

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1

ДЛЯ СТУДЕНТОВ УЧРЕЖДЕНИЙ
ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Евгений Тищенко

**Общественное здоровье и
здравоохранение. Часть 1**

«Высшая школа»

2013

УДК 614.2(075.8)
ББК 51.1я73

Тищенко Е. М.

Общественное здоровье и здравоохранение. Часть 1 /
Е. М. Тищенко — «Вышэйшая школа», 2013

ISBN 978-985-06-2298-3

На современном научном уровне изложен базовый объем знаний, представлены законодательные основы здравоохранения и оказания медицинской помощи, обоснована необходимость и целесообразность мероприятий, обеспечивающих здоровый образ жизни населения. Для студентов учреждений высшего медицинского образования.

УДК 614.2(075.8)
ББК 51.1я73

ISBN 978-985-06-2298-3

© Тищенко Е. М., 2013
© Вышэйшая школа, 2013

Содержание

Список сокращений	6
Предисловие	8
Глава 1	9
1.1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука и область практической деятельности	9
1.1.1. Возникновение и развитие общественного здоровья и здравоохранения	9
1.1.2. Воздействие социальных условий, факторов внешней среды и образа жизни на здоровье	19
1.1.3. Общественное здоровье и здравоохранение как наука о закономерностях общественного здоровья	24
Конец ознакомительного фрагмента.	26

**Игорь Алексеевич Наумов, Евгений
Михайлович Тищенко, Виктор Андреевич
Лискович, Роберт Александрович Часнойть**
**Общественное здоровье и
здравоохранение. Часть 1**

Утверждено

Министерством образования Республики Беларусь в качестве учебника для студентов учреждений высшего образования по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия»

Под редакцией профессора И.А. Наумова

Рецензенты:

кафедра общественного здоровья и здравоохранения УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» (доктор медицинских наук, профессор *В.С. Глишанко*);

профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГУ «Белорусская медицинская академия последипломного образования» доктор медицинских наук *Э.А. Вальчук*

Список сокращений

АГ – артериальная гипертензия
АГС – акушерско-гинекологическая служба
АД – артериальное давление
АСУ – автоматизированная система управления
БД – база данных
БСК – болезни системы кровообращения
БСУ – больница сестринского ухода
ВВП – валовой внутренний продукт
ВКК – врачебная консультационная комиссия
ВН – временная нетрудоспособность
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВОП – врач общей практики
ВПР – врожденный порок развития
ВТЭ – врачебно-трудовая экспертиза
ДМС – добровольное медицинское страхование
ДС – детская смертность
ДТП – дорожно-транспортное происшествие
ДП – детская поликлиника
ЕврАзЭС – Евразийское экономическое сообщество
ЖК – женская консультация
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИП – интегральный показатель
ИППП – инфекция, передающаяся половым путем
ИПР – индивидуальная программа реабилитации
КМИС – комплексная медицинская информационная система
КМП – качество медицинской помощи
КСГ – клинико-статистическая группа
КСД – коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет
ЛКС – лечебно-контрольный совет
МКБ – Международная классификация болезней
МлС – младенческая смертность
МРЭК – медико-реабилитационная экспертная комиссия
МС – материнская смертность
МСС – медико-санитарный совет
МЭС – межведомственный экспертный совет
НС – неонатальная смертность
ОМС – обязательное медицинское страхование
ОЗ – организация здравоохранения
ООН – Организация Объединенных Наций
ПлС – планирование семьи
ПМП – первичная медицинская помощь
ПНС – поздняя неонатальная смертность
ПЦ – перинатальный центр
ПС – перинатальная смертность
РНПЦ – республиканский научно-практический центр
РНС – ранняя неонатальная смертность

СВА – сельская врачебная амбулатория
СВУ – сельский врачебный участок
СНГ – Содружество Независимых Государств
СНМП – скорая неотложная медицинская помощь
УДО – учреждение дошкольного образования
УЗ – учреждение здравоохранения
УЗИ – ультразвуковое исследование
УЗО – управление здравоохранения
УП – унитарное предприятие
ФАП – фельдшерско-акушерский пункт
ФК – функциональный класс
ФСЗН – фонд социальной защиты населения
ЦГиЭ – центр гигиены и эпидемиологии
ЦРБ – центральная районная больница
ЧД – частота дыхания
ЧСС – частота сердечных сокращений
ЭГП – экстрагенитальная патология

Предисловие

Дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение» занимается изучением социальных, организационных, экономических, правовых, психологических проблем медицины, здоровья населения, его мониторинга, укрепления и восстановления.

Основными объектами научного исследования являются здоровье населения как общественная категория и факторы, его формирующие, а также система здравоохранения, представляющая собой самостоятельную отрасль народного хозяйства с изменяющимися организационно-правовыми и финансовыми принципами построения.

Современный период развития науки и дисциплины, несомненно, связан с теми структурными и политическими преобразованиями, которые переживают наше общество в целом и система здравоохранения в частности. Необходимость обоснования управленческих решений и подходов с позиции экономического анализа, действующей нормативно-правовой базы, принципов финансового обеспечения ставит в центр научных интересов проблемы менеджмента медицинских организаций, включая менеджмент качества, поиск эффективных методов управления на основе клинико-экономического анализа, оценку социальной удовлетворенности участников процесса оказания медицинской помощи.

В таких условиях социально-экономические составляющие развития общества требуют от специалистов отрасли глубоких знаний для оценки и анализа показателей, характеризующих состояние различных возрастно-половых, социальных, профессиональных и иных групп населения. Только при соблюдении этих условий возможна целенаправленная разработка мероприятий по сохранению, укреплению и восстановлению здоровья населения, повышению эффективности деятельности органов управления отраслью с параллельным обеспечением государственных гарантий оказания медицинской помощи за счет бюджета, развитию медицинского страхования и альтернативных источников финансирования, а также посредством внедрения новых информационных технологий в деятельность организаций здравоохранения.

Поэтому в предлагаемой книге в доступной форме изложен базовый объем знаний, необходимый студентам медицинского университета. Представлены законодательные основы здравоохранения и оказания медицинской помощи, обоснована необходимость и целесообразность широко проводимых в нашей стране мероприятий по обеспечению здоровья населения, что позволяет создать мировоззренческую направленность курса, прочный фундамент знаний по основам изучаемой дисциплины и заложить необходимые предпосылки для успешного применения их в практической деятельности.

Коллектив авторов

Глава 1

Теоретические основы дисциплины «общественное здоровье и здравоохранение»

1.1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука и область практической деятельности

1.1.1. Возникновение и развитие общественного здоровья и здравоохранения

Предпосылки возникновения общественного здоровья и здравоохранения возникли в далеком прошлом и были обусловлены накоплением эмпирических знаний и навыков, необходимых для сохранения здоровья в неблагоприятных условиях окружающей среды. При этом коллективный опыт служил основой практических мер для сохранения жизни конкретного индивидуума.

В глубокой древности зародились первые формы государственного здравоохранения в виде законодательной регламентации врачебной деятельности (свод законов Хаммурапи в Древнем Вавилоне; законы 12 таблиц в Древнем Риме; законы Ману в Древней Индии).

Первые научные трактаты, дошедшие до нас («О воде, воздухе и местностях»), принадлежат перу Гиппократу (460–377 гг. до н. э.), обобщившего знания и опыт в области общественной медицины и описавшего влияние факторов среды на состояние здоровья. Гиппократ считал главной задачей врача заботу о здоровье здоровых.

Древнеримский врач Гален (131–201 гг.) систематизировал представления античных медиков о факторах, формирующих здоровье, в виде единого учения, являвшегося теоретической основой медицины вплоть до окончания Средневековья. Он утверждал: «Здоровья люди просят у богов, не зная о том, что имеют все средства к этому. Люди будут здоровы, если будут вести правильный образ жизни».

Появление государственного управления здравоохранением связано с введением государственных должностей архиятеров (управленцев) и эдилов (санитарных контролеров) в Древнем Риме, а также созданием органа управления (медицинского приказа) в Древнем Китае.

Процесс накопления новых познаний в области общественного здоровья и здравоохранения был сложным и длительным, и на территории Беларуси в эмпирической форме начался только в IX–XII вв., чему способствовало принятие христианства (988 г.). Так, в сочинении «Слова» епископ Кирилл Туровский с христианских позиций изложил взгляды на природу человека в ее тесной взаимосвязи с внешним миром.

В период раннего Средневековья, сопровождавшегося частыми междоусобными войнами и эпидемиями, в Беларуси возникли первые эмпирические представления о контактной передаче болезней через заразные начала (миазмы), были осуществлены первые санитарные мероприятия по изоляции очагов инфекционных заболеваний и дезинфекции (практика захоронения умерших в отдалении от населенных пунктов; использование бань-парилок), возникла первая общественная система медицинской помощи населению, основанная на милосердии и благотворительности, реализованная в деятельности шпиталей, первый из которых был основан в Заславле в X в. полоцкой княжной Рогнедой.

В этот же период в Западной Европе с развитием городов зародилась так называемая муниципальная медицина (ее функцию выполняли магистраты), были предприняты меры по государственной регламентации и контролю деятельности здравоохранения. Так, в Италии (1140) был издан указ о допуске к врачебной практике лиц, прошедших обучение и выдержавших государственные испытания, а в Германии (1241) был установлен государственный контроль изготовления лекарств и хирургической практики.

В XIII–XVIII вв. на территории Беларуси в условиях частых неурожаев, постоянных войн, приводивших к возникновению многочисленных эпидемий (в Польском Королевстве и Великом Княжестве Литовском до XIV в. зарегистрировано 25 крупных эпидемий, в XIV в. – 18, в XV в. – 26, в XVI в. – 46) и значительному сокращению численности населения, государством впервые был регламентирован порядок организации противоэпидемических мероприятий. Так, в 1536 г. великий князь Жигимонт I издал инструкцию для жителей г. Вильно, в которой властям предписывалось оставлять открытыми только одни городские ворота и установить около них стражу, запрещалось впускать в город лиц, прибывавших из зараженной местности.

В период эпидемий предпринимались и иные меры организационного характера:

- устраивались заставы и запреты на въезд из зараженных мест;
- для прибывших из зараженной местности устанавливался карантин; так, в 1456–1477 гг. городские власти Полоцка при известии об эпидемиях в Риге ставили кордоны и прекращали торговлю с этим городом, отмечая, что так заведено везде («бо то есть во всих землях таков обычай»);
- переносились заседания сеймов;
- устраивались специальные кладбища для погибших от заразных болезней, а в период эпидемий запрещались ярмарки и съезды священнослужителей;
- прекращалась работа различных служб;
- в случае смерти пациента запрещалось входить в дом в течение четырех недель;
- иногда зараженные кварталы города оцеплялись, а дома после смерти заболевших сжигались (в 1602 г. в Вильно);
- устанавливался санитарный надзор; например, в 1621 г. Могилевский магистрат учредил с этой целью должность наблюдателя за прибывавшими в город («слугу меского»);
- запрещалось принимать пациентов с заразными болезнями в шпитали, которых в XVI–XVIII вв. на территории Беларуси насчитывалось более 350.

В 1571 г. королем Речи Посполитой Жигимонтом Августом была учреждена «медицинская полиция», а в столице государства г. Вильно была создана «медицинская контуберния» (от лат. *contuberni* – товарищество), осуществлявшая полицейский надзор при эпидемиях. Видоизменением ее несколько позднее стали бичевники, т. е. стража, вооруженная бичами.

К этому же периоду относится и первое упоминание о дисциплине, давшей начало возникновению общественного здоровья и здравоохранения как науки: в 1517 г. и 1527 г. в Лондоне был проведен учет умерших и впервые были опубликованы «бюллетени смертности».

Первым известным уроженцем Беларуси, рассматривавшим в своих сочинениях социально-гигиенические вопросы, является доктор медицины Франциск Скорина. В 1517 г. в предисловии к книге «Судей» он писал, что для облегчения человеческих страданий «посылает Господь Бог пастырей и докторов», а в книге «Юдифь» и в других своих изданиях называл «лекарства душевные и телесные» равноценными. В его текстах затрагиваются и иные социально-гигиенические проблемы здоровья.

В произведениях других белорусских просветителей Сымона Будного, Лаврентия Зизания (XVI в.), Симеона Полоцкого (XVII в.) также были высказаны идеи о познании природы человека и передовые по тому времени взгляды на физический и духовный склад человека,

которые находились в русле основных направлений социально-гигиенического поиска европейских ученых-натуралистов.

В 1662 г. Дж. Грауном в Лондоне был опубликован первый научный труд по дисциплине под названием «Естественные и политические наблюдения, сделанные над бюллетенями смертности, по отношению к управлению, религии, торговле, росту, воздуху, болезням и различным изменениям в обозначенном городе», в котором рассматривались смертность и рождаемость населения, а также их связь с местом жительства, полом и временем года. В 1676 г. У. Петти было предложено первое название дисциплины – «Политическая арифметика».

В 1754 г. вышло одно из первых произведений по медицинской географии Несвижского врача Х. Шульца «Краткое сообщение о болезнях, имеющих повсеместное распространение в Польском Королевстве, но преимущественно в Великом Княжестве Литовском». Уроженка Новогрудка, «доктор медицины и окулистики» С. Русецкая в книге «Авантюры моей жизни» (1760), опираясь на достижения народной медицины, представила учение о физическом воспитании. В 1760 г. смотритель Виленской иезуитской академии Фр. Папроцкий выхлопотал королевский привилей на выпуск первого в Великом Княжестве Литовском периодического газетного издания под названием «Литовский курьер» и приложения к этой газете («Литературные известия»), в которых публиковались материалы о достижениях социально-гигиенической науки.

Реформируя систему государственного управления, сейм Речи Посполитой в 1775 г. образовал Польскую и Литовскую шпитальные комиссии – прообразы современных министерств здравоохранения. Предусматривалось создать воеводские шпитали для заболевших и беременных. Однако Литовская шпитальная комиссия в 1780 г. прекратила свою деятельность, а надзор за шпиталями был передан в ведение медицинских комиссий «доброго порядка». Следует отметить, что подобного рода учреждения в Англии были созданы только в 1796 г. (Манчестерское санитарное бюро).

Начало первым социально-гигиеническим исследованиям в Беларуси было положено открытием в Гродно в 1775–1781 гг. первого высшего учебного заведения на территории Великого Княжества Литовского по подготовке врачей – Гродненской медицинской академии по инициативе государственной Комиссии по образованию и известного политического деятеля-реформатора, гродненского старосты графа А. Тизенгауза. Ее организатором и руководителем стал профессор медицины Ж. Эм. Жилибер (1741–1814).

Гродненская медицинская академия размещалась в трехэтажном здании, специально построенном по проекту одного из видных архитекторов XVIII в. Дж. Сакко. В этом же здании размещалась больница на 60 коек. Академия имела единственные в Великом Княжестве Литовском анатомический театр и музей анатомии, кабинет (музей) естественной истории, медицинскую научную библиотеку. При ней действовала и аптека, открытая еще в 1687 г. Все это позволяет рассматривать Гродненскую медицинскую академию как первый в истории Беларуси научный проект, реализованный в рамках общественного здоровья и здравоохранения.

В типографии, которую арендовал А. Тизенгауз, в 1776 г. вышел в свет основанный К. Малиновским первый на территории Беларуси «Хозяйственный календарь» (на польском языке), в котором были опубликованы демографические показатели Гродненского воеводства.

Следует также отметить, что в апреле 1792 г. в Гродно начал выходить и первый в Беларуси «Еженедельный медицинский журнал» (на польском языке), в то время как в Санкт-Петербурге первый медицинский журнал начал издаваться только в ноябре 1792 г.

Реализованные во второй половине XVIII в. мероприятия создали определенные предпосылки для становления социально-гигиенической науки и практики на новой методологической основе, получившей дальнейшее развитие после вхождения Беларуси в состав Российской империи (1795).

В соответствии с Законом «Об укреплении губернской администрации на местах» (1775) в восточных губерниях Беларуси, присоединенных к Российской империи еще в 1772 г., была начата деятельность Приказов общественного призрения, т. е. возникла первая форма государственного здравоохранения.

Однако деятельность Приказов общественного призрения в области укрепления «народного здоровья» была ограничена: они бесплатно обслуживали только часть городского населения, включая уволенных по болезни солдат, заключенных в тюрьмах, некоторые категории низших чиновников. Для большинства же населения была установлена плата, делавшая для крестьян и несостоятельного городского населения учреждения Приказа фактически недоступными.

Более «организованная» медицинская помощь, оказываемая на договорных началах фельдшерами, имела место для «казенных» крестьян, т. е. находившихся в ведомстве государственных имуществ или уделов. Содержание этих фельдшеров осуществлялось за счет крестьянских пожертвований. На две-три волости приглашался фельдшер. При некоторых фельдшерских пунктах имелись приемные покои на 2–5 коек. В уездах были учреждены должности правительственных уездных лекарей.

В 1797 г. в Беларуси были образованы губернские врачебные управы, на которые были возложены обязанности по медикополицейскому надзору и принятию мер по борьбе с эпидемическими заболеваниями, проведению судебно-медицинской экспертизы, контролю деятельности аптек и младшего медицинского персонала. В этом же году на базе существовавшей Главной Литовской школы была создана Главная Виленская школа, преобразованная в 1803 г. в Виленский университет, функционировавший до 1832 г.

Именно на медицинском факультете Виленского университета в 1804 г. впервые в Беларуси уроженцем г. Гродно доктором философии и медицины Августом Людвиговичем Бекю (1771–1824) было начато чтение лекций по гигиене и медицинской полиции. Ему также принадлежат первые научные труды по организации деятельности больниц и лечению в них («Известия о совершенствовании больниц» и «О надлежащем содержании больниц», 1807 г.).

Значительный вклад в становление социально-гигиенической науки внесли прибывшие в 1804 г. в Вильно из Венского университета отец и сын Франки.

Профессор Иоганн Петер Франк (1745–1821) является автором девятитомного капитального труда «Полная система медицинской полиции» (1799–1819). В этом издании подведен итог эмпирическому, созерцательному периоду развития науки, базирующемуся на житейском опыте, и заложены основы общественного здоровья и здравоохранения как новой научной дисциплины, названной им «медицинской полицией». В предисловии к первому тому И.П. Франк следующим образом определил этот термин: «Медицинская полиция – наука о профилактике, знание, которое ставит своей задачей охранять человека... от вредных результатов совместной, скученной жизни, поддержать его здоровье и отсрочить до возможного более дальних сроков наступление естественного конца жизни». Основной тезис его научного труда – богатство страны в многочисленном здоровом населении.

Доктор медицины (1794) и профессор Виленского университета (1805) Иосиф Франк (1771–1842) впервые в Беларуси приступил к исследованию причин заболеваемости и смертности населения в зависимости от условий жизни и климатических особенностей. Он также стал учредителем Виленского медицинского общества (1805), которое объединило всех столичных медиков и врачей, живших в провинции, и издавало журнал «Памятники Виленского медицинского общества» (на польском языке). Основанные им совместно с А. Бекю первые в Европе Институт вакцинации (1808), а через год и Институт материнства (1809) стали прообразами будущих медицинских научно-исследовательских институтов.

В числе первых в Беларуси научных трудов социально-гигиенической направленности следует отметить монографию «Антропология про физические и моральные особен-

сти человека» доктора философии, медицины и хирургии Ю. Ясинского (вторая половина XVIII в. – 1833 г.) и научный труд «О госпиталях» доктора медицины В.Д. Берберского (1785–1826). Весом вклад в становление социально-гигиенической науки в Беларуси выпускников Виленского университета докторов медицины А. Снядцкого (1768–1838), Ф.А. Рымкевича (1799–1851), Л.С. Севрука (1807–1852), К.И. Грум-Гржимайло (1794–1874), Л.-К.Я. Нагумовича (1792–1853), которые в своих исследованиях указали на тесную связь изучаемых явлений медико-социальной среды и состояния здоровья населения. Их исследования стали основой для последующего успешного развития в Беларуси науки и учебной дисциплины об общественном здоровье и здравоохранении или, как она была названа в трудах Ж. Рошу (1838, Франция), С. Неймана (1847, Англия), Ж. Герена (1848, Франция), «социальной медицины» и «социальной гигиены».

На выявление роли социальной среды в возникновении заболеваний была нацелена и деятельность губернских обществ врачей, первые из которых в Беларуси (Минское и Могилевское) были созданы в 1862 г. Так, например, среди основных задач Минского общества врачей, созданного по инициативе уроженца Речицы выпускника Виленского университета доктора медицины (1823) губернского врачебного инспектора Д.О. Спасовича (1797–1882), были определены борьба с эпидемиями, организация медицинской помощи населению, изучение санитарного состояния города и губернии. Еще в 1867 г. членами общества врачами И.К. Бергом и И.С. Топорниным впервые напрямую было указано на взаимосвязь состояния здоровья населения и социально-экономических условий жизни. Санитарный врач А.Ф. Недзведский (1859–1913) впервые научно обосновал необходимость проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий и благоустройства г. Минска. В 1889 г. была издана монография первого санитарного врача г. Минска П.А. Грацианова «Очерк врачебно-санитарной организации русских городов», которая стала одним из первых социально-гигиенических научных трудов в Российской империи, посвященных проблемам улучшения санитарного состояния городских поселений. На протяжении многих лет члены губернских обществ врачей занимались научными социально-гигиеническими исследованиями, собирали статистические материалы о заболеваемости и смертности населения, устанавливали причины распространения заразных болезней, составили медико-топографические и санитарно-статистические описания городов и местечек белорусских губерний.

Несмотря на неудовлетворительное санитарное состояние большинства населенных пунктов, во второй половине XIX в. медицинские учреждения в Беларуси были весьма малочисленными и оставались в подчинении Приказов общественного призрения. При этом губернским Приказам выделялись из государственной казны только незначительные средства для бесплатного обслуживания населения. Кроме того, существенным недостатком в медицинской помощи являлась ограниченность численности врачебного персонала.

Массовые эпидемии ускорили принятие Государственным Советом Положения об устройстве сельской врачебной медицины (1868), которое применялось в тех губерниях, включая белорусские, где не было введено земское самоуправление (1864). Согласно этому Положению на каждый уезд назначались 1 врач, 3 повивальные бабки и 7–9 фельдшеров. Таким образом, на территорию Беларуси были распространены организационные формы разъездной медицины, возникшей несколько ранее в центральных губерниях Российской империи.

В 1887 г. в белорусских губерниях был увеличен штат сельских врачей и фельдшеров, а также введено обязательное строительство сельских больниц, содержание которых предусматривалось за счет волостей. Устанавливалось, что в каждом уезде должно было быть 2 врача, 10–12 фельдшеров и 3 повивальные бабки. Каждый уезд разделялся на два участка, на территории которых предопределялось строительство больницы и двух приемных покоев на 2–4 койки. Разъездная система врачебной помощи была официально заменена полуразъездной (смешанной). В круг деятельности врача участка входили: лечебная работа в больнице, ежемесячные

выезды в сельские приемные покои для наблюдения за работой фельдшеров и контроль деятельности фельдшеров при волостных правлениях. Данная форма организации медицинской помощи получила название волостной.

Проведенная реорганизация заложила основу для существенного улучшения медицинской помощи на селе. Так, например, в 1888 г. в Витебской губернии функционировали уже 29 больниц, в которых работал 81 врач, причем 14 больниц содержались за счет средств крестьян. В 1891 г. в Гродненской губернии функционировали 87 больничных заведений на 812 коек, включая 17 сельских лечебниц на 102 койки и 36 врачебных приемных покоев, в которых работали 129 врачей. В 1895 г. в Минской губернии работали 216 врачей, включая 114 вольнопрактикующих; функционировали 43 больницы на 1281 койку, а также 44 приемных покоя для сельского населения на 88 коек.

Тем не менее к концу XIX в. уровень оказания медицинской помощи все еще не соответствовал существовавшим потребностям населения Беларуси и значительно уступал показателям центральных губерний Российской империи. Так, если в 1892 г. в 12 неземских губерниях, включая белорусские, 1 врач приходился на 8640 квадратных верст и 101 300 душ населения, то в 34 земских губерниях – уже на 1800 квадратных верст и 42 000 душ населения соответственно. И это при широком распространении в Беларуси эпидемических заболеваний, включая туберкулез, сопровождавшихся высокой смертностью как городского, так и сельского населения. Как отмечал на первом съезде врачей Минской губернии врач Н.К. Чарноцкий (1866–1937), «простой народ считает туберкулез совершенно неизлечимым, обращается только за диагнозом... Сельскому врачу невольно приходится наблюдать быстрое вымирание целых крестьянских семей, переползание из дома в дом этой самой смертельной из всех болезней, борьба с которой у нас еще не началась».

Более быстрыми темпами сельская медицина стала развиваться после введения в 1903 г. Положения об управлении земским хозяйством в неземских губерниях, включая Минскую, Могилевскую и Витебскую (в 1911 г. это Положение было распространено на все белорусские губернии). Так, согласно этому документу медицинские учреждения были переданы из Приказа общественного призрения в ведение земских врачебных управ. Местные органы государственного управления впервые законодательно обязывались проявлять заботу о медицинской помощи населению, улучшении санитарных условий, предупреждении и пресечении эпидемий. Открытие сельских врачебных участков сопровождалось в большинстве случаев учреждением при них больниц.

Роль и место *земской медицины* в Беларуси наиболее отчетливо представлены в принципах, сформулированных в резолюции съезда земской медицины Витебской губернии, 2-Л мая 1917 г.:

- общественная земская врачебно-санитарная помощь должна быть построена на принципах бесплатности и общедоступности;
- осуществление организации врачебно-санитарного дела должно проводиться местными органами самоуправления при непосредственном руководстве коллегиальных врачебно-санитарных органов, построенных на демократических началах с привлечением населения к активному участию в общественной санитарии;
- основной ячейкой общественной земской медицины является врачебный участок, оборудованный и приспособленный для оказания амбулаторной помощи общим и острозаразным больным, обслуживающий территорию не более 315 квадратных верст (радиус 5-10 верст; подлежал уточнению в зависимости от плотности населения);
- принадлежностью каждого врачебного участка должна быть санитарная единица и санитарное попечительство, организованные самим населением, объединенные в участковый санитарный совет под руководством местного участкового врача;

- для коллегиального ведения дела весь участковый медицинский персонал объединяется в уездный врачебно-санитарный совет;
- для объединения деятельности участковых санитарных советов в осуществлении предупредительных мер необходимо иметь санитарного врача, специально знакомого с общественной медициной, а для борьбы с эпидемиями – эпидемический отряд;
- борьба с эпидемиями, как и организация санитарной части уездов, должна всецело лежать на уездных земствах;
- в каждом уезде должен быть эпидемиолог и санитарный врач. Санитарный врач должен заведовать санитарно-статистическим бюро при уездной земской управе;
- при губернской земской управе должно быть учреждено врачебно-санитарное бюро, которое в объединительных целях должно периодически созывать губернский врачебно-санитарный совет; совет мог созывать съезд.

Данные принципы по сути представляли собой программу действий на перспективу. Однако в силу объективных причин, связанных с политическими и военными событиями того времени (Первая мировая война, революции 1917 г.) эта программа не была реализована.

К началу XX в. рост промышленности, подъем революционного движения, выдвижение рабочими экономических требований, в том числе и по организации медицинской помощи, способствовали введению в Российской империи, в том числе и в Беларуси, страховой медицины. Так, 23 июня 1912 г. Государственной Думой был принят Закон о страховании рабочих в случае болезни и несчастных случаев (в Германии обязательное медицинское страхование было введено в 1883 г., в Англии – в 1911 г.). Организационную основу страховой медицины составили больничные кассы, которые могли быть территориальными (общими) и профессиональными (при предприятиях). Средства больничных касс образовывались из взносов рабочих и выплат промышленников. Лечение рабочих должно было производиться за счет владельцев предприятий, но содержание собственных больниц, даже при крупных заводах и фабриках, признавалось для предпринимателей необязательным. Больничные кассы обеспечивали рабочих тремя видами пособий: при болезнях и несчастных случаях (от 25 до 75 % заработка), при родах (50-100 %), а также в случае смерти застрахованного (100–150 % месячного заработка). Однако до Февральской революции 1917 г. данная система страхования не была распространена на все отрасли промышленности.

Несмотря на поступательное развитие медицинской науки и здравоохранения, до начала XX в. в медицинских университетах не существовало кафедр, на которых велось бы преподавание общественного здоровья и здравоохранения. Тем не менее усилия в этом направлении постоянно предпринимались: в 1906 г. в Киевском коммерческом институте Ю.А. Корчак-Чепурковский начал читать «Основы социальной гигиены и общественной медицины», а в 1910 г. профессор П.Н. Диатропов ввел курс социальной гигиены на Высших женских курсах в Москве.

Первая кафедра социальной гигиены была создана А. Гротья-ном в 1920 г. в Берлинском университете. Вслед за ней аналогичные кафедры были организованы и в других высших учебных заведениях Европы. Их руководители (А. Фишер, С. Нейман, Ф. Принцинг, Э. Ресле и др.) сосредоточили свое внимание на социальных условиях и факторах, определявших здоровье населения, на разработке предложений и требований по государственной охране здоровья населения, по осуществлению социальной государственной политики, включая эффективное медицинское (санитарное) законодательство, страхование здоровья, социальное обеспечение. Они встали на путь реформ не только самой гигиены, но и всего дела охраны здоровья населения и организации медицинской помощи.

В СССР становление и развитие социальной гигиены в период после Октябрьской революции (1917) связано с деятельностью Н.А. Семашко (1874–1949) и уроженца г. Гродно З.П. Соловьева (1876–1928).

Н.А. Семашко впервые определил социальную гигиену как область медицины, задачей которой является изучение влияния на здоровье населения социальной среды, а также разработка мероприятий по устранению неблагоприятного влияния этой среды. В своих научных трудах он особо подчеркивал, что «все болезни социальные, ибо все они зависят от тех условий, в которых живет человек». Заслуга Н.А. Семашко состоит также в том, что он впервые доказал историческую обусловленность профилактики, выявил ее движущие силы и разработал целостную стройную систему проведения соответствующих мероприятий.

З.П. Соловьевым были определены организационные принципы развития советского здравоохранения. Так, по его докладу на первом съезде медико-санитарных отделов (1918) было признано необходимым создание единого государственного центрального органа здравоохранения. По предложению Н.А. Семашко съезд принял резолюцию «Об организации советской медицины на местах», в которой подчеркивалась необходимость проведения в жизнь общедоступного и бесплатного лечения, отмечалась решающая роль государства в борьбе с социальными болезнями, антисанитарными условиями, значение широкого санитарного просвещения населения.

В 1920 г. была утверждена организационная модель советского здравоохранения (модель Н.А. Семашко), включавшая три основных принципа:

- единое государственное здравоохранение;
- принцип централизации и единоначалия;
- принцип диспансеризации.

В связи с этим в 1920 г. в соответствии с решением II Всебелорусского съезда Советов рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов был создан Народный комиссариат здравоохранения БССР (первый Комиссариат здравоохранения в составе Временного революционного рабоче-крестьянского правительства БССР был образован в январе 1919 г. (комиссар И.И. Пузырев – бывший народный учитель)).

По инициативе Н.А. Семашко и З.П. Соловьева в медицинских институтах были созданы кафедры социальной гигиены (1922), сыгравшие особую роль в реорганизации медицинского образования, способствовавшие внедрению профилактических начал в здравоохранение, изучению социальных проблем медицины.

В Беларуси первая кафедра социальной гигиены была создана в 1924 г. на медицинском факультете Белорусского государственного университета. Первые лекции по дисциплине были прочитаны профессором Ленинградского медицинского института З.Г. Френкелем. Им же был издан первый учебник по социальной гигиене. В 1925 г. при кафедре был открыт Институт социальной гигиены, музей, библиотека, статистический кабинет, а также клиника профессиональных болезней, преобразованная в 1928 г. в Институт охраны труда, ставший самостоятельным учреждением (директор – М.Я. Гарбель). В 1920 г. в БССР была издана и первая научная справочная литература по дисциплине (С.Р. Дихтяр, Б.Я. Смулевич. «Справочник по медико-санитарной сети Белоруссии», Б.Я. Смулевич. «Заболеваемость и смертность населения городов и местечек БССР»).

В 1920 г. сотрудниками кафедры социальной гигиены были заложены методические основы комплексного изучения состояния здоровья населения Беларуси, организовано изучение распространенности краевой патологии и социально обусловленных заболеваний, жилищно-бытовых условий населения, санитарного благоустройства населенных мест. Широкое распространение получили разнообразные формы участия практических врачей и широких слоев населения в работе учреждений здравоохранения по улучшению условий труда и быта. Основой же здравоохранения в этот период стала профилактика. Так, нарком здравоохранения БССР М.И. Барсуков указывал, что «профилактика – основа здравоохранения».

Важную роль в зарождении и становлении белорусской медицинской терминологии сыграло создание медицинской секции Института белорусской культуры (руководитель – М.И. Барсуков) – предшественника Национальной академии наук.

Для дальнейшего развития системы здравоохранения важное значение имело постановление ЦК ВКП(б) «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян» (1929), в котором указывалась необходимость дальнейшего расширения сети организаций здравоохранения в городах и сельской местности. При этом учеными социал-гигиенистами были разработаны формы и методы работы здравпунктов, амбулаторно-поликлинических учреждений, обосновано внедрение в их работу диспансерного метода, что позволило перейти от разрозненных и не всегда эффективных мероприятий к плановому проведению лечебно-профилактической работы.

В конце 1920 – начале 1930-х гг. в связи с проведением индустриализации и коллективизации направления социально-гигиенических исследований в БССР претерпели значительные изменения: была расширена тематика исследований, посвященных обоснованию новых форм деятельности организаций здравоохранения и разработке системы показателей оценки их деятельности.

27 ноября 1938 г. Совнарком БССР утвердил новое Положение о Народном комиссариате здравоохранения, в котором закреплялась общедоступность бесплатной медицинской помощи для всех трудящихся. В Положении также подчеркивалось, что мероприятия по улучшению медицинской помощи населению Наркомздрав проводит через областные отделы здравоохранения, в связи с чем в облисполкомах были созданы отделы здравоохранения.

Однако система оказания медицинской помощи отставала от возrastавших требований. С целью улучшения медико-санитарного обслуживания сельского населения СНК СССР принял Постановление «Об укреплении сельского врачебного участка» (1938), которым утверждалось создание в БССР 455 сельских врачебных участков и предполагалось открытие дополнительно к существовавшей сети за счет местных бюджетов 275 фельдшерских и акушерских пунктов. На сельский врачебный участок было возложено не только обслуживание населения закрепленной за ним территории, но и организационное объединение всех медицинских учреждений, входящих в его состав и работающих под единым руководством врача, заведующего участком. Сельская больница, врачебная амбулатория, акушерские и фельдшерско-акушерские пункты, колхозные родильные дома, а также постоянные и сезонные ясли включались в состав врачебного участка.

Выраженное смещение направлений как научных исследований, так и практической деятельности со сферы общественного здоровья и профилактики к проблемам организации медицинской помощи отразилось в изменении названия кафедр: в 1941 г. они были переименованы в кафедры организации здравоохранения.

С началом Великой Отечественной войны основное внимание специалистов по социальной гигиене было сосредоточено на вопросах научного обоснования медико-санитарного обеспечения фронта и организации медицинской помощи в тылу, предупреждения вспышек инфекционных заболеваний. Итогом этой работы стало создание системы этапного лечения раненых и заболевших, что позволило вернуть в строй сотни тысяч солдат и офицеров действующей армии.

В 1945 г. после возобновления работы Института усовершенствования врачей в г. Минске был открыт курс «Организация здравоохранения», который в 1947 г. был преобразован в одноименную кафедру, возглавляемую в 1951–1953 гг. министром здравоохранения БССР И.А. Инсаровым, внесшим значительный вклад в развитие теории и практики общественного здоровья и здравоохранения в Беларуси. Так, под его руководством после окончания Великой Отечественной войны была восстановлена система здравоохранения, заново создана лечебно-профилактическая сеть, организована противоэпидемическая работа, ликвидированы очаги инфекционных заболеваний. В 1947 г. было начато объединение амбулаторий и поликлиник с

больницами, что привело к укреплению районных больниц как центров специализированной медицинской помощи сельскому населению. Кроме того, была значительно повышена роль областных больниц. В 1950 г. было принято новое Положение о сельской участковой больнице, в котором определялись ее задачи и функции, особо отмечалась необходимость осуществлять диспансерное наблюдение за состоянием здоровья отдельных групп населения, проводить наблюдение за санитарным состоянием населенных мест. Это Положение легло в дальнейшем в основу мероприятий местных органов здравоохранения по развертыванию сети сельских участковых больниц и организации их деятельности.

В первые послевоенные годы сотрудниками кафедр организации здравоохранения большое внимание было уделено изучению медико-социальных последствий войны. В частности, этой проблеме была посвящена кандидатская диссертация Д.П. Беяцкого «Влияние немецкой оккупации на заболеваемость сыпным тифом населения БССР» (1948), руководившего в 1945–1978 гг. кафедрой организации здравоохранения Минского государственного медицинского университета. Им же была разработана схема взаимосвязи социальных проблем медицины с практикой здравоохранения, которые рассматривались в пяти аспектах: распространенность заболевания в стране; экономический ущерб, нанесенный обществу; социальный генез заболевания; медико-социальные аспекты профилактики; современные формы и методы медицинской помощи.

Как содержание дисциплины, так и преподавание предмета в 1950-1960-е гг. неоднократно претерпевали существенные изменения, которые были обусловлены возрастающими требованиями к теоретической и практической подготовке врачей, повышению качества медицинской помощи населению. Так, в 1966 г. кафедры организации здравоохранения были переименованы в кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения, а задачи, поставленные перед ними после принятия Постановлений ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР» (1960) и «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране» (1968), потребовали повышения роли научных исследований, посвященных теоретическим проблемам здравоохранения. При этом особое внимание было уделено научному обоснованию роли центральных районных больниц (далее – ЦРБ) и реорганизации бесперспективных сельских участковых больниц во врачебные амбулатории.

Увеличение мощности больниц создало условия для комплексного и квалифицированного лечения пациентов и при этом обеспечило более рациональное использование коечного фонда. В основу дальнейшего развития сети больничных учреждений была положена организация узкоспециализированных центров, что вызвало необходимость медицинского районирования обслуживаемых территорий, формирование единой системы медицинской помощи городскому и сельскому населению по принципу функциональных комплексов. Однако результаты проведенных научных исследований показали, что характер расселения сельских жителей, специфика условий их труда и быта обуславливают ряд особенностей организации здравоохранения на селе и прежде всего ее этапность.

В 1969 г. были приняты Основы законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении, явившиеся единым нормативным актом, регламентирующим деятельность учреждений здравоохранения, ставшие юридической базой для дальнейшего развития системы здравоохранения. В 1970 г. в БССР был принят Закон «О здравоохранении», который с учетом региональных особенностей конкретизировал задачи местных органов здравоохранения в области охраны здоровья населения.

В Конституции СССР (1977) было впервые закреплено право на охрану здоровья и указано, что в стране создана, действует и развивается государственная система здравоохранения, которая включала проведение широких социально-экономических и медицинских мероприятий по улучшению здоровья населения, оздоровлению окружающей среды, предупреждению

заболеваний, обеспечению здоровых условий труда и быта, снижению смертности и увеличению продолжительности жизни.

Принятые ЦК КПСС и Советом Министров СССР Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 г. (1987) стали продолжением развития законодательства об охране здоровья населения. При этом главной задачей было провозглашено повышение качества медицинской помощи. С этой целью предполагалось осуществить коренную перестройку деятельности органов и учреждений здравоохранения.

Во второй половине XX – начале XXI в. белорусские ученые внесли значительный вклад в развитие общественного здоровья и совершенствования системы здравоохранения: были разработаны основы научного планирования в здравоохранении, обоснована потребность населения в разных видах медицинской помощи, изучены причины возникновения и распространения различных неинфекционных заболеваний, исследовано состояние здоровья различных социальных и возрастно-половых групп населения. Среди важнейших достижений – комплекс работ по охране здоровья детей, снижению заболеваемости и младенческой смертности в БССР (К.Н. Анищенко, И.Н. Усов, А.К. Устинович, Р.Э. Мазо – Государственная премия БССР в области науки), изучение социально-гигиенических аспектов болезней органов дыхания и кровообращения у детей (М.К. Зубрицкий), разработка теории и методов медицинской географии и внедрение их в практику народного хозяйства (С.И. Белов – Государственная премия СССР в области науки и техники), создание системы медицинской реабилитации (Э.А. Вальчук), разработка «Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010 гг.» (В.С. Глушанко), создание медико-организационной модели охраны репродуктивного здоровья женщин с воспалительными заболеваниями половых органов (И.А. Наумов) и т. д. Важным направлением научных исследований является также историко-медицинское, ориентированное на обеспечение преемственности в деятельности здравоохранения (Г.Р. Крючок, Д.П. Беляцкий, М.В. Денисова, Э.А. Вальчук, Е.М. Тищенко и др.).

Достигнутые результаты позволили как врачам, так и организаторам здравоохранения всех уровней получить необходимый объем теоретических знаний по проблемам общественного здоровья, что нашло отражение в значительном совершенствовании организации оказания медицинской помощи и улучшении качественных показателей здоровья населения. В связи с этим в 2001 г. в Беларуси кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения были переименованы в кафедры общественного здоровья и здравоохранения, а наука получила статус теоретической основы здравоохранения.

1.1.2. Воздействие социальных условий, факторов внешней среды и образа жизни на здоровье

Согласно определению ВОЗ (1948 г.), данному в преамбуле ее Устава, **здоровье** является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов.

Согласно Закону Республики Беларусь «О здравоохранении», **здоровье** – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний.

Эксперты ВОЗ считают, что «здоровье не является целью жизни, но это важнейший ресурс для повседневной жизнедеятельности, позитивная жизненная концепция, акцентирующая социальные, психические и физические возможности человека».

В медико-санитарной статистике при оценке здоровья выделяют следующие уровни:

- индивидуальное здоровье;
- групповое здоровье;

- общественное здоровье.

Индивидуальное здоровье — это здоровье отдельного человека, позволяющее вести активную в социальном и экономическом плане жизнь. Нарушения в состоянии здоровья человека оценивает врач по отклонениям в физическом развитии, наличию острых или хронических заболеваний и т. д.

Групповое здоровье — здоровье малых социальных, этнических групп. Это может быть семья, коллектив, сообщество.

Общественное здоровье — это интегрированный уровень общественного прогресса, характеризующий общество в целом с позиций здоровья населения, социального, культурного и экономического благополучия. По мнению экспертов ВОЗ, общественное здоровье следует рассматривать как «ресурс национальной безопасности».

Противоположным здоровью является понятие болезни.

По определению ВОЗ, *болезнь* — это общее или частичное ограничение жизнедеятельности организма, обусловленное срывом адаптогенных механизмов под воздействием эндогенных и экзогенных факторов и характеризующееся стеснением свободы деятельности.

Несколько иным понятие является *заболевание*.

Заболевание — это расстройство здоровья человека, нарушение нормальной жизнедеятельности его организма, в том числе в результате травм, ранений, увечий, контузий, врожденных дефектов и неотложных состояний (ст. 1 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»).

Факторами, обеспечивающими физическое благополучие индивидуума, являются рациональное питание, режим труда и отдыха, двигательной активности, отказ от вредных привычек и т. д.

В отличие от достаточно известных факторов, обеспечивающих физическое благополучие, значение некоторых из основополагающих составляющих духовного и социального благополучия до настоящего времени недооценено. Это относится в первую очередь к религии и культуре.

Религия, являясь древнейшим атрибутом человеческого общества, позволяет обеспечить самую важную точку опоры для пациента в его борьбе с болезнью.

Большинство религий мира имеют общие основания: вера в воскрешение и справедливость, посыл терпимости, защита от изоляции с возможностью реализации своих потребностей, молитва. Эти положения несут в себе высокий психогигиенический и психотерапевтический потенциал.

Следует отметить, что позитивные эффекты религиозной веры в отношении здоровья проявляются на различных психосоциальных уровнях и в разнообразных формах:

- в собственно духовно-религиозной сфере (пожертвования, стремление к безгрешности поступков, отмаливание грехов, паломничество);
- в сфере самосознания (рост самоуважения, укрепление самообладания, повышение оценки собственных возможностей, жизненная уверенность);
- в коммуникативной сфере (формирование или укрепление толерантности в общении, активность в процессе внутриобщинной взаимоподдержки, установка на добрососедские взаимоотношения, отзывчивость);
- в социальной сфере (позитивные семейные установки, старательное исполнение родительских обязанностей, гражданская добропорядочность);
- в когнитивной сфере (уяснение жизненных целей и смысла человеческого существования, смирение с конечностью земной жизни, рациональное отношение к превратностям судьбы);
- в поведенческой сфере (установка на здоровый образ жизни с исключением употребления наркотических веществ, азартных игр, беспорядочных половых отношений).

Важнейшим фактором, определяющим духовное и социальное благополучие, является первое и древнейшее производное религии – культура.

Культура – это сумма знаний, нравственных начал и поведение человека в обществе, а также отношение к самому себе.

Культура, как и здоровье, складывается из ряда составляющих:

- нравственной, или духовной: духовная культура – нравственное здоровье;
- психической: культура психологических отношений – психическое здоровье;
- физической: физическая культура – физическое здоровье.

Физическая культура — часть общей культуры общества, одна из сфер деятельности, направленная на укрепление здоровья, функционального состояния, наращивание резервов организма, развитие двигательных способностей человека и использование их в соответствии с потребностями личности.

Среди иных факторов, обеспечивающих духовное и социальное благополучие в формировании здоровья, следует отметить важную роль семьи и умение жить в гармонии с собой и окружающими.

Иными значимыми социальными факторами в поддержании нормального состояния здоровья также являются достаточный образовательный уровень, характер воспитания и т. д.

Состояние здоровья отдельно взятого человека – явление в значительной степени случайное. Поэтому важно выявление факторов риска для ухудшения состояния здоровья индивидуума и причин болезней.

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

Согласно экспертной классификации ВОЗ, существует ряд факторов, определяющих состояние индивидуального здоровья:

- показатели, характеризующие уровень физического развития (вес, рост, индекс массы тела, окружность головы и груди, развитие основных двигательных качеств);
- показатели функционального состояния организма (функциональное состояние центральной и вегетативной нервной систем, системы кровообращения и иных систем организма, физическая подготовленность, сон);
- показатели, характеризующие уровень нервно-психического развития (память, внимание, мышление, уровень интеллекта, успеваемость, объем знаний);
- показатели, характеризующие уровень личностного развития (образ «Я» – самооценка, самоотношение, самопринятие, ролевая идентификация, коммуникативная компетентность, протраивание будущего, самореализация, креативность, коппинг-ресурсы, жизненные ценности, жизненные навыки);
- показатели, характеризующие устойчивость, сопротивляемость (стрессоустойчивость, частота острых заболеваний, отражающая состояние иммунитета, силовая выносливость, работоспособность, умственная работоспособность, психологические защитные механизмы);
- наличие заболеваний (аллергические, хронические заболевания, врожденные пороки и уродства, последствия травм, психосоматические реакции и состояния, функциональные отклонения в состоянии здоровья);
- биологические факторы, влияющие на здоровье (наследственность, патология в родах, беременность, роды и кормление грудью);
- поведение как показатель здоровья и фактор риска нарушений здоровья (сексуальное поведение, двигательная активность, аддитивное поведение, обращение за медицинскими услугами, увлечения, хобби);

- режим (режим дня, питания, отдыха, труда, двигательной активности, нагрузки, зака-
ливание);
- факторы окружающей природной среды (климатические условия, антропогенные и тех-
ногенные воздействия, риск природных катаклизмов и т. д.);
- факторы социальной среды (декларируемая политика государства по охране и укреп-
лению здоровья населения, средства массовой информации, доступность и качество меди-
цинских услуг, социальная поддержка в случае утраты трудоспособности, развитость сферы
досуга, традиции, социальные нормы поведения в области здоровья, состояние сферы бытовых
услуг – транспорт, магазины и т. д.);
- факторы семейной среды (тип и состав семьи, взаимоотношения, материальное поло-
жение, семейные традиции, наличие инвалидов и/или лиц с наличием хронических заболева-
ний в семье);
- факторы профессиональной среды (педагогические воздействия, гигиенические усло-
вия труда, психологический микроклимат в коллективе, интерес к учебе/работе, достижения,
перспектива карьерного роста, уровень образования, сфера деятельности).

Важным элементом является также *культура здоровья* – осознанное и методически гра-
мотное применение в повседневной жизни принципов всестороннего оздоровления, активной
стабилизации и укрепления здоровья как физического, так и психического, нравственного и
социального.

Эксперты ВОЗ в 1980-х гг. определили ориентировочное соотношение различных фак-
торов, влияющих на здоровье современного человека (*формула здоровья*), выделив в качестве
основных четыре производные. Это соотношение применительно к нашей стране распределя-
ется следующим образом: генетические факторы – 15–20 %; состояние окружающей среды
– 20–25 %; медицинское обеспечение – 10–15 %; условия и образ жизни людей – 50–55 %
(рис. 1.1).

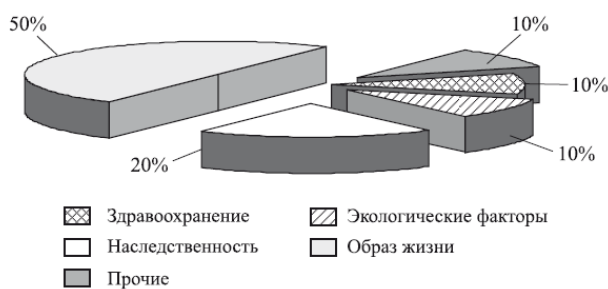


Рис. 1.1. Формула здоровья

Из формулы здоровья могут быть сделаны следующие выводы: здоровье формируется
при активном взаимодействии биологических и социальных факторов;

- проблема улучшения здоровья имеет государственный комплексный характер;
- основу улучшения здоровья составляет здоровый образ жизни.

В настоящее время представлены убедительные доказательства социальной обусловлен-
ности здоровья. Этот тезис приобрел ведущее значение в деятельности ВОЗ.

Так, экспертами ВОЗ установлено, что болезнь человека приводит к нарушению
не только физиологических, соматических, но и психологических, социальных, трудовых,
морально-нравственных и других функций, т. е. к нарушению всего спектра жизни.

Существует ряд *концепций понятия «здоровье»*, из которых наибольший интерес пред-
ставляют концепция баланса здоровья и адаптационная концепция здоровья.

Концепцию баланса здоровья предложил Noack (1993), чтобы описать то динамическое равновесие, которое поддерживается, несмотря на внешние проблемы (результат факторов среды или поведения). В ней различают два ключевых измерения здоровья: баланс и потенциал здоровья.

По определению ВОЗ, **потенциал здоровья** – это наилучшее состояние здоровья, которого конкретный человек может достигнуть независимо от имеющихся у него нарушений здоровья.

Потенциал здоровья – это способность взаимодействия с окружающей средой для поддержания или восстановления равновесия, основанная на понятии нормы.

Норма – понятие статистическое, основанное на вероятностной структуре показателей, характерной для популяции. **Норма** – это зона физиологических изменений, при которой статистические колебания биохимических, психологических, физиологических и других параметров свидетельствуют о сохранности морфофункционального статуса организма, о высоком уровне компенсаторных возможностей, обеспечивающих необходимый уровень адаптации и работоспособности.

Баланс здоровья – это выражение моментального состояния равновесия между потенциалом здоровья и действующими на него факторами.

Ресурс здоровья – это сумма доступных средств для улучшения потенциала здоровья.

Укрепление здоровья – это охватывающий все виды медицинской деятельности процесс предоставления индивидууму и обществу возможности улучшить свое здоровье путем воздействия на факторы, влияющие на его состояние.

Однако потенциал здоровья неизвестен до внешнего воздействия. Только воздействие определяет возможности организма. Данную ситуацию рассматривает *адаптационная концепция здоровья*.

Адаптация — это составная часть приспособительных реакций биологической системы на изменение условий среды существования.

Способность к адаптации – одно из свойств и условий развития здорового человека.

Резервы адаптационных возможностей в организме всегда выше, чем их реализация. С этих позиций здоровье следует рассматривать как понятие динамическое, характеризующееся индивидуальными, возрастными и производственными аспектами.

Возрастной аспект определяется характерными для каждого этапа возрастного развития человека специфическими особенностями биологической и социальной адаптации. Для каждого возрастного этапа должны существовать свои критерии здоровья, свойственные этому возрасту, его морфофункциональной организации и социальной роли.

Важным понятием является *количество здоровья* – сумма резервных мощностей основных функциональных систем организма, которая определяется по коэффициенту резерва, т. е. по отношению максимального значения функции к ее нормальному уровню.

Например, в покое объем крови, перекачиваемой сердцем за 1 мин, равен 4 л, а максимальный объем при интенсивной работе составляет 20 л. Таким образом, *коэффициент резерва* может быть рассчитан как $20: 4 = 5$.

Уровнями организации здоровья (структурно-функциональные уровни) являются:

- молекулярный, или уровень ДНК, – при повреждении ДНК радионуклидами, свободными радикалами, токсическими веществами возникают наследственные, онкологические и другие болезни;
- клеточный, или тканевой, – определяет состояние жизнедеятельности клеток – деление, биосинтез, защитные свойства, от которых зависят активность обменных процессов, иммунитет и пр.;
- органнй – формируются функциональные возможности органов и систем, которые определяют резервы здоровья;

- организменный – определяет состояние процессов жизнедеятельности в организме, регуляторные механизмы;

- популяционный: на данном уровне оценивается состояние здоровья групп населения.

Несмотря на различие в подходах, общим в концепциях индивидуального здоровья является невозможность определить его статистическими показателями – заболеваемостью, смертностью, средней продолжительностью предстоящей жизни, характерными для популяционных форм здоровья населения.

1.1.3. Общественное здоровье и здравоохранение как наука о закономерностях общественного здоровья

Здоровье населения – это медико-демографическая и социальная категория, отражающая физическое, духовное, социальное благополучие людей, осуществляющих свою жизнедеятельность в рамках определенных социальных общностей.

Сведения о состоянии здоровья населения можно получить на основании проведенных медицинских осмотров, обращаемости населения за медицинской помощью, результатов специальных выборочных исследований, данных о причинах смерти и др.

При оценке группового здоровья наряду с индивидуальными оценками прибегают к медико-статистическим и демографическим показателям и критериям, т. е. оценкам здоровья населения.

Эксперты ВОЗ предлагает оценивать уровень здоровья людей, которые на момент медицинского осмотра достигли международно признанного возрастного рубежа: 1 год, 15 лет, 45 и 65 лет. При этом появляется объективная возможность выявлять изменения состояния здоровья внутри каждой региональной группы населения и сравнивать между собой разные регионы. По результатам оценки здоровья можно формировать заключение о его уровне. Например, регион с высоким уровнем здоровья населения или страна с низким уровнем популяционного здоровья и т. д. *Уровень здоровья* отражает степень адаптированности общности людей к определенным социальным условиям жизни.

Таким образом, *общественное здоровье* является важнейшим интегрированным показателем развития общества. Его нельзя сводить к совокупности, сумме здоровья отдельных людей. Это иной уровень здоровья, который можно рассматривать как социологический.

Общественное здоровье отражает интегральное комплексное здоровье индивидуумов, из которых и состоит общество. Оно является характеристикой одного из важнейших свойств, качеств, аспектов общества как социального организма и его потенциала, имеющего экономическое выражение. Без него не может создаваться вся совокупность материальных и духовных ценностей. ВВП создается обществом. Будет справедливо считать, что общественное здоровье является его составной частью.

Для оценки общественного здоровья используются четыре группы взаимосвязанных статистических показателей:

- демографические показатели;
- показатели заболеваемости;
- показатели первичной инвалидности;
- показатели физического развития.

Экспертами ВОЗ сформулированы требования к интегральным показателям оценки здоровья населения (индекс здоровья населения), необходимые в качестве критерия для сравнения состояния здоровья больших совокупностей населения и оценки эффективности соответствующих мероприятий, проводимых органами здравоохранения.

Интегральный показатель (далее – ИП) оценки общественного здоровья должен удовлетворять следующим требованиям:

- доступность данных – должна существовать возможность для определения ИП без «сложных специальных исследований»;
- полнота охвата – ИП должен быть получен из данных, охватывающих все население, для которого он предназначена;
- качество – национальные или территориальные данные не должны изменяться во времени и пространстве таким образом, чтобы на ИП оказывалось значительное влияние;
- универсальность – ИП по возможности должен быть отражением группы факторов, которые определены и влияют на уровень здоровья;

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.