерапия,
- Медико-социальная работа в планировании семьи,
- Медико-социальная работа в охране материнства и детства,

Медико-социальная работа в психиатрии,
Медико-социальная работа в наркологии,
Медико-социальная работа в онкологии,
Медико-социальная работа в чрезвычайных ситуациях,
Медико-социальная реабилитация инвалидов,
Профилактика заболеваний в медико-социальной работе.

Какая дисциплина является базовой для специализации?

Базовой учебной дисциплиной для специализации является «Теория медико-социальной работы», в рамках которой изучаются концепция отечественной медико-социальной работы, базовая модель данного вида профессиональной деятельности, модель специалиста социальной работы, участвующего в оказании медико-социальной помощи, нормативно-правовая база медико-социальной работы и другие темы.

Что предусматривает изучение дисциплины «Система охраны здоровья и здравоохранения»?

Изучение дисциплины «Система охраны здоровья и здравоохранение» предусматривает углубление и расширение знаний студентов, полученных в ходе освоения общепрофессиональной дисциплины «Основы социальной медицины», а именно:

- + рассмотрение охраны здоровья как системы государственных мер политического, экономического, правового, социального, культурного характера;
- + организация и деятельность различных систем здравоохранения;
- + значение, место и содержание отдельных компонентов медико-социальной помощи в охране здоровья;
- + роль специалистов социальной работы в ее оказании.

Что является задачей дисциплин, посвященных вопросам медико-социальной работы в различных сферах охраны здоровья?

Задачей дисциплин, посвященных вопросам медико-социальной работы в различных сферах охраны здоровья (профилактики заболеваний, охраны материнства и детства, планирования семьи, наркологии, онкологии, психиатрии и др.), является овладение технологиями медико-социальной работы с различными группами клиентов.

Помимо теоретических знаний большое значение нужно уделять формированию у будущих специалистов практических навыков работы с пациентами, страдающими различными группами заболеваний. Студентам предлагаются разнообразные ситуационные задачи, решение которых позволяет отработать алгоритмы медико-социальной работы с различными группами клиентов при решении их конкретных проблем.

Существенным элементом подготовки специалистов является проведение практико-ориентированных занятий по дисциплинам специализации на базе учреждений здравоохранения, социального обслуживания населения, образования и др.

Литература

Основная:

1. Назарова Е.Н. Основы социальной медицины: учеб. Пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.Н. Назарова, Ю.Д. Жиров. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 368 с.
2. Обучение практике социальной работы [Текст]: международный опыт и перспективы / пер. с англ. и под ред. Б.Ю. Шапиро, под ред. М. Доэла и С. Шардлоу, 1997. – 224 с.
3. Принцип активизации в социальной работе [Текст]: научное издание / пер. с англ. Е.А. Жуковой; науч. ред. пер. Б.Ю. Шапиро, под ред. Ф. Парслоу, 1997. – 223,[1] с.
4. Тен Е.Е. Основы социальной медицины: Учебное пособие. – М. ФОРУМ: ИНФРА-М, 2003. – 256 с.
5. Теория и методика социальной работы [Текст]: Учеб. пособие в 2 ч. / [И.Г. Зайнышев, Т.Е. Демидова, Ю.С. Ерохин и др.]. Ч. 1, 1994. – 343,[9] с.
6. Теория и методология социальной работы [Текст]: учебник для вузов / [С.И. Григорьев, Л.Г. Гуслякова, В.А. Ельчанинов и др.], 1994 – 185 с.

Дополнительная:

1. Зимняя И.А. Социальный работник: проблемы формирования новой профессии в плане подготовки специалистов // Проблемы семьи и детства в современной России. – М., 1992. Ч. 1.
2. Топчий Л.В. Проблемы теоретического обоснования модели развития личности социального работника в современной социокультурной реальности // Теория и практика деятельности социальных работников и их подготовка в системе высшей школы: материалы российско-шведского семинара 3-6 марта 1991 г. – М., 1992.
3. Холостова Е.И. Профессиональный и духовно-нравственный портрет социального работника. – М., 1993.

Темы рефератов

1. Гуманистический, общекультурный и нравственный потенциал специалиста социальной работы, участвующего в оказании медико-социальной помощи населению.
2. Социальный работник как «учитель здоровья».
3. Методические подходы к планированию и прогнозированию потребностей в специалистах социальной работы для учреждений здравоохранения.

Вопросы и задания

1. Охарактеризуйте личностные качества специалиста социальной работы, его знания и умения, которые должны быть развиты в процессе профессиональной подготовки.
2. Назовите конкретные функции, выполняемые специалистом социальной работы при оказании медико-социальной помощи населению в рамках условных групп:
 - + медико-ориентированные функции;
 - + социально ориентированные функции;
 - + интегративные функции.
3. В чем заключаются особенности подготовки специалиста социальной работы, участвующего в оказании медико-социальной помощи населению?
4. Правомерно ли использование термина «медико-социальный работник» в профессиональной социальной работе?

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ И ТЕСТЫ

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1. Вы – специалист по социальной работе. Ваши клиенты – молодожены – обратились к вам с просьбой рассказать, что такое планирование семьи. Сформулируйте свой ответ.

Задача 2. Вы – специалист по социальной работе. Ваша клиентка 23 лет беременна, срок беременности около 8 недель. Какие вы дадите рекомендации по профилактике патологии беременности и родов?

Задача 3. Вы – специалист по социальной работе. В семье ваших клиентов есть ребенок-инвалид (врожденное заболевание). Родители ребенка обратились к вам с просьбой рассказать, как избежать патологии в случае последующей беременности. Как вы ответите?

Задача 4. Вы – специалист по социальной работе. В семье ваших клиентов беременная (18 лет, не замужем). В семье конфликтная ситуация, не исключена возможность искусственного прерывания беременности. На что вы будете ориентировать клиентку, какие аргументы вы приведете?

Задача 5. Вы – специалист по социальной работе. Ваши клиенты – молодые супруги. В браке состоят более одного года, ожидаемая беременность не наступила, к врачу не обращались. Какие рекомендации вы им дадите?

Задача 6. Вы – специалист по социальной работе. Ваша клиентка выписывается с ребенком из родильного дома. Кто должен выполнить ее медико-социальный патронаж в первую очередь?

Задача 7. Вы – специалист по социальной работе. Ваш клиент – инвалид II группы, 40 лет, злоупотребляет алкоголем (испытывает непреодолимое влечение к алкоголю, имеет место психическая и физическая зависимость от приема алкоголя и т. д.). Как можно оценить состояние клиента? Перечислите возможные медико-социальные проблемы. Кто входит в систему действий по решению этих проблем?

Задача 8. Вы – специалист по социальной работе. В семье ваших клиентов – престарелых инвалидов – вернулся из заключения сын-инвалид (с диагнозом туберкулез легких). Какие медико-социальные проблемы могут возникнуть? Как решить эти проблемы? Что предпринять?

Задача 9. Вы – специалист по социальной работе. В семье ваших клиентов (многодетная семья) один из детей (подросток 13 лет), по словам матери, периодически становится «странным», в кармане у него мать обнаружила какие-то таблетки. Что можно предположить? Какие медико-социальные проблемы нужно решить? Какой план действия вы выберете по решению этих проблем?

Задача 10. Вы – специалист по социальной работе. Ваш клиент обратился к вам с вопросом: «Как уберечься от СПИДа?». О чем вы ему расскажете?

Задача 11. Вы – специалист по социальной работе. Ваш клиент – работающий инвалид III группы – обратился в поликлинику по месту жительства по поводу простудного заболевания. Лечение было назначено, но больной был признан трудоспособным, в освобождении от работы было отказано (а клиент на работу не вышел). Какие медико-социальные проблемы нужно решить? Какой план действий вы предпримете?

Задача 12. Вы – специалист по социальной работе. Ваш клиент – одинокий престарелый, больной-хроник. Как часто участковый врач должен выполнять медико-социальный патронаж вашего клиента?

Задача 13. Вы – специалист по социальной работе. В семье ваших клиентов у одного из членов семьи проблемы со здоровьем (мужчина 45 лет): в течение месяца он отмечает приступообразные давящие боли за грудиной при физической нагрузке, к врачу не обращался. Что вы ему порекомендуете? Какова схема получения специализированной лечебно-профилактической помощи в данном случае?

Задача 14. Вы – специалист по социальной работе. Ваш клиент задал вам вопросы: «Наследуется ли туберкулез легких? В чем состоит профилактика туберкулеза?». Что вы ему ответите?

Задача 15. Вы – специалист по социальной работе. Вашему клиенту – инвалиду I группы – необходима консультация стоматолога (на дому из-за тяжести состояния). Кто будет задействован в системе мер по решению данной медико-социальной проблемы?

Ответы на ситуационные задачи

Задача 1. Планирование семьи – это комплекс различных мер, предпринимаемых в целях получения здорового потомства. Сюда входит и подготовка к желанной беременности, и регулирование интервалов между беременностями, и предупреждение нежеланной беременности. Главным в планировании семьи является подготовка к беременности, которая включает следующее: 1) не менее чем за два месяца до планируемой беременности супруги должны полностью отказаться от вредных привычек, вести здоровый образ жизни; 2) если кто-то из супругов перенес инфекционное заболевание, то зачатие допустимо не ранее чем через два месяца после выздоровления; 3) целесообразнее всего зачатие осенью и в первой половине зимы (снижается риск спонтанных мутаций и иммунного конфликта).

Задача 2. Рекомендации следующие: вести здоровый образ жизни, незамедлительно встать на учет в женской консультации и выполнять все назначения акушера-гинеколога.

Задача 3. Рекомендации следующие: вести здоровый образ жизни, обратиться в медико-генетическую консультацию и в центр планирования семьи.

Задача 4. Рекомендации следующие: беременность сохранить, встать на учет в женской консультации, так как помимо этического аспекта важен и аспект медицинский – искусственное прерывание первой беременности

очень часто приводит к бесплодию.

Задача 5. Рекомендации следующие: обратиться в центр планирования семьи для обследования и решения вопроса о причинах бесплодия.

Задача 6. В первый день после выписки из родильного дома патронаж выполняют акушерка женской консультации и участковый педиатр.

Задача 7. Клиент страдает хроническим алкоголизмом. Возможны значительные проблемы со здоровьем, семейные конфликты, проблемы по месту работы и т. д. В систему действия прежде всего будет входить врач-нарколог, члены семьи, друзья.

Задача 8. В первую очередь могут возникнуть проблемы со здоровьем (а отсюда, и снижение трудоспособности, проблемы с трудоустройством) у самого больного, а также у родителей. Необходимо встать под наблюдение в противотуберкулезном диспансере у участкового фтизиатра не только самому больному, но при необходимости и его близким.

Задача 9. Вероятнее всего, что подросток – токсикоман или наркоман. Необходимо срочно обратиться к наркологу в наркологический диспансер.

Задача 10. Рекомендации следующие: избегать случайных половых связей, пользоваться защитными средствами при половом сношении, требовать от медицинских работников соблюдения правил асептики и антисептики (в том числе и использования по возможности не только одноразовых шприцев, но и инструментов).

Задача 11. Необходимо обратиться к заместителю главного врача поликлиники по экспертизе трудоспособности, который, вероятнее всего, назначит экспертизу временной нетрудоспособности клиента членами КЭК.

Задача 12. Участковый терапевт обязан посещать больного не реже одного раза в месяц.

Задача 13. Рекомендации следующие: обратиться к участковому терапевту. А затем при необходимости – получение специализированной лечебно-профилактической помощи по следующей схеме: кардиолог участковой поликлиники – кардиолог консультационного отделения кардиологического диспансера – стационар кардиологического диспансера.

Задача 14. Наследуется предрасположенность к данному заболеванию. Для профилактики туберкулеза необходимо вести здоровый образ жизни, при этом особое внимание следует обратить на полноценность питания, отсутствие вредных привычек, достаточное пребывание на свежем воздухе, закаливание, условия быта (благоустроенность жилища, влажность и температура воздуха и т.д.).

Задача 15. Вам необходимо обратиться к участковому врачу по месту жительства клиента, который в официальном порядке и оформит вызов стоматолога на дом.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1. Наиболее значим один из следующих факторов, определяющих здоровье:
 - а. Наследственность.
 - б. Экология.
 - в. Образ жизни.
 - г. Здравоохранение.
2. К большим факторам риска заболеваний относятся следующие (дополнить):
 - а. Малоподвижный образ жизни.
 - б. Нерациональное питание.
 - в. Избыточная масса тела.
 - г. Стрессы.
 - д. Другие.
3. Вторичным является следующий фактор риска:
 - а. Нарушение ритма труда и отдыха.
 - б. Генетический риск.
 - в. Артериальная гипертензия.
 - г. Вредные привычки.
4. Определение: «Порядок, регламент общественной жизни, труда, быта, отдыха, в рамках которого проходит жизнедеятельность людей» подходит к понятию:
 - а. Качество жизни.
 - б. Уровень жизни.
 - в. Уклад жизни.
5. К показателям естественного движения населения относится один из следующих показателей:
 - а. Иммиграция населения.
 - б. Физическое развитие.
 - в. Заболеваемость.
 - г. Смертность.
6. Наиболее значим для характеристики здоровья населения один из медико-демографических показателей:
 - а. Рождаемость.
 - б. Младенческая смертность.
 - в. Заболеваемость.
 - г. Смертность.

7. К первичной профилактике нельзя отнести одно из следующих понятий:
- а. Вакцинация.
 - б. Здоровый образ жизни.
 - в. Диспансеризация больных.
 - г. Гигиена труда.
8. Рациональное питание – это:
- а. Питание, сбалансированное по содержанию белков, жиров, углеводов.
 - б. Питание, сбалансированное только в энергетическом отношении в зависимости от рода деятельности.
 - в. Питание, сбалансированное в энергетическом отношении и по содержанию белков, жиров и углеводов в зависимости от пола, возраста, рода деятельности.
9. Оптимальное соотношение энергетической ценности рациона при четырехразовом питании (в процентах):
- а. 20-10-40-30.
 - б. 0-15-35-20.
 - в. 10-20-30-20.
10. Средняя суточная потребность в жирах составляет, г:
- а. 400-500.
 - б. 60-80.
 - в. 80-100.
11. Режим питания – это:
- а. Кратность приемов пищи.
 - б. Распределение пищевого рациона по калорийности, составу и массе пищи на протяжении суток.
12. Выраженные признаки алкоголизма – это:
- а. Употребление алкоголя социально необъяснимо («за компанию», «без повода» и т. д.), в состоянии алкогольного опьянения поведение нарушено, нечетко выражена психическая зависимость.
 - б. Влечение к алкоголю, утрата контроля за количеством выпитого, повышение толерантности к алкоголю.
 - в. Физическая зависимость от алкоголя, абстинентный синдром, алкогольные психозы и т. д.
13. Диспансеризация – это:
- а. Постоянное наблюдение за больным.
 - б. Регулярные медицинские осмотры.
 - в. Активное динамическое наблюдение за больным.

14. К амбулаторно-поликлиническим учреждениям не относится одно из следующих:

- а. Городская поликлиника.
- б. Фельдшерско-акушерский пункт.
- в. Санаторий-профилакторий.

15. При оказании скорой и неотложной помощи должен соблюдаться главный принцип:

- а. Этапность.
- б. Преемственность.
- в. Последовательность.

16. К учреждениям ПМСП относится:

- а. Областная клиническая больница.
- б. Стационарное отделение диспансера.
- в. Городская поликлиника.

17. Вызвать врача на дом возможно:

- а. Только лично.
- б. По телефону.
- в. Возможны оба варианта.

18. Вашему клиенту, инвалиду I группы, требуется стоматологическая помощь на дому, поэтому вам следует обратиться:

- а. Непосредственно в стоматологическую поликлинику.
- б. К участковому врачу.
- в. К заведующему отделением участковой поликлиники.

19. Вашему клиенту в плановом порядке назначено лечение в стационаре.

Порядок госпитализации будет таким:

- а. Участковый врач – заведующий отделением поликлиники – стационар.
- б. Стационар (приемный покой).
- в. «Скорая помощь» – стационар.

20. Вашему клиенту назначено лечение в дневном стационаре. Это означает следующее:

- а. Больной находится в стационаре только до обхода лечащего врача.
- б. Больной уходит из стационара домой только ночевать.
- в. Время пребывания больного в стационаре оговаривается с лечащим врачом.

21. Для рабочих промышленных предприятий основным учреждением ПМСП является:
- Цеховая поликлиника.
 - Здравпункт.
 - Санаторий-профилакторий.
 - Стационар МСЧ.
22. В организации стационара на дому главная роль принадлежит:
- Участковой медицинской сестре.
 - Участковому терапевту.
 - Заведующему терапевтическим отделением.
23. Порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности следующий:
- Участковый врач – заведующий отделением.
 - Участковый врач – КЭК.
 - Только участковый врач.
24. Амбулаторные карты пациента хранятся:
- Только в регистратуре поликлиники;
 - У пациента;
 - Приемлемы оба варианта.
25. Медико-социальный патронаж осуществляет:
- Участковый врач.
 - Медицинская сестра отделения РКК.
 - Специалист по социальной работе.
 - Социальный работник.
 - Все перечисленные.
26. Психиатрическую помощь оказывают:
- Только государственные психиатрические и психоневрологические учреждения.
 - Негосударственные психиатрические и психоневрологические учреждения.
 - Возможны оба варианта.
27. Лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, должно быть освидетельствовано комиссией врачей-психиатров не позднее:
- 48 ч.
 - 24 ч.
 - 72 ч.

28. Как часто врачи-психиатры должны осматривать пациента, помещенного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, в течение первых шести месяцев после госпитализации:

- а. Не реже одного раза в месяц.
- б. Не реже одного раза в два месяца.
- в. Не реже одного раза в три месяца.

29. Основными задачами учреждений медико-социальной экспертизы являются:

- а. Определение группы инвалидности.
- б. Разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов.
- в. Изучение состояния инвалидности и факторов, к ней приводящих.
- г. Все перечисленное.

30. Решение об установлении группы инвалидности принимается:

- а. Простым большинством голосов специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу.
- б. Руководителем учреждения медико-социальной экспертизы.

Ответы к тестам

вариант	ответ	вариант	ответ
1	в	16	в
2	вредные привычки	17	в
3	в	18	б
4	в	19	в
5	г	20	б
6	б	21	б
7	в	22	б
8	в	23	б
9	б	24	в
10	в	25	г
11	б	26	в
12	в	27	а
13	в	28	а
14	в	29	г
15	б	30	а

Тесты для проведения текущего контроля

1. Какому из перечисленных ниже понятий соответствует следующее определение: «порядок, регламент общественной жизни, труда, быта, отдыха и пр., в жизнедеятельность людей»?

- а. Качество жизни.
- б. Уровень жизни.
- в. Уклад жизни.**

2. К показателям естественного движения населения относится один из показателей:

- а. Иммиграция населения.
- б. Физическое развитие.
- в. Заболеваемость.
- г. Смертность.**

3. Наиболее значимым для характеристики здоровья населения один из медико-демографических показателей:
- а. Рождаемость.
 - б. Смертность.
 - в. Младенческая смертность.**
 - г. Заболеваемость.
4. Диспансеризация – это:
- а. Постоянное наблюдение за больным.
 - б. Регулярные медицинские осмотры.
 - в. Активно, динамическое наблюдение за больным.**
5. К амбулаторно-поликлиническим учреждениям не относится одно из следующих:
- а. Городская поликлиника.
 - б. ФАП.
 - в. Санаторий-профилакторий.**
6. При оказании скорой и неотложной помощи должен соблюдаться главный принцип:
- а. Этапность.
 - б. Преемственность.**
 - в. Последовательность.
7. К учреждениям ПМСП относятся:
- а. Областная клиническая больница.
 - б. Стационарное отделение диспансера.
 - в. Городская поликлиника.**
8. Вашему клиенту, инвалиду I группы требуется стоматологическая помощь на дому. К кому обратиться?
- а. Непосредственно в стоматологическую поликлинику.
 - б. К участковому врачу.**
 - в. К заведующему отделением участковой поликлиники.
9. В организации стационара на дому главная роль принадлежит:
- а. Участковой медицинской сестре.
 - б. Участковому терапевту.**
 - в. Зав. терапевтическим отделением.
10. Порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности:
- а. Участковый врач – зав. отделением.
 - б. Участковый врач – КЭК.**
 - в. Только участковый врач.

11. Медико-социальный патронаж осуществляет:
- а. Участковый врач.
 - б. Медицинская сестра отделения РОКК.**
 - в. Социальный работник.
 - г. Все перечисленные.
12. Лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке должно быть освидетельствовано комиссией врачей – психиатров – не позднее:
- а. 48 часов.**
 - б. 24 часов.
 - в. 72 часов.
13. Как часто должен осматриваться врачами-психиатрами пациент, помещенный в стационар в недобровольном порядке в течение первых шести месяцев после госпитализации:
- а. Не реже 1 раз в месяц.**
 - б. Тоже, в 2 мес.
 - в. Тоже, в 3 мес.
14. Основными задачи учреждений медико-социальной экспертизы являются:
- а. Определение группы инвалидности.
 - б. Разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов.
 - в. Изучение состояния инвалидности и факторов, к ней приводящих.
 - г. Все нижеперечисленное.**
15. Решение об установлении группы инвалидности принимается:
- а. Простым большинством голосов специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу.**
 - б. Руководителем учреждения медико-социальной экспертизы.
16. Для рабочих промышленных предприятий основным учреждением ПМСП является:
- а. Цеховая поликлиника.
 - б. Здравпункт.**
 - в. Санаторий – профилакторий.
 - г. МЧС.
17. Вашему клиенту в плановом порядке назначено лечение в стационаре. Выберите правильный вариант порядка госпитализации:
- а. Участковый врач – зав. отделением поликлиники-стационар.
 - б. Стационар (приемный покой).
 - в. «скорая» помощь – стационар.**