

Социальные аспекты здоровья. Вопросы
реабилитации онкобольных и инвалидов.
Медико-социальная экспертиза.

3 группа

Социальные аспекты здоровья.

- Л. Фейербах считал, что «человек, включая сюда и природу как базис человека, — единственный, универсальный и высший предмет философии», то можно сказать, что высшим «предметом» государства должно быть благосостояние человека.

- В ряду общечеловеческих ценностей, определяющих социально-экономическую политику государства, несомненен приоритет здоровья. Именно так было, например, в Древней Греции, где культ тела возводился в ранг государственных законов, а в Древней Спарте занятия физическими упражнениями предписывались (и строго контролировались государством) для всех граждан — высокий уровень их здоровья остается эталоном для многих десятков и сотен последующих поколений.

- Пионер валеологии И.И. Брехман писал: «Именно здоровье людей должно служить главной «визитной карточкой» социально-экономической зрелости, культуры и преуспевания государства». Вот почему все вопросы обеспечения, формирования, сохранения и укрепления здоровья должны красной нитью пронизывать каждый из аспектов деятельности государства. Естественно, что это требует серьезнейшей планирующей, координирующей, регламентирующей и других видов работ, причем важно, чтобы сама эта работа строилась с ориентировкой на будущее.
- Здоровье относится к универсальному, имеющему и материальный и духовный аспекты, феномену. Н.А. Добролюбов отмечал, что болезни и патологические расстройства не дают человеку «возможности исполнять своего назначения» и совершать «возвышенную духовную деятельность».

Для государства здоровье или болезнь каждого ее гражданина имеют определенное конкретное материальное выражение. Прежде всего, оно должно выплачивать больному деньги по больничному листу, оплачивать его лечение; кроме того, больной не вырабатывает материальных ценностей (либо за него должны работать другие люди), что сказывается на величине валового национального продукта. С другой стороны, работник, систематически занимающийся своим здоровьем, производит продукции значительно больше, чем тот, кто на свое здоровье не обращает внимания.

● Право граждан РК на здоровье утверждается Конституцией РК. К сожалению, это право не находит своего реального подтверждения. Реализация права на здоровье требует разработки специальной комплексной программы поддержания и охраны здоровья, в которой было бы определено место каждого социально-экономического звена: семьи, школы, органов здравоохранения, предприятий, физкультурных организаций, государства и др. Но все это потребовало бы и нового мышления, переосмысления концептуальной модели здоровья с учетом того, что в формировании здоровья населения важное место принадлежит поведенческим факторам: режиму труда и отдыха, взаимоотношениям в семье и на производстве и т.д., а также условиям жизни и образу жизни.

Функциональной же структурой понятия «образ жизни» являются такие аспекты, как ----

- трудовая
- социальная
- интеллектуальная (психологическая установка, характер умственной деятельности),
- физическая
- медицинская активность.

То есть в проблеме здоровья прежде всего выделяются социальные и личностные предпосылки и лишь в последнюю очередь — медицинские. В этом отношении представляют интерес данные о зависимости отдельных заболеваний •и нарушений от различных факторов

Распределение факторов риска при различных заболеваниях и нарушениях заболевание этого невозможно всерьез приступить к разрешению острой проблемы здоровья.

Решение вопросов здоровья на государственном уровне требует учета, по крайней мере, следующих групп факторов:

Правовые:

- разработка законодательных и нормативных подзаконных актов, подтверждающих право граждан РК на здоровье и регламентирующих механизмы его реализации через все государственные, хозяйственные и социальные институты от федерального до муниципального уровней, предприятий, учреждений и самих граждан.

Социально-экономические

- обуславливающие виды, формы участия и ответственность различных звеньев социально-экономических структур в формировании, сохранении и укреплении здоровья своих членов, формирование такой работы и обеспечение нормативных условий для профессиональной деятельности.

Образовательно- воспитательные

- обеспечивающие формирование жизненного приоритета здоровья, воспитание мотивации на здоровый образ жизни (ЗОЖ) и обучение методам, средствам и способам достижения здоровья, умению вести пропагандистскую работу по здоровью и здоровому образу жизни.

Семейные

- связанные с созданием условий для ЗОЖ в семье и ориентацией каждого из ее членов на здоровье, на финансирование в семье ЗОЖ.

Медицинские

- направленные на диагностику состояния здоровья, разработку рекомендаций по ЗОЖ, эффективную первичную, вторичную и третичную профилактику.

Культурологические

- связанные с формированием культуры здоровья, организацией досуга населения, популяризацией вопросов здоровья и ЗОЖ, этнических, общинных, национальных, религиозных и других идей, традиций, обрядов обеспечения здоровья и т.д.

Юридические

- обеспечивающие социальную безопасность, защищенность личности от преступлений и угроз преступлений, грозящих жизни и здоровью граждан.

Экологические

- обуславливающие адекватное для ЗОЖ состояние окружающей среды и рациональное природопользование.

Личностные

- ориентирующие каждого конкретного человека на формирование, сохранение и укрепление своего здоровья и устанавливающие ответственность личности за свое здоровье.

- Представленный далеко не полный перечень факторов, обеспечивающих поддержку здоровья граждан со стороны государства, предполагает координацию усилий ведомств и структур, компетентных за решение тех или иных аспектов здоровья. Имеющиеся в настоящее время программы санитарного просвещения населения ориентированы лишь на медицинские аспекты здоровья, не учитывают психолого-педагогические проблемы развития личности, ее индивидуальные, типологические, возрастные и половые особенности.

- Не вызывает сомнения культурологическая сторона проблемы, поскольку культура отражает меру осознания и овладения человеком своими отношениями к самому себе, к обществу, к природе, степень и уровень саморегуляции его сущностных потенций. Культура есть особый деятельностный способ освоения человеком мира, включая как внешний мир — природу и общество, так и внутренний мир самого человека в смысле его формирования и развития. Последнее обстоятельство характеризует культуру как искусственный, отличный от природного мир явлений, который замечателен тем, в частности, что не может существовать без ухода, без человеческой заботы.

- Если рассматривать культуру как способность видеть мир во всем многообразии его взаимоотношений, в которых особая роль принадлежит человеку, то не знать своей организм, не осознавать свое место в природе, не уметь регулировать свое состояние -недостойно культурного человека. Не зря поэтому известный физиолог В.Я. Данилевский отмечал: «Культурность населения и его материальная обеспеченность понижают смертность и заболеваемость, удлиняют продолжительность жизни». Примечательно, что ученый отдал приоритет культуре, а не материальному достатку, так как социально-экономическое положение страны не всегда пропорционально здоровью ее граждан.

- Так, средняя продолжительность жизни в Японии составляет около 80 лет, хотя уровень жизни в этой стране ниже, чем в США или Западной Европе, а интенсивность труда выше. Однако в Японии существует традиционность жизненного уклада и специфическая диета, японцы меньше курят и употребляют алкоголя. Важно, что все эти особенности культуры и жизненного уклада являются результатом глубоко усвоенных в семье и в школе морально-этических установок.

Современный человек знает о здоровье достаточно много, как и о том, что надо делать для его поддержания и достижения. Однако для того, чтобы эти накопленные человечеством знания начали давать результат, необходимо учесть/и устранить целый ряд негативных обстоятельств, препятствующих их реальному воплощению. Укажем на некоторые:

- 1. В стране не существует последовательной и непрерывной системы обучения здоровью. На различных этапах возрастного развития человек получает информацию о здоровье в семье, в школе, в больнице, из средств массовой информации и т.д. Однако информация эта отрывочна, случайна, не носит системного характера, зачастую противоречива и исходит иногда даже от некомпетентных людей, а порой и шарлатанов. Отсюда вытекает исключительной важности проблема разработки системы непрерывного валеологического образования, вооружающего человека от момента рождения до глубокой старости и методологией здоровья, и средствами и методами его формирования. Учитывая тенденции катастрофического падения уровня здоровья людей (и прежде всего детей и подростков) и неспособность органов здравоохранения справиться не только с профилактикой, но и с самим обвалом патологии, разработка системы непрерывного валеологического образования должна стать делом государственной важности. Такая система может и должна иметь своей основной задачей совместную работу валеологов, педагогов, врачей, психологов и других специалистов по сохранению и укреплению здоровья людей и профилактике различных форм социальной и профессиональной дезадаптации. Для этого должны быть разработаны концепция, программа, а отсюда — и организация валеологического образования на разных уровнях основного и дополнительного образования.

- 2. Формирование знаний человека о здоровье еще не гарантирует, что он будет, следуя им, вести здоровый образ жизни. Для этого необходимо создание у человека стойкой мотивации на здоровье. Рождаясь здоровым, самого здоровья человек не ощущает до тех пор, пока не возникнут серьезные признаки его нарушения. Теперь^ почувствовав болезнь и получив временное облегчение от врача, он все больше склоняется к убеждению о зависимости своего здоровья именно от медицины. Тем более что такой подход освобождает самого человека от необходимости
- «работать над собой», жить в постоянном режиме ограничений и нагрузок. Культурный же человек, как отмечал И.И. Брехман, «не должен допускать болезни, особенно хронические, так как в подавляющем числе случаев они являются следствием образа жизни в течение довольно длительного времени: атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, диабет, ожирение, алкоголизм...»

- . В настоящее время существующая санитарно-просветительская работа, проводимая через средства массовой информации под непосредственным контролем Минздрава России, ориентирует население преимущественно на лечение, а не предупреждение заболеваний. При этом не раскрываются факторы риска и, главное, пути их преодоления, не показываются функциональные возможности организма в противодействии неблагоприятным влияниям и в устранении уже наступивших начальных признаков заболевания. Вместо этого упор делается на фармакологию и предупреждение каких-либо самостоятельных действий человека даже функционального характера без ведома врача. Однако последний не подготовлен к тому, чтобы давать эффективные рекомендации по этим вопросам, поэтому чаще всего следует категорический запрет с назначением фармакологического лечения на фоне функционального и психологического покоя.

- 4. В течение десятилетий в нашей стране не существовало приоритета здоровья. Более того, социальную защиту государство гарантировало прежде всего больным, даже несмотря на то, что в подавляющем числе случаев в имеющейся у него патологии повинен, как показывает анализ, сам человек. Складывалась парадоксальная ситуация: кто меньше думал о своем здоровье и вкладывал меньше усилий в формирование валового национального продукта, от этого продукта получал больше, чем здоровый. В настоящее время ситуация изменилась мало. По-видимому, необходима разработка таких правовых актов, которые бы повысили ответственность человека за свое здоровье и установили бы его материальную зависимость от уровня здоровья так же, как и от уровня профессиональной подготовки.

- 5. Как следствие предыдущего положения, в стране отсутствует мода на здоровье. Средства массовой информации тиражируют вредные привычки, неконтролируемый и опасный секс, насилие, но мало внимания обращают на формирование гармонично
- 1.5, Социальные аспекты здоровья и здорового образа жизни развитого — физически и духовно — человека. Например, физический имидж человека среди важнейших личностных показателей назвали 85% респондентов в США и лишь 25% мужчин и менее 40% женщин — в России.

- 6. В стране недостаточно внимания уделяется вопросам формирования культуры отдыха, где бы особый акцент делался на его активных формах. Отсутствие такой культуры делает человека заложником непродуманного, непланируемого времяпрепровождения, толкает к стремлению «убить время» у телевизора, алкоголем, ничегонеделанием и пр. В результате имеющееся у него время для рекреации, снятия последствий профессионального утомления и подготовки к следующему этапу деятельности используется с малой эффективностью и зачастую с отрицательным результатом.

Нетрудно видеть, что основное значение в формировании культуры здоровья должна иметь система образования, охватывающая все ее возможные звенья — от дошкольного до послевузовского, от семейного до клубного.

Физическое здоровье

- Интегральный показатель жизнедеятельности индивидуума, характеризующийся таким уровнем адаптационных возможностей организма, при котором обеспечивается сохранение основных параметров его гомеостаза в условиях воздействия факторов окружающей среды.

Здоровье - гармоническое единение биологических и **социальных** качеств

Реабилитация онкологических больных

Целью реабилитации в онкологии является оказание такой помощи, которая позволила бы больному занять прежнее место в семье и в обществе.

Сущность реабилитации заключается в восстановлении здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими способностями в целях достижения максимальной физической, психической, социальной и профессиональной полноценности.

Реабилитация осуществляется благодаря совместной деятельности медицинских работников, педагогов, экономистов, руководителей общественных организаций и направлена на восстановление здоровья и трудоспособности

Согласно официальным статистическим сведениям, инвалидность, связанная со злокачественными опухолями, составляет 23,1% в общей структуре инвалидности, уступая по частоте только инвалидности вследствие сердечно-сосудистых заболеваний. **Особенностью инвалидности онкологических больных является ее тяжесть (до 90% впервые освидетельствованным определяется 1 или 2 группа инвалидности) и сравнительно низкий процент реабилитации.**

Группа инвалидности устанавливается больным, страдающим злокачественными новообразованиями в тех случаях, когда возникшее нарушение функций организма препятствует выполнению профессиональных обязанностей и приобрело устойчивый, несмотря на лечение, характер

При проведении медико-социального освидетельствования онкологического больного врачу-эксперту необходимо решить несколько сложных задач:

- дать оценку состояния здоровья свидетельствуемого;
- изучить факторы, характеризующие профессию и санитарно-гигиенические условия труда и быта;
- определить трудовые возможности больного;
- предвидеть дальнейшее развитие заболевания и его влияние на трудоспособность, то есть определить трудовой прогноз;
- дать трудовые рекомендации больному, разъяснить его правовые нормы и возможности трудоустройства.

Медико-социальная экспертиза

- Правила проведения медико-социальной экспертизы (далее – Правила) разработаны в соответствии с Законами Республики Казахстан от 16 июня 1997 года "О государственных социальных пособиях по инвалидности, по случаю потери кормильца и по возрасту в Республике Казахстан", от 25 апреля 2003 года "Об обязательном социальном страховании", от 7 февраля 2005 года "Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей", от 13 апреля 2005 года "О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан" и регламентируют порядок установления инвалидности и степени утраты трудоспособности, а также определение потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты.

- Установление инвалидности и степени утраты трудоспособности, а также определение потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты проводятся путем проведения **медико-социальной экспертизы** (далее – МСЭ) отделами медико-социальной экспертизы и/или методологии и контроля медико-социальной экспертизы территориальных подразделений Комитета по контролю и социальной защите Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан.
- **Медико-социальная экспертиза** – определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма

- Основанием для проведения МСЭ является направление на МСЭ, выданное лицу врачебно-консультативной комиссией (далее – ВКК) медицинской организации с целью:

- 1) первичного освидетельствования при стойких нарушениях функций организма;

- 2) повторного освидетельствования (переосвидетельствования);

- 3) оказания консультативной помощи врачам медицинских организаций.

Первичное освидетельствование

- Медицинские организации после проведения комплекса диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и дефектами направляют на МСЭ лиц не ранее четырех месяцев с момента наступления временной нетрудоспособности или установления диагноза, за исключением анатомических дефектов и неизлечимых больных со значительными или резко выраженными нарушениями функций организма и отсутствием реабилитационного потенциала.

Повторное освидетельствование

- Медицинские организации, с учетом очередного срока переосвидетельствования, направляют инвалидов и/или лиц с утратой трудоспособности на переосвидетельствование (повторное освидетельствование).

Консультативная помощь врачам медицинских организаций.

- Консультативная помощь врачам медицинских организаций проводится на основании заключения ВКК, медицинских документов, в том числе медицинской карты амбулаторного больного с направлением на консультацию. Консультативное заключение отдела МСЭ и/или отдела методологии и контроля МСЭ вносится в медицинскую карту амбулаторного больного.
- МСЭ и консультативная помощь врачам медицинских организаций проводится коллегиально при участии руководителя отдела МСЭ или руководителя отдела методологии и контроля МСЭ и не менее двух главных специалистов путем рассмотрения представленных документов (клинико-функциональных, социальных, профессиональных и других данных), осмотра освидетельствуемого лица, оценки степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности, в том числе трудоспособности.

При проведении МСЭ определяются следующие причины инвалидности:

- 1) общее заболевание;
- 2) трудовое увечье;
- 3) профессиональное заболевание;
- 4) инвалид с детства;
- 5) ранения, контузии, травмы, увечья, заболевания, связанные с участием в боевых действиях, полученные при исполнении обязанностей воинской службы, при прохождении воинской службы, в результате несчастного случая, не связанного с исполнением обязанностей военной службы (служебных обязанностей), при условии установления причинно-следственной связи уполномоченным органом;
- 6) заболевания, полученные вследствие чрезвычайных экологических ситуаций, в том числе вследствие воздействия ионизирующих излучений и/или их последствий при условии установления причинно-следственной связи уполномоченным органом.

Инвалидность устанавливается на следующие сроки:

- лицам до шестнадцатилетнего возраста - 6 месяцев, 1 год, 2 года, на 5 лет и до достижения шестнадцатилетнего возраста;
- лицам с шестнадцатилетнего до восемнадцатилетнего возраста – 6 месяцев, 1 год, до достижения восемнадцатилетнего возраста;
- лицам старше восемнадцатилетнего возраста - 6 месяцев, 1 год, 2 года или без срока переосвидетельствования.

Освидетельствуемому лицу или его законному представителю выдаются:

- 1) в случае установления инвалидности – справка об инвалидности;
- 2) в случае разработки ИПР – выписка из карты ИПР;
- 3) в случае установления степени УОТ – справка о степени утраты общей трудоспособности;
- 4) в случае установления степени УПТ – справка о степени утраты профессиональной трудоспособности и выписка из справки о степени утраты профессиональной трудоспособности;
- 5) в случаях определения нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе – заключение о нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе;
- 6) в случаях не признания инвалидом при очередном переосвидетельствовании – извещение о полной реабилитации.