

Е. Е. ТЕН

ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

УЧЕБНИК

Рекомендовано

*ГОУ ВПО «Московская медицинская академия имени И. М. Сеченова»
в качестве учебника для студентов образовательных учреждений,
реализующих образовательную программу по направлению подготовки
040101.51 «Социальная работа» (базовый уровень среднего
профессионального образования)*



Москва
Издательский центр «Академия»
2009

УДК 364.78:61(075.32)

ББК 65.272:5я723

Т33

Рецензент:

мастер производственного обучения ГОУ НПО
«Производственный лицей № 10» Брянской области *А. Ю. Липовская*

Тен Е. Е.

Т33 Основы социальной медицины : учеб. для студ. учреждений сред. проф. образования / Е. Е. Тен. — М. : Издательский центр «Академия», 2009. — 272 с.

ISBN 978-5-7695-5802-3

Приведены основные методики и технологии оказания лечебно-профилактической помощи. Особое внимание уделено профилактике медико-социальных проблем наркотизма и ВИЧ-инфекции. Рассмотрены основные понятия медико-социальной помощи, медицинской деонтологии, задачи организации медико-социального патронажа, вопросы материнства и детства.

Для студентов учреждений среднего профессионального образования. Может быть полезен практическим работникам органов социальной защиты населения.

УДК 364.78:61(075.32)

ББК 65.272:5я723

*Оригинал-макет данного издания является собственностью
Издательского центра «Академия», и его воспроизведение любым способом
без согласия правообладателя запрещается*

© Тен Е. Е., 2009

© Образовательно-издательский центр «Академия», 2009

© Оформление. Издательский центр «Академия», 2009

ISBN 978-5-7695-5802-3

ПРЕДИСЛОВИЕ

Предмет «Основы социальной медицины» относится к общепрофессиональным дисциплинам, поэтому занимает важное место в подготовке специалистов по социальной работе, профессиональная деятельность которых в процессе решения многочисленных проблем медико-социального характера клиентов будет теснейшим образом связана с деятельностью органов здравоохранения и общественных организаций медико-социального направления.

Медико-социальные проблемы клиентов очень разнообразны. Условно их можно разделить на медицинские (связанные с физическим и психическим здоровьем), психологические, социальные и социально-гигиенические.

Наиболее часто встречаются следующие медико-социальные проблемы:

- ухудшение здоровья вследствие заболеваний, травм, несчастных случаев, что влечет за собой возникновение социальных проблем (ухудшение материально-бытового положения из-за временной или стойкой утраты трудоспособности, увеличение расходов на лекарственные средства, реабилитацию и т. д.);

- ухудшение здоровья в связи с возрастом приводит к перечисленным проблемам, а также снижает доступность медицинской помощи;

- многочисленные медико-социальные проблемы переселенцев и беженцев, неполных семей, а также семей, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций, и т. д.

Процесс решения каждой проблемы включает следующие этапы:

- 1) сбор информации из разных источников;
- 2) оценка этой информации;
- 3) определение проблемы;
- 4) планирование действий;
- 5) реализация плана;
- 6) оценка результатов.

При решении медико-социальных проблем специалист по социальной работе вступает, помимо клиента, во взаимодействие с органами здравоохранения и общественными организациями в качестве консультанта, координатора, организатора, обладая *профессиональной компетентностью* (которая соответственно складывается из компетентности методической, социальной и организаторской). Взаимодействуя с системой отечественного здравоохранения, он должен оказывать помощь своим клиентам в

решении медико-социальных проблем, помогать им и их семьям получать пользу от социальных программ здоровья; способствовать процессу лечения и реабилитации пациентов в тесном сотрудничестве с органами здравоохранения и медико-социальной экспертизы; оценивать и улучшать медико-социальную поддержку; участвовать в анализе сложившейся ситуации и разработке мер по улучшению социальной политики в области здравоохранения; способствовать повышению уровня информированности клиентов о правах на получение медико-социальной помощи, этапах оказания такой помощи; совместно с органами здравоохранения способствовать формированию у клиентов установки на здоровый образ жизни.

Для решения перечисленных проблем специалисты по социальной работе должны знать:

- этапы решения медико-социальных проблем клиента;
- суть понятия «социальная медицина»;
- категории «болезнь» и «здоровье», их социальную обусловленность;
- суть понятий «здоровье индивидуальное», «здоровье населения», «здоровье общественное»;
- показатели здоровья;
- факторы, определяющие здоровье;
- факторы риска здоровью (первичные и вторичные, большие и т.д.);
- суть понятий «образ жизни», «стиль жизни», «качество жизни» и т.д.;
- суть понятий «здоровый образ жизни», «пути формирования здорового образа жизни»;
- суть понятия профилактики в медицине (первичной и вторичной, личной и общественной и т.д.);
- суть понятия и задачи медико-социальной работы, медико-социальной помощи, особенности медико-социальной помощи отдельным категориям граждан (прил. 3);
- организацию медико-социального патронажа;
- суть понятия и задачи планирования семьи;
- организацию медико-социальной помощи городскому и сельскому населению.

Они должны иметь представление:

- о биоэтических проблемах современности;
- роли социального работника в формировании здорового образа жизни своих клиентов;
- роли социального работника в решении медико-социальных проблем наркотизма, ВИЧ-инфекции и т.д.;
- задачах, организации и содержании работы Российского Красного Креста (РКК), его взаимодействии с органами социальной защиты;

- задачах содержания работы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и т.д.

Социальный работник должен уметь:

- провести обследование в целях выявления медико-социальных проблем клиента (включая расспрос, осмотр, ознакомление с документами, общение с окружением клиента, медицинскими работниками и т.д.);

- выявить медико-социальные проблемы клиента;

- наметить пути их решения;

- осуществить процесс медико-социальной работы;

- провести анализ полученных результатов и при необходимости коррекцию выполненной работы.

Учебник поможет решить задачи, которые могут встретиться в практике специалиста среднего звена по социальной работе.

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

1.1. Основные понятия

В системе социальной работы в настоящее время все большее значение приобретает социальная медицина. Это наука о закономерностях развития здоровья общества и здравоохранения. *Социальная (общественная) медицина (гигиена)* находится на стыке различных наук, таких как медицина, социология, гигиена, естествознание и т.д. В отличие от медицины как науки социальная медицина изучает здоровье не отдельных людей, а определенных социальных групп населения, а также здоровье общества в целом; воздействие социальных условий и экономических факторов на здоровье населения.

Н.А. Семашко определял социальную гигиену как науку о здоровье общества, социальных проблемах медицины. По его мнению, основная задача социальной гигиены состоит в том, чтобы глубоко изучать влияние социальной среды на здоровье человека и разрабатывать эффективные меры по устранению вредных влияний среды.

До недавнего времени синонимом понятия «социальная медицина» являлось понятие «социальная гигиена», бытовало и еще несколько названий: «социальная гигиена и организация здравоохранения», «медицинская социология», «профилактическая медицина», «общественное здравоохранение» и т.д.

Социальная медицина находится в непосредственной связи и с социальными процессами в обществе, медициной и здравоохранением, занимая промежуточное положение между социологией и медициной. Поэтому она изучает социальные проблемы в медицине и медицинские проблемы в других науках.

Главным направлением в социальной медицине является изучение тех социальных отношений в обществе, которые связаны с жизнедеятельностью человека, его образом жизни; социальных факторов, влияющих на здоровье. Это необходимо для разработки мер по охране здоровья населения и для повышения уровня общественного здоровья.

Социальная медицина изучает не только проблемы здоровья населения, но и формы, методы, организационно-управленче-

ские основы и принципы экономики, планирования и финансирования медико-социальной помощи населению, социальную и экономическую роль здравоохранения в обществе, теорию и историю общественного здравоохранения.

Объектом изучения в социальной медицине являются факторы, определяющие как здоровье общества в целом, так и здоровье конкретного человека.

Объектом социально-медицинского направления социальной работы являются социально-дезадаптированные люди, страдающие каким-либо хроническим заболеванием, имеющие физические дефекты или социально-значимые болезни.

Клиентами социального работника чаще всего являются инвалиды и престарелые, которые, помимо социальных, нуждаются и в медицинских услугах, но эти услуги особые и отличаются от той помощи, которую оказывают медицинские работники практического здравоохранения: клиентам социальных работников необходима социально-медицинская помощь.

Изучая влияние социальных факторов и условий жизни на здоровье населения и его групп, социальная медицина обосновывает рекомендации по устранению и предупреждению вредного влияния социальных условий и факторов на здоровье людей, т.е. на научных достижениях социальной медицины базируются социальные меры здравоохранения.

В социальной медицине применяют различные методы: социологический (основанный на анкетировании и интервьюировании); экспертный (для исследования качества и результативности медицинской помощи); метод математической статистики (в том числе и метод моделирования); метод организационного эксперимента (создание учреждений с новыми формами медицинской помощи на определенной территории) и т.д.

1.2. Краткий исторический очерк

Социальная медицина (гигиена) возникла так же давно, как и личная гигиена. Зачатки гигиенических навыков появились еще у первобытного человека: обустройство жилища, приготовление пищи, оказание примитивной взаимопомощи, захоронение умерших и т.д. Уже на наиболее ранних ступенях развития общества выделялись люди, умудренные житейским опытом: шаманы, колдуны, которые занимались лечением путем заклинаний, колдовства, использовали средства народной медицины. В период матриархата забота о здоровье семьи перешла к женщинам.

Впоследствии, когда образовались племенные союзы, правители этих сообществ также уделяли внимание здоровью сопле-

менников: принимали санитарные меры, предохраняющие от эпидемических болезней (к чему приходили эмпирическим путем), содействовали обучению лекарей и т. д.

Археологические находки свидетельствуют, что в государствах Древнего Мира — Египте, Месопотамии, Вавилоне, Индии, Китае школы для лекарей использовали не только для оказания медицинской помощи, но и помощи бедным, санитарного надзора за состоянием рынков, колодцев, водопровода и т. д. Тогда же были предприняты попытки со стороны государства регламентировать деятельность медиков: гигиенические предписания содержались в законодательных актах, религиозных книгах (особенно много их в Талмуде и Коране). Одним из древнейших законодательных актов прошлого считается базальтовый столб с нанесенными на нем текстами законов царя Хаммураппи (XVIII в. до н. э.). Среди прочих на столбе есть законы, которые говорят о поощрении и наказании врачей за результаты лечения в зависимости от социального статуса пациента и его материального положения: за одну и ту же медицинскую помощь богатый пациент платил в несколько раз больше, чем бедный. И наоборот, в случае неудачного лечения богатого наказание врача было гораздо суровее (например, в случае неудачного лечения раба с врача взимали денежный штраф, а в случае неудачного лечения богатого отсекали руку).

В древнегреческих городах-государствах деятельность врачей также регламентировалась. В Спарте, например, специальные чиновники — эфоры — отбирали здоровых младенцев, а больных убивали. Они также следили за соблюдением гигиенических правил, установленных в Спарте.

Законами Древнего Рима («Законами 12 таблиц») были предусмотрены меры санитарного характера — запрещение пользования водой из загрязненного источника, контроль за пищевыми продуктами рынков, соблюдение правил захоронения, выполнение требований по устройству общественных бань и т. д. За всем этим следили специальные чиновники — эдилы. Четко организованная медицинская служба была и в римской армии, причем врачи когорт, легионов, военных госпиталей не только занимались лечением раненых и больных, но и следили за санитарным состоянием армии. Римские акведуки и термы до сих пор свидетельствуют о высокой гигиенической культуре античности.

Античные храмы также служили местом лечения. В Древней Греции лечебницы при храмах назывались *асклепиеонами* в честь бога врачевания Асклепия. Имена детей Асклепия — Гигея, Панацея — стали нарицательными (гигиена означает «здоровый», панацея — несуществующее лекарство от всех болезней).

Положение врача в Древнем Море было почетно. «Стоит многих воителей смелых один врачеватель искусный», — писал вели-

кий древнегреческий поэт Гомер в «Илиаде». Юлий Цезарь предоставлял римское гражданство всем изучающим медицину. Марк Аврелий обязывал глав городов нанимать и содержать «народных врачей», особенно в годы чумных эпидемий.

Эпидемии и войны представляли сложную проблему для древних государств. Борьба с инфекционными заболеваниями способствовала развитию представлений о связи между условиями жизни и здоровьем. В Византии города также нанимали и содержали «народных врачей» до VIII—IX вв., а затем там начали открывать больницы для бедных.

В связи с широким распространением инфекционных болезней в Средние века были разработаны и законодательно оформлены противоэпидемические мероприятия: изоляция больных, карантин, сжигание вещей и жилищ заболевших, запрещение хоронить умерших в черте городов, надзор за водоисточниками, устройство лепрозориев и т. д. Однако законодательные акты того времени носили местный характер, т. е. медицинским делом до XVI в. управляла и регламентировала не центральная государственная власть, а лишь местные светские и религиозные власти. Во многом это было связано с историческими условиями того времени, в частности с феодальной раздробленностью враждующих между собой княжеств.

Заметную роль в развитии общественной медицины сыграли взгляды ранних социалистов-утопистов — Томаса Мора, Томазо Кампанеллы и других, которые в своих трудах, излагая представления об идеальном обществе, большое внимание уделяли режиму труда, гигиеническому образу жизни, питанию и т. д.

Дальнейшее развитие социально-гигиенических взглядов связано с появлением профессиональных заболеваний в период развития мануфактур. Именно тогда врачи обратили внимание на связь между характером труда и особенностями профессиональных заболеваний (в первую очередь у горняков и металлургов).

Основоположителем учения о профессиональных болезнях был итальянский профессор клинической медицины Бернардино Рамаццини, создавший труд «О болезнях ремесленников» (1700), в котором описал условия работы и соответствующие заболевания рабочих различных профессий.

Впервые вопрос об общественном здоровье был поднят в законе «Декларация о правах человека», принятом Национальным собранием Франции во время Великой французской революции. Здоровье населения в этом законе рассматривалось как национальное богатство. Этот подход к здравоохранению продиктовал и те больничные реформы, которые были подготовлены комиссией под руководством знаменитого деятеля Французской революции, врача по образованию П. Кабаниса (Ж.-П. Марат и М. Робеспьер тоже были врачами). Эта комиссия подготовила также реформы

медицинского образования, сделав его доступным для простых людей; согласно этой реформе медицинские школы в Париже, Монпелье и других городах были преобразованы в школы здоровья, в которых были открыты кафедры гигиены (одна из них даже называлась кафедрой социальной гигиены).

Постепенно формировались условия для создания национальных систем и служб здравоохранения. Первая реформа, касающаяся медицинских учреждений *всего* государства, была проведена во Франции в 1822 г., когда при министерстве внутренних дел был учрежден Высший медицинский совет, а в провинциях — соответствующие комитеты и комиссии. Эта структура медицинского управления стала прообразом для других стран Европы: в Англии под влиянием общественного движения за сохранение рабочей силы в 1848 г. было учреждено Главное ведомство общественного здоровья и принят «Закон об общественном здоровье», организованы санитарные советы и т. п. Толчком к возникновению общественного движения послужила деятельность санитарных инспекторов: Эшли, Э. Чедвика, Дж. Саймона (на их труды ссылались в своих работах К. Маркс и Ф. Энгельс), которые показали тяжелые условия труда рабочих.

В Германии в 1784 г. впервые В. Т. Рау ввел термин «медицинская полиция», включив в это понятие наблюдения за здоровьем населения, надзор за госпиталями и аптеками, предупреждение эпидемий, просвещение населения и т. д. Идея «медицинской полиции» в дальнейшем была развита прогрессивным венгерским врачом З. П. Хусти. Наряду с «медицинской полицией» важную роль в развитии социальной гигиены сыграли медико-топографические описания, получившие широкое распространение в конце XVIII — начале XIX в., которые были широко распространены во многих странах.

Особое влияние на развитие социальной медицины XIX в. оказали взгляды Ж. Гирена, одного из социалистов-утопистов, который сформулировал понятие социальной медицины как объединение медицины и общественной деятельности.

В 1860-х гг. были созданы международные договоренности о мерах борьбы с инфекционными заболеваниями: в 1861 г. в Александрии был учрежден первый Международный карантинный совет, что по сути явилось одним из первых мероприятий по охране общественного здоровья, носящего международный характер.

В Германии в 1880—1890-е гг. были приняты законы по социальному страхованию, в которых предусматривалось финансирование из трех источников: прибыли предприятий, взносов трудящихся, средств госбюджета.

В Америке развитие социально-гигиенических идей шло с запозданием лишь с середины XIX в., что связано с притоком эмигрантов. Развитию социально-гигиенических идей в Америке

способствовало учреждение Американской статистической ассоциации в 1839 г. В 1851 г. врач из Нового Орлеана Дж. Саймон впервые сделал попытку на основании статистических данных выяснить стоимость болезни и смерти в своем городе и снизить эту стоимость путем оздоровления условий жизни бедняков.

К концу XIX в. общественная (социальная) гигиена (медицина) сформировалась как наука, изучающая влияние социально-экономических факторов на здоровье различных групп населения. Во многих странах, в том числе и в России, стали создаваться научные общества по проблемам общественного здравоохранения, так как появились специалисты в области социальной медицины, занимающиеся и практикой, и научными исследованиями. Так, в 1905 г. в Германии было создано Общество социальной гигиены и медицинской статистики, которое занималось вопросами охраны здоровья детей, борьбы с туберкулезом и алкоголизмом и т. д.

В начале XX в. социальная гигиена окончательно оформилась как предмет преподавания в высших медицинских учебных заведениях. Первые курсы по социальной гигиене были организованы в Венском (1909) и Мюнхенском (1912) университетах. В течение первой четверти XX в. в нескольких городах Германии были открыты академии социальной гигиены. Одним из основоположников социальной гигиены был Альфред Гротьян (1869—1931) — «врач-социалист», как он себя называл. Именно он в 1902 г. начал читать курс лекций по теме «Социальная медицина» в Берлинском университете. В своей книге «Социальная патология» он писал, что задачей социальной гигиены является изучение всех сторон общественной жизни и социальной среды с точки зрения их влияния на человеческий организм и на основе этого изучения — поиск мероприятий, которые не должны иметь всегда только чисто медицинский характер, а могут захватывать часто и область социальной политики, или даже общей политики. Работы А. Гротьяна и его сподвижников получили широкое распространение в других странах.

С 1919 г. во Франции в высших школах были открыты курсы социальной гигиены, организуется первый во Франции Институт гигиены и социальной медицины. В Бельгии в 1930-е гг. социальная медицина входила в курс обучения менеджеров здравоохранения, а социальная гигиена — в курс обучения студентов высших медицинских школ. В Италии были изданы руководства по социальной медицине. Идеи социальной медицины получили широкое распространение и в Великобритании, когда в годы Второй мировой войны были организованы первые кафедры социальной медицины в Оксфорде, Эдинбурге, Манчестере и других городах, а также Институт социальной медицины. В США первые научные работы о связи болезней с социально-экономическими условиями появились в 1911 г. Выдающийся гигиенист США Г. Сигерист в своих

научных трудах утверждал, что медицина должна изменяться в сторону слияния лечебной и профилактической помощи, что врач нового поколения будет врачом социальным.

В последнее время в западных странах наблюдается тенденция к разделению социальной медицины как науки и предмета преподавания на две дисциплины: *социальная медицина* (готовит специалистов в области общественного здравоохранения, разрабатывающих меры по охране и восстановлению здоровья населения); *менеджмент в здравоохранении* (готовит специалистов в области управления органами и учреждениями здравоохранения).

История отечественной медицины повторяет основные этапы социальной медицины в мире.

На протяжении многих веков главная роль в социальной помощи отводилась церкви. Уже в первые века христианства церковь взяла на себя заботу о больных единоверцах. Отчасти в связи с этим был установлен институт диаконис — женщин из общины, как правило, достигших 40 лет, которые должны были (помимо других обязанностей) ухаживать за больными и оповещать общину о том, кто именно из братьев и сестер нуждается в деятельной помощи. Таким образом, диаконисы выступали организаторами медицинской помощи в своей общине.

Христианские монастыри брали на себя заботу об организации медицинской помощи всем нуждающимся еще в те времена, когда этого не могло делать государство. Так, например, Мальтийский орден уже в XI в. имел больницу и приют для паломников и раненых воинов.

В Древней Руси киевский князь Владимир еще в 999 г. приказал духовенству заниматься общественным призрением. Именно в Киево-Печерской лавре была впервые организована помощь больным, а затем такую помощь начали оказывать и в других монастырях. Монастыри содержали не только больницы, но и богадельни, детские приюты. Оказываемая монастырями помощь была бесплатной. Так продолжалось почти пять столетий (писцовые книги свидетельствуют о существовании богаделен почти во всех монастырях и при многих церквях).

Мысль о развитии государственной помощи обездоленным была впервые высказана Иваном Грозным на Стоглавом соборе (1551), когда он утверждал, что в каждом городе должны быть не только больницы, но и богадельни и приюты.

В 1620 г. был учрежден Аптекарский приказ — высший административный орган, в ведение которого вошло медицинское и аптечное дело. Фактически произошло отделение медицины от религии, хотя еще долго медицина несла на себе печать религиозности: первые русские врачи, выпускники Московского университета, имели и медицинское, и духовное образование.

Большой вклад в формирование мер общественного призрения в определенную систему сделал Петр I. Указы Петра I охватывали почти все проблемы общественного призрения. Виды оказываемой помощи различались в зависимости от нужд. В 1712 г. Петр I потребовал повсеместного устройства госпиталей для «увечных и самых престарелых, не имеющих возможностей снискать пропитания трудами», вменил в обязанность городским магистратам заботиться о предупреждении нищеты. При Петре I была создана целая сеть социальных заведений: «смирительных домов», «прядильных домов» и т. д.

Большой вклад в развитие социально-гигиенических взглядов внес М. В. Ломоносов. В известном письме «О сохранении и размножении российского народа» (1761), в котором сделана попытка подхода к проблемам общественного здоровья и народонаселения с социально-гигиенических позиций, М. В. Ломоносов предложил меры по снижению заболеваемости и смертности населения, повышению рождаемости, улучшению медицинской помощи, санитарному просвещению.

Большую роль в становлении и развитии социальной медицины сыграл первый профессор медицинского факультета Московского университета С. Г. Зыбелин (1735 — 1802). Он впервые в России поднял вопрос о влиянии социальных факторов на заболеваемость, рождаемость и смертность населения.

В диссертации воспитанника Московской госпитальной школы И. Л. Данилевского — «О наилучшем медицинском управлении» выдвинута мысль, актуальная в настоящее время: необходимо использовать школы в качестве важнейшего этапа санитарного просвещения. В этой работе И. Л. Данилевский предложил преподавать в школе основы сохранения здоровья. В этой же работе он доказывал, что искоренение причин болезней зависит не от врачей, а от государственной власти.

Идеи И. Л. Данилевского об ответственности государства за охрану здоровья населения соответствовали идее «медицинской полиции», предложенной И. П. Франком (1779 — 1817) в работе «Система полной медицинской помощи».

Профессор медицинского факультета Московского университета Е. О. Мухин предлагал, чтобы «медицинская полиция» разрабатывала административные меры против вредных для здоровья влияний.

И. В. Велцин в книге «Начертание врачебного благоустройства, или о средствах, зависящих от правительства, к сохранению народного здоровья» (1795) писал о том, что через «медицинскую полицию» государство должно заботиться о здоровье населения в целях укрепления своего могущества.

Этому были посвящены диссертация Н. Н. Рождественского «Рассуждения о мерах правительства к сохранению жизни и здра-

вия народа» (1830), труд К. Гелинга «Опыт гражданской медицинской помощи, примененной к законам Российской империи» (1842) и др.

Выдающиеся русские врачи М. Я. Мудров, Е. Т. Белопольский и другие внесли большой вклад в формирование военной гигиены как раздел медицинской помощи.

С конца XVIII в. в России началось преподавание основ «медицинской помощи» совместно с судебной медициной. В 1775 г. профессор медицины Ф. Ф. Керестурн выступил с актовой речью «О медицинской полиции и ее использовании в России». В начале XIX в. курс «медицинской полиции» был введен в Петербургской Медико-хирургической академии. В 1845 г. было предложено выделить в особую кафедру общую государственную медицину, которая состояла бы из двух курсов: всенародная гигиена и всенародная медицина (1-й курс), врачебное законоположение и судебная медицина (2-й курс).

В России наряду с «медицинской полицией» в развитии социально-гигиенических взглядов сыграли роль медико-топографические описания, которые проводили в XVIII—XIX вв. многочисленные экспедиции Академии наук, Сената, Вольно-экономического общества. Как правило, эти описания выполняли по специально разработанным анкетам, в которых были представлены сведения о санитарном состоянии населения, заболеваемости, причинах болезни и их лечении и т. д. С 1797 г. составление этих описаний вошло в обязанности уездных лекарей и инспекторов врачебных управ. Следовательно, с начала XIX в. в России начали проводить исследование санитарного состояния населения. В 1820 г. была издана монография Г. Л. Аттенгофера «Медико-топографическое описание Санкт-Петербурга, главного и столичного города Российской империи», в которой приведены таблицы смертности с показателями на 1 000 чел. В 1832 г. был издан труд экономиста-статистика В. П. Андросова «Статистическая записка о Москве», в которой представлен социально-гигиенический анализ показателей здоровья населения. Можно сделать вывод, что во второй четверти XIX в. санитарная статистика, перейдя от описаний к анализу, явилась основой социально-гигиенических исследований, т. е. к этому времени в России были заложены основы социальной медицины: во многих трудах ученых подчеркивалась зависимость общественного здоровья от социально-экономических факторов.

Дальнейшему формированию социальной медицины (гигиены) способствовала земская реформа 1864 г. Согласно основным положениям этой реформы на земство было возложено попечение о «народном здравии». Появилась первая в мире система медицинского обслуживания населения, действующая по участковому принципу. Центром оказания бесплатной медицинской помощи в

сельской местности стал сельский врачебный участок, земская больница, амбулатория, фельдшерские и акушерские пункты, санитарные врачи, уездный и губернский санитарный совет и т.д. Деятельность земских врачей носила явно социально-гигиеническое направление. Об этом непосредственно написано в работе выдающегося деятеля земской медицины И. И. Моллесона «Земская медицина», где он говорит, что «причиной всех недугов являются неурожай, жилища, воздух и т.д.».

Деятельность земских врачей активно поддерживали научные медицинские общества: Казанское, Московское и др. Один из деятелей Казанского общества врачей А. В. Петров был автором термина «общественная медицина». В 1870-е гг. А. В. Петров определил задачи общественной медицины следующим образом: «...врачи призываются на службу целому обществу, требуется излечить общественные болезни, поднять уровень общественного здоровья, повысить общественное благосостояние». На IV съезде естествоиспытателей и врачей в 1873 г. было открыто новое отделение секции научной медицины — статистико-гигиеническое. В это время проводят углубленное изучение заболеваемости населения, здоровья рабочих промышленных предприятий (исследования Ф. Ф. Эрисмана и др.). Результаты этих исследований заложили основы общественной гигиены (социальной медицины) как науки.

Профессор Московского университета Ф. Ф. Эрисман в 1884 г. возглавил созданную им на медицинском факультете кафедру гигиены. Именно Ф. Ф. Эрисман обосновал социально-гигиеническую направленность работ санитарного врача: санитарный врач должен способствовать устранению неблагоприятных жизненных условий. Ф. Ф. Эрисман доказал необходимость создания в интересах охраны здоровья рабочих промышленно-санитарного законодательства.

Наряду со здоровьем промышленных и сельскохозяйственных рабочих еще одна проблема привлекла внимание отечественных медиков к концу XIX в.: смертность, особенно детская. Эту проблему исследовали многие земские и санитарные врачи. Была разработана «подворная карта» для посемейных социально-гигиенических исследований. Эти исследования позволили установить зависимость здоровья от экономических условий.

Активное развитие социальной гигиены в России во второй половине XIX в. стало возможным благодаря разработкам методик сбора материала и его анализа, таких, например, как «Схемы построения земской санитарной статистики» П. И. Куркина или «Подворные карты» А. И. Шингарева.

Одновременно с формированием в России социальной гигиены как науки она получила свое развитие как предмет преподавания. В Киевском университете еще в 1865 г. был введен курс соци-

альной гигиены, а в 1906 г. в Киеве был введен самостоятельный курс «Основы социальной гигиены и общественной медицины». С 1908 г. курс «Социальная гигиена и общественная медицина» был включен в программу обучения в Петербурге.

После 1917 г. в России центром социальной гигиены стал институт социальной гигиены (1920). Первый нарком здравоохранения Н. А. Семашко был социал-гигиенистом, его заместитель З. П. Соловьев — известным деятелем общественной медицины.

В 1922 г. при участии Н. А. Семашко была организована кафедра социальной гигиены с клиникой профессиональных болезней в Московском университете. Спустя год подобная кафедра была организована и в других университетах. С 1922 г. начали издавать первые учебники и учебные пособия по социальной гигиене (медицине), переводить на русский язык научные труды зарубежных социал-гигиенистов. С 1922 по 1930 г. выходил в свет журнал «Социальная гигиена». Репрессии и ссылки 1930-х гг. нанесли серьезный урон развитию социальной гигиены, так как она была лишена в то время самого необходимого — информации, в связи с тем что статистические исследования того времени были закрыты. Несмотря на это усилиями отечественных ученых-гигиенистов социальная гигиена как наука продвигалась вперед: были разработаны и усовершенствованы социально-гигиенические, медико-демографические и эпидемиологические исследования. Накануне Великой Отечественной войны кафедры социальной гигиены были переименованы в кафедры организации здравоохранения, что ограничило круг проблем предмета. В 1946 г. был создан Институт социальной гигиены и организации здравоохранения имени Н. А. Семашко, а в 1966 г. он был преобразован во Всесоюзный научно-исследовательский институт социальной гигиены и организации здравоохранения (сейчас это НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранения имени Н. А. Семашко РАМН).

В этом институте проводят комплексные исследования по изучению общей заболеваемости (по данным обращаемости населения за медицинской помощью), заболеваемости с временной утратой трудоспособности, госпитализации и посещаемости населения. Эти исследования позволяют разработать нормативы лечебно-профилактической помощи населению в целом или для отдельных групп.

В последние десятилетия, годы перестройки, политических и социально-экономических реформ направление социальной гигиены несколько изменилось. На первый план выходят вопросы управления в новых условиях хозяйствования, экономические и финансовые проблемы, медицинское страхование, правовое регулирование деятельности медицинских работников, защита прав пациентов и т. д. (см. прил. 3).

Встал вопрос о соответствии названия кафедр новым социально-экономическим условиям. Решением Всесоюзного совещания

заведующих кафедрами (Рязань, март 1991 г.) было рекомендовано переименовать кафедры социальной гигиены в кафедры социальной медицины и организации здравоохранения, т. е. более широкое понимание предмета, включающее перечень проблем по охране здоровья населения и управлению децентрализованной системой здравоохранения в условиях перехода к рыночной экономике.

В настоящее время одна из главных задач — подготовка социаль-гигиенистов и организаторов здравоохранения (менеджеров). Создана не только система подготовки менеджеров здравоохранения, но и менеджеров сестринского дела (сестер с высшим медицинским образованием).

Следовательно, социальная медицина и организация здравоохранения на рубеже XX—XXI вв. вновь находится в состоянии развития, когда совершенствуется содержание предмета, что, возможно, повлечет за собой уточнение или изменение названия предмета.

Контрольные вопросы

1. Что входит в понятие «социальная медицина»?
2. На стыке каких наук находится социальная медицина?
3. Перечислите другие названия социальной медицины.
4. В чем заключается предмет изучения социальной медицины?
5. Что является объектом исследования социальной медицины?
6. Назовите объекты социально-медицинской работы.
7. Перечислите основные этапы в развитии социальной медицины.