

## Обоснование медико-социальной работы

Из потребностей практики исходит необходимость поиска новых механизмов, форм и методов медико-социальной помощи населению как комплекса социальных услуг, решения взаимосвязанных проблем медицинского и социального характера на качественно новом уровне.

В концепции отечественной медико-социальной работы, разработанной автором данного учебного пособия в середине 1990-х годов, было предложено принципиально изменить комплексную помощь в восстановлении, сохранении и укреплении здоровья путем осуществления системных медико-социальных воздействий медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера в рамках *нового вида профессиональной деятельности*.

Обоснованием медико-социальной работы как вида мультидисциплинарной профессиональной деятельности явились следующие составляющие.

1. *Материалы ООН* о значимости развития социальной политики, направленной на обеспечение экономической и социальной защиты населения в условиях кризиса, и необходимости отработки механизма реализации социальных гарантий граждан, в том числе с участием учреждений здравоохранения.

2. *Стратегия Всемирной организации здравоохранения* в целях достижения «здоровья для всех», обосновывающая важность интеграции медицинской и социальной деятельности в этом направлении, а также необходимость развития межсекторального сотрудничества.

3. *Результаты отечественных комплексных научных исследований* проблем здоровья и образа жизни, раскрывающих методологические и методические основы изучения здоровья населения, отдельных групп, семьи, индивидуума, проблем здоровья и образа жизни, а также обуславливающих их факторов.

4. *Современные подходы к реформированию здравоохранения* в Российской Федерации, позволяющие создать правовой механизм заинтересованности и ответственности за состояние здоровья населения со стороны государства и гражданина, работодателя, лечебно-профилактического учреждения и других социальных субъектов; *особенности развития социального обслуживания населения* в Российской Федерации на основании многофакторной социальной политики, учета адресности социальной поддержки, оказания социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг, проведения социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации.

5. *Исторические корни благотворительности и милосердия* в России, позволяющие рассматривать их как этапы развития социальной помощи и основу становления отечественной медико-социальной работы.

6. *Зарубежный опыт теории и практики профессиональной социальной работы*, сложившийся в последние десятилетия в экономически развитых государствах.

Все перечисленные составляющие позволили обосновать концепцию профессиональной медико-социальной работы в условиях Российской Федерации.

### **Схема 1. Обоснование медико-социальной работы** (см. в Приложении 1)

Документальные источники и результаты социально-гигиенических исследований отечественных ученых дают уникальную и разнообразную информацию о социальных явлениях и процессах.

Специалистами ООН всесторонне рассматриваются проблемы обеспечения насущных жизненных потребностей населения при определении приоритетных направлений и целей социальной политики, а также реализации стратегии улучшения качества жизни.

В документах ООН обращается особое внимание на важность содействия всеобъемлющему обеспечению комплексом услуг по восстановлению и укреплению здоровья населения, что приобретает приоритетное значение в условиях кризисного социально-экономического развития общества. При этом отмечается, что в целях удовлетворения основных потребностей всех слоев населения необходимо расширение интегрированных меро-

приятий, направленных на охрану здоровья и социального благополучия граждан. В этом контексте предусматривается обеспечение полного и равного доступа наиболее уязвимых групп населения, в том числе лиц, находящихся в кризисных жизненных ситуациях, к социальным услугам, в особенности к образовательным, юридическим и здравоохранительным.

В докладе Экономического и Социального Совета ООН о мировом социальном положении в 1993 году подчеркивается, что серьезной проблемой в странах с переходной экономикой становится дефицит возможностей обеспечения равного доступа к медицинскому обслуживанию. Здесь же показана важность ориентации социальных затрат на удовлетворение потребностей наиболее нуждающихся на фоне резкого роста спроса на социальные услуги и ограничения их удовлетворения из-за дефицита Ресурсов.

Следует также отметить, что первоочередной целью глобальной стратегии достижения «здоровья для всех», принятой Всемирной организацией здравоохранения, является обеспечение равного доступа к системе здравоохранения.

В материалах Всемирного банка отмечается, что в большинстве стран с переходной экономикой в связи с интенсивными процессами развития бедности, социального расслоения общества на фоне социальной дезинтеграции и дезадаптации большинства населения улучшение адресной направленности социальной помощи является не только необходимой составляющей в целом политической реформы, но и важным условием успешности реформирования, как системы социального обеспечения, так и здравоохранения.

На специальной сессии Комиссия социального развития ООН также показывает большую значимость усиления социальной защиты, содействия социальной интеграции, уменьшения уязвимости и расширения возможностей трудоустройства групп населения с особыми потребностями, к числу которых следует отнести и больных тяжелыми формами заболеваний. Согласно итогам Встречи на высшем уровне в 1996 году ООН привлекает внимание к определению основных человеческих потребностей, которое включает ведущие параметры качества жизни.

ВОЗ рассматривает потребности в области здравоохранения как совокупность слагаемых множества комплексных факторов, отражающих не только медицинские аспекты охраны здоровья, но и непосредственно связанные с ними социально-экономические проблемы: образ жизни и привычки, сопряженные с риском для здоровья; проблемы эмоционального характера и родственные им; сексуальное и репродуктивное здоровье; биологические и медицинские проблемы. При этом характер нужд в области здравоохранения определяется не только личными возможностями индивидуума, но и возможностями его непосредственного окружения, общества в целом.

*Стратегия ВОЗ в целях достижения «здоровья для всех»* ориентирована на достижение населением такого уровня здоровья, который позволит жить продуктивно в социальном и экономическом плане. При этом специалистами ВОЗ предусматривается реализация нескольких взаимосвязанных аспектов, а именно:

- обеспечение справедливости в области охраны здоровья;
- увеличение продолжительности жизни путем предоставления людям возможностей для полноценного развития и использования своих физических, умственных и социальных способностей;
- обеспечение более здоровой жизни путем снижения заболеваемости и инвалидности;
- продление сроков жизни с помощью мероприятий, способствующих увеличению ожидаемой продолжительности жизни.

Данная основополагающая стратегическая направленность деятельности по обеспечению «здоровья для всех» опирается на положения и принципы *Алма-Атинской декларации и Оттавской хартии по укреплению здоровья*. Согласно Оттавской хартии, здоровье - это позитивная концепция, берущая за основу социальные, личностные, а также физические возможности человека. В этой связи в документе также определено, что укрепление здоровья должно быть задачей не только сектора здравоохранения, но и других секторов, отвечающих за социальное благосостояние. Важное место в достижении «лучшего здоровья», согласно ВОЗ, отводится решению проблем отдельных конкретных уязвимых групп населения (инвалидов, детей и молодежи, а также пожилых и престарелых). Кроме того, здесь подчеркивает-

ся, что такие заболевания, как рак, сердечно-сосудистые болезни, другие хронические заболевания, а также проблемы охраны психического здоровья требуют выработки не только путей решения специфических проблем, но и во многом единых подходов профилактики, лечения, обеспечения качества жизни для лиц, сталкивающихся с такого рода сложными жизненными ситуациями.

Приоритетным направлением стратегии ВОЗ в целях «достижения здоровья для всех» является политика, способствующая укреплению здоровья. Она опирается на формирование здорового образа жизни населения и развитие реальных практических действий по сохранению и укреплению здоровья.

Согласно оценке ВОЗ в настоящее время назрела необходимость в проведении научных исследований, касающихся эффективных и приемлемых способов получения основополагающих данных о потребностях и опасностях, связанных с алкоголизмом и наркоманией, и в целях проведения соответствующих медико-социальных мероприятий.

ВОЗ считает необходимым для удовлетворения основных здравоохранительных потребностей населения содействие адекватному развитию служб медико-санитарной помощи. При этом важны как интеграция их деятельности, обеспечение доступности и качества обслуживания, так и соответствующее ресурсное обеспечение. Все это требует качественно нового подхода к подготовке и процессу обучения кадров медико-социальных служб охраны здоровья, расширения их знаний по социальными поведенческим наукам, здоровью, а также более широкому знакомству с реальными потребностями и интересами населения.

Опыт свидетельствует, что осуществление социальной работы с лицами, имеющими инвалидность, необходимо на основе и с учетом нормативно-правовой базы мирового сообщества. К таким основополагающим документам относятся Декларация социального прогресса и развития (1969 г.), Декларация о правах инвалидов (1971 г.), Декларация о правах умственно отсталых лиц (1971 г.), Конвенция и рекомендации о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов (1983 г.), Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей (1990 г.).

Общей основой и руководством для принятия мер в области защиты прав инвалидов, предупреждения инвалидности, вызванной физическими и умственными ограничениями, и оказания инвалидам помощи в развитии их способностей в самых различных областях деятельности, а также содействия по включению их в нормальную жизнь общества является Декларация о правах инвалидов, принятая Генеральной Ассамблеей ООН в 1971 году. В соответствии с Декларацией инвалиды имеют неотъемлемое право на уважение их человеческого достоинства. Инвалиды, каковы бы ни были их происхождение, характер и серьезность увечий или недостатков, имеют те же основные права, что и их сограждане, что в первую очередь означает право на удовлетворительную жизнь, которая была бы как можно более нормальной.

Особую важность для социальных работников имеет пункт Декларации, провозглашающий, что инвалиды имеют право на меры, предназначенные для того, чтобы дать им возможность приобрести как можно большую самостоятельность. При организации социальных служб для инвалидов учитывается, что они имеют право на экономическое и социальное обеспечение и удовлетворительный уровень жизни: медицинское, психическое или функциональное лечение, включая протезные и ортопедические аппараты, на восстановление здоровья и положения в обществе, на образование, профессиональную подготовку и восстановление трудоспособности, на помощь, консультации, услуги по трудоустройству и другие виды обслуживания, которые позволяют инвалидам проявить свои возможности и способности и ускоряют процесс их социальной интеграции. Инвалиды имеют право жить в кругу своих семей или в условиях, их заменяющих, и участвовать во всех видах общественной деятельности, связанных с творчеством или проведением досуга. Если пребывание инвалида в социальном учреждении является необходимым, то среда и условия жизни в нем должны как можно ближе соответствовать среде и условиям нормальной жизни лиц его возраста.

Изучение литературы показало, что *отечественные исследователи всесторонне рассматривали влияние различных комплексных социально-гигиенических, медицинских, психологических и социальных риск-факторов на здоровье и образ жизни, а также современные*

механизмы развития адаптационных или дезадаптационных процессов в сложных жизненных ситуациях.

О. П. Щепин, Н. М. Мартынова, Р. В. Коротких и другие подчеркивают, что здоровье человека обеспечивает его социально значимое существование и в этом смысле выступает жизненно необходимой объективной потребностью. Авторы обращают внимание на то, что все условия жизнедеятельности индивидуума, социальные способы удовлетворения потребностей с необходимостью проявляются в состоянии его здоровья, а условия и способы удовлетворения этих потребностей выступают в качестве реальных здравоохранительных факторов.

Ю. П. Лисицын, привлекая внимание к необходимости выработки концепции стратегии и тактики охраны и улучшения здоровья населения России, базируясь на существующих проектах, указывает на основное положение для стратегии здравоохранения - определение этой отрасли как сферы социальной политики. При этом особую значимость имеет (согласно этой концепции) не только обеспечение и увеличение средств и сил, повышение качества медицинских услуг, но и охрана и повышение уровня здоровья населения, оцениваемого как медико-социологическими показателями (индекс здорового образа жизни - ЗОЖ - потенциал общественного здоровья), так и медико-демографическими и медико-статистическими. Ю. П. Лисицын подчеркивает, что главный вопрос для решения стратегических задач - обусловленность общественного здоровья. Автор определяет стратегическую роль профилактических программ на основании формирования ЗОЖ и оздоровления внешней среды, которые должны идти по двум направлениям: преодоление факторов риска и формирование факторов ЗОЖ.

О. П. Щепин отмечает что, существует противоречие между необходимостью усиления социальной роли здравоохранения и невозможностью улучшить состояние здоровья народа только усилиями государства в связи с ухудшением ситуации в экономике страны, в самом здравоохранении, его материально-технической базе и трудовом потенциале.

В последние годы были опубликованы концептуальные работы, посвященные реформированию здравоохранения Российской Федерации.

При этом многие авторы подчеркивают, что стратегия реформирования здравоохранения должна быть направлена на смягчение социально-гигиенических риск-факторов.

Так, в частности, А. И. Вялков, рассматривая научно-организационные аспекты реформы здравоохранения Хабаровского края, отмечает, что реформа здравоохранения должна носить всеобъемлющий характер, то есть затрагивать все субъекты, заинтересованные в охране здоровья народа (государство, предприятия, медицинские учреждения, граждан). При этом, подчеркивает автор, важно предусмотреть:

- наращивание трудового и демографического потенциала не только через экономическое раскрепощение людей в сфере материального производства, но и через активную самореализацию человека в деятельности по укреплению здоровья;
- формирование качественно новых общественных отношений с ориентацией на конечный социально значимый результат, в первую очередь повышение уровня общественного здоровья, здоровья отдельных социальных групп населения, здоровья индивида;
- обеспечение равной высокой социально-экономической защищенности всех людей независимо от состояния их здоровья.

О. П. Щепин, В. С. Нечаев, анализируя стратегические направления реформ в здравоохранении, считают целесообразными соответствующие изменения в системе медицинского образования и подготовки медицинских кадров. Переориентация медицинского образования на удовлетворение потребности отдельных регионов и территорий, согласно мнению авторов, в необходимых им специалистах является приоритетным вопросом для современной России. Авторы подчеркивают важность разработки учебных программ по подготовке семейного врача, медицинского персонала по оказанию медико-социальной помощи, а также подготовки специалистов в области экономики и управления здравоохранением.

И. В. Поляков считает, что успешность процессов реформирования здравоохранения и социального обеспечения во многом зависит от степени интеграции усилий различных фондов социальной защиты населения, развития межотраслевого подхода к организации меди-

цинской помощи. Основные направления современных здравоохранительных реформ должны учитывать весь комплекс условий существования индивида, семьи, коллектива, общества. Необходимо эффективное функционирование организационной структуры, объединяющей в одно целое все компоненты, определяющие уровень здоровья популяции.

Современные особенности процессов воспроизводства населения, характер преимущественной патологии, социальная незащищенность большинства населения, экологическое и санитарное неблагополучие в регионах Российской Федерации, как отмечает автор, предопределили необходимость трансформации оказания медицинской помощи с особым акцентом на увеличение ее доступности непосредственно для семьи и, в этой связи, объединения на этом уровне элементов лечения и профилактики, медицинской и социальной помощи, усиления роли первичной медико-санитарной помощи населению.

Разделяя такой подход, представляется необходимым поиск новых современных форм оказания медико-социальной помощи населению, которые бы являлись наиболее адекватными для существующих организационных структур. Это позволило бы рассматривать предлагаемые новые медико-социальные технологии с точки зрения функциональной модели и не ставить вопрос создания новых служб в условиях дефицита финансовых средств существующих учреждений здравоохранения, социальной защиты населения или других отраслей.

Для теоретического обоснования функциональной модели медико-социальной работы особый интерес представляет *концепция развития медико-социальной помощи населению* в Российской Федерации, подготовленная в 1992 году авторским коллективом НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко РАМН. Необходимо отметить, что в данной работе был обобщен большой исследовательский материал и на начальном этапе замены одной общественной системы другой в условиях нарастающего кризиса разработаны основные положения концепции развития на современном этапе и на перспективу нового вида службы - медико-социальной помощи населению, намечены методические подходы к определению потребности в ней.

Ведущей задачей работников службы медико-социальной помощи, отмечено в данной концепции, является помощь людям сознательно контролировать и улучшать собственные жизненные ситуации в целях долгосрочной профилактики расстройств и улучшения здоровья. Нам представляется, что такой подход является принципиально важным в построении функциональной модели медико-социальной работы.

Предлагаемые в концепции функции социальной поддержки и психологической помощи использованы при создании базовой модели медико-социальной работы.

Следует отметить, что сформулированные авторами в 1992 году факторы, сдерживающие реализацию проблем медико-социальной помощи, являются актуальными и в настоящее время, их перечень в полной мере относится и к социальным работникам, участвующим в оказании этого вида помощи. Среди них и трудности, связанные с вовлечением в социальную защиту и медико-социальную помощь всех заинтересованных правительственных и неправительственных структур, и отсутствие надлежащей инфраструктуры, ответственной за проведение программных мероприятий в целях обеспечения интегрированной медико-социальной помощи, и недостаточная изученность взаимозависимости развития здравоохранения, социального обеспечения, социальной защиты населения, и другие факторы.

В.З. Кучеренко, Л.Е. Сырцова, анализируя проблемы профилактики в условиях реформ здравоохранения, выделяют факторы, препятствующие ее решению. Среди них авторы называют общественно-экономическую нестабильность, социальную незащищенность значительной части населения, стихийную миграцию и ее последствия, отсутствие единой концепции профилактики, несовершенство законодательства, недостаточное государственное финансирование и малую роль других источников, отсутствие интереса со стороны страховых компаний, а также слабую материально-техническую базу других отраслей хозяйственного комплекса и другие.

П. И. Сидоров, В. З. Кучеренко, А. М. Вязьмин отмечают, что социальные работники в здравоохранении – это неиспользованный резерв профилактической медицины.

Анализ перечисленных факторов ориентирует нас на то, чтобы в процессе выработки основных концептуальных положений медико-социальной работы рассматривать не только

помощь патогенетической направленности - восстановления здоровья, но по возможности придать ей профилактическую направленность - сохранения и укрепления здоровья. Н. В. Дмитриева, Р. В. Коротких привлекают внимание к обострению противоречия между ограниченными ресурсами здравоохранения и доступностью медицинской помощи. Причем особая напряженность, считают авторы, создается в группах престарелых, хронически больных, тяжелобольных. Анализируя развитие первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в России, авторы подчеркивают необходимость новых требований к подготовке медицинских кадров, неотделимых от развития рациональных кооперативных связей с работниками социального обеспечения и служб милосердия. Авторы отмечают, что приоритетное развитие ПМСП должно ориентироваться на обеспечение общедоступности медицинской помощи, гуманизацию медицинской практики на фоне происходящих перемен в здравоохранении России.

О. П. Щепин, Н. В. Дмитриева, Р. В. Коротких, базируясь на результатах собственного исследования, предусматривающего разработку и обоснование приоритетных форм организации первичной медико-санитарной помощи в отдельных регионах, совершенствование межсекторального сотрудничества в обеспечении такой помощью, подчеркивают большое значение усиления взаимодействия между медицинскими учреждениями и структурными подразделениями оздоровительного, социального и другого профиля. На основе изучения состояния социальной и медико-социальной помощи населению сельских районов авторами была выработана программа социальной защиты и поддержки населения. При этом подготовка социальных работников способствовала значительному расширению объема социальной помощи на дому, увеличению числа обслуживаемых одиноких, престарелых граждан и инвалидов. Кроме того, возросла выявляемость семей из групп социального риска и появилась возможность более полного определения их потребностей в медико-социальной помощи и поддержке.

В развитии первичной медико-санитарной помощи в России авторы видят общие приоритетные проблемы, среди которых - включение социальных работников в эту систему. Авторы считают, что ПМСП в своей основе должна опираться на межсекторальное сотрудничество в вопросах охраны здоровья и оказания медико-социальной помощи населению, причем роль социальных работников в оказании медико-социальной помощи и социальной защите одиноких, больных, пожилых людей, инвалидов, детей-сирот, беженцев, других мало защищенных групп населения будет неуклонно возрастать. Исследователями делается вывод о необходимости определения правового статуса социального работника и решения основных проблем, затрагивающих оплату их труда и взаимодействие с медицинскими работниками и другими службами охраны здоровья.

О. В. Гринина отмечает, что изменения семейной структуры населения нашей страны и динамика повозрастной рождаемости выдвигают ряд медико-социальных проблем семьи, требующих комплексного решения и объединения усилий медицинских, социальных, педагогических работников, самого населения. По данным исследований кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения Российского университета дружбы народов, на территориальном участке городской поликлиники доля семей, относящихся к приоритетным в вопросах оказания медико-социальной помощи, достигает 40-50 процентов. Из них только 20 процентов - семьи, приоритетные по своей структуре: неполные, многодетные, а также пожилые одинокие люди. Кроме того, 20-30 процентов семей имеют негативные факторы медико-социального риска. Эффективность работы медицинского персонала с семьей зависит от уровня его знаний медико-социальных проблем семьи. Современные аспекты медико-социальной работы, отмечает О.В. Гринина, должны найти широкое освещение в программах обучения специалистов медицинского и медико-социального профилей.

Д. И. Кича, О. В. Гринина целью изучения структуры и уровня медико-социальных, здравоохранительных потребностей семьи видят анализ внутренних закономерностей их формирования, выявление дисгармонии между потребностью в здоровье и возможностью ее реализации, создание путей оптимального решения медико-социальных вопросов семьи. Изучение «профиля здоровья», «профиля патологии» семьи, как определяют авторы, позволит установить «тип реакции» семьи, что дает основание выделить приоритетные направ-

ления деятельности оптимального удовлетворения потребностей семьи в медико-социальной помощи и поддержке.

В последние годы несколько концептуальных работ было посвящено реформе системы социальной защиты населения в Российской Федерации.

Они обусловлены переходом от бюджетно-распределительной модели социальной политики к новой - многофакторной, производительной, принципы которой апробированы практикой развитых государств и связаны с таким понятием, как «социальное государство».

Министерством социальной защиты населения в 1992 году была разработана *концепция социальной защиты нетрудоспособных граждан и семей с детьми*. В ней определены цели и стратегия социальной политики в области социальной защиты населения, предложена система срочной социальной помощи малообеспеченным гражданам и семьям с детьми, определены формы и виды социальной помощи, механизм реализации системы социальной защиты.

Перспективной моделью системы социальной защиты населения, предложенной в концепции министерства, предусматривается реорганизация сети врачебно-трудовых экспертных комиссий в учреждения государственной медико-социальной экспертизы. При этом предусматривается основывать экспертизу на новом понятии инвалидности в соответствии с международной концепцией - нарушение здоровья человека со стойким расстройством функций организма, приводящим к значительному ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной помощи.

Необходимо отметить, что в процессе реализации этой модели в штатах создаваемых бюро медико-социальной экспертизы предусмотрены специалисты по социальной работе, что позволило рассматривать проводимые нами исследования через призму практических подходов при определении функций такого специалиста и построении базовой модели медико-социальной работы.

Авторским коллективом ЦНИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов была предложена *концепция социальной защиты инвалидов*.

В данной концепции авторы рассматривают социальную защиту инвалидов как многоуровневую систему мер - экономических, организационных, правовых, медико-социальных, психологических, - имеющих своей целью обеспечить инвалидам равные возможности, способствовать их интеграции в общество. Очевидно, стремление авторов рассматривать реабилитацию через систему разноплановых мероприятий.

Рассматриваемые мероприятия медицинской, социальной и трудовой реабилитации в рамках индивидуальных программ реабилитации инвалида для нашего исследования представляют интерес в нескольких аспектах. Во-первых, необходимость координации деятельности специалистов, занимающихся тем или иным видом реабилитации и обеспечение ответственности в их работе. Во-вторых, поиск модели специалиста, который мог бы владеть знаниями и умениями, позволяющими ему осуществлять комплексные реабилитационные мероприятия.

Изучая второй аспект - поиска модели специалиста, - для нас представляет интерес предложенная В. Гаптовым, Т. Алферовой, Е. Савостиной и другими стратегия подготовки врача-реабилитолога. Авторы считают, что необходима новая модель медико-социальной помощи населению, затрагивающая организацию, управление и медицинское образование. Они полагают, что базой для такой новой модели может послужить реабилитационная концепция медицины и здравоохранения, а предпосылкой ее вживания в реально существующую систему медико-социальной помощи населению является подготовка специалистов с соответствующим мировоззрением. Таким специалистом авторы видят врача-реабилитолога. Л. Ф. Безлепкина отмечает, что в Российской Федерации до недавнего времени социальные услуги оказывались только пожилым людям, инвалидам и детям-сиротам и заключались в основном в помещении их в стационарные учреждения. Нарождающаяся социальная служба,

отмечает автор, активно приступает к решению проблем детской безнадзорности, профилактики правонарушений несовершеннолетних, «социального сиротства», бездомности, социальной помощи одиноким людям на дому, детской инвалидности и ряда других. Идет активный процесс создания территориальных центров помощи семье и детям, центров психолого-педагогической и экстремальной психологической помощи по телефону, соци-

альных приютов для детей и подростков, центров реабилитации несовершеннолетних с девиантным поведением, детей с ограниченными возможностями.

Одним из важных выводов в исследовании проблем формирования потребностей молодежи является признание необходимости в ходе совершенствования первичной медико-санитарной помощи детям создания отделений медико-социальной помощи, одной из главных задач которых является работа среди подростков и их семей по формированию активного ответственного отношения к здоровью. Такой подход на практике позволит обеспечить интеграцию медицинской и социальной деятельности для наиболее эффективного осуществления превентивных мероприятий по обеспечению здоровья и социального благополучия. Для обеспечения возможности оказания своевременной адекватной и эффективной медико-социальной помощи, как отмечает Е. В. Андриюшина, целесообразно создание системы мониторинга для анализа реальных проблем жизнедеятельности семьи, оценки ее потенциальных оздоровительных ресурсов.

Большинство отечественных авторов, обращаясь к особенностям деятельности социальных работников в учреждениях здравоохранения, заключают, что именно социальные работники информируют врачей о факторах хронизации патологии, препятствующих эффективности лечения, снижающих ориентацию семьи и индивидуума на здоровый образ жизни, нарушающих социальный статус пациента. Значительная роль отводится социальным работникам в профилактике возникновения факторов медико-социального риска, обеспечении эффективного и рационального выполнения репродуктивной функции, рождении здорового потомства, формировании здорового образа жизни.

В условиях социально-экономического кризиса в России социальная работа в учреждениях здравоохранения приобретает все большее значение как существенный элемент профилактической деятельности, направленной на формирование здорового образа жизни населения и укрепление здоровья.

А. М. Шабров, И. В. Поляков, И. М. Акулин, рассматривая концептуальные направления построения современной модели первичной медико-санитарной помощи населению мегаполисов, отмечают, что консультативно-диагностические центры должны стать частью комплекса учреждений медико-социальной сферы: больницы сестринского ухода, пансионаты для престарелых граждан, реабилитационные центры и др. Авторы подчеркивают, что важное значение будет иметь оптимизация совместных усилий врача общей практики (семейного врача) или социального работника общеврачебной практики с учреждениями этого уровня медико-социальной помощи.

В. К. Овчаров, В. О. Щепин подчеркивают, что проблемы здравоохранения, условия формирования здоровья населения составляют важную основу дальнейшего развития социальной сферы, успешности реализации на практике экономических реформ. Для улучшения качества и доступности первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации следует, согласно мнению авторов, повысить роль врачей общей практики, социальных работников в системе здравоохранения, что позволит обеспечить соответствие объемов и качества предоставляемой медико-социальной помощи реальным потребностям населения.

Признано, что медико-социальная помощь представляет собой комплекс проводимых на государственном и муниципальном уровнях интегрированных мероприятий: медицинских, социальных, психологических, юридических, педагогических, призванных укреплять социальную защищенность населения, особенно самых уязвимых его слоев. Это междисциплинарная сфера деятельности, виды, направления и организационные формы которой зависят как от политики государства в области охраны здоровья населения, так и от современной концепции здоровья и теорий социального обеспечения, являющихся базой медико-социальной помощи.

В. К. Овчаров делает вывод о том, что происходящая в последнее время дифференциация населения предполагает значительные изменения в обосновании столь же дифференцированных мер социальной защиты, особенно на уровне семей, населения или больных. В ином случае, отмечает автор, потери общества из-за высокой заболеваемости и преждевременной смертности значительно выше, чем экономические, и в гуманном отношении более



обоснованы затраты на медицинскую помощь и общие меры охраны и укрепления здоровья населения.

И.П. Каткова, Н.А. Кравченко отмечают необходимость реформ сложившейся общественной организации здравоохранения, поиска новых форм взаимодействия комплекса экономических, социальных, правовых, экологических и других структур, ответственных за здоровье. Кроме того, авторы рассматривают в этом ключе и определение «метрики здоровья» человека, семьи, коллектива, социальной группы, нации, общества в целом.

Создание службы медико-социальной поддержки семьи, по их мнению, является одной из наиболее приоритетных задач современного периода. При этом развитие системы социальной защиты населения, семей может способствовать смягчению стресса, облегчению решения кризисных ситуаций и должно проходить адекватно сформировавшимся потребностям в медико-социальной помощи. Эти мероприятия должны способствовать укреплению социальной защищенности населения, особенно самых уязвимых его слоев, создать принципиально новые условия для решения медико-социальных проблем. Авторам представляется особенно значимой ориентация на семью всей деятельности медико-социальных служб. Они считают посемейный, а не контингентный подход (за исключением организованных контингентов населения в специальных учреждениях) наиболее значимым для оказания медико-социальной помощи одновременно в достаточном объеме разным возрастным группам населения и осуществления профилактики социальных отклонений, девиантного поведения, различного рода аномальных явлений. Авторы подчеркивают, что расширение сети и структуры отделений, специализированных центров медико-социальной помощи населению должно способствовать созданию социально-правового и экономического механизмов заинтересованности личности и семьи в здоровье и здоровом образе жизни, воспитании здорового потомства. Важнейшей функцией учреждений медико-социальной помощи авторы видят активное вовлечение самого населения в реализацию программ поддержки семьи и осуществление на практике формулы: «личность - семья - труд - общество - личность».

В современных исследованиях специалистов в области социальной гигиены и организаторов здравоохранения справедливо обращается внимание на интегративную роль специалиста социальной работы в ходе практической реализации медицинской и социальной деятельности по охране здоровья (Каткова, Кравченко, Гринина, Андрюшина и др.).

Проанализированные исследования раскрывают важность решения проблем здоровья в связи со значительным сокращением потенциала жизнедеятельности, что подчеркивает важность поиска новых подходов к созданию современных медико-социальных технологий в условиях формирующихся новых экономических отношений.

В этой связи следует особо отметить ряд научных исследований, выполненных в последние годы, в которых определяются приоритеты и раскрываются особенности формирования современных здравоохранительных, медико-социальных, социальных потребностей населения, различных групп и индивидуума.

Д. Д. Венедиктов предлагает при системном анализе и моделировании индивидуально-го здоровья использовать критерии адаптации, защищенности и функционирования в их биологических и социальных аспектах. Автор предлагает искать возможности анализа и измерения таких трудно формализуемых критериев, какими являются психическое здоровье, а также «духовность» здоровья.

Д. И. Кича предлагает уровень выполнения медицинской функции семьей оценивать показателями структуры и уровней заболеваемости членов семьи, конкретными показателями ее образа жизни, условиями лечения и реабилитации заболеваний, создаваемых семьей больному члену, знанием и выполнением основных гигиенических требований к росту и развитию детей.

Согласно мнению Д. И. Кича, О. В. Грининой, медико-социальные потребности семьи можно обозначать как постоянную необходимость в предметах, услугах или условиях для поддержания оптимального здоровья и благополучия, подкрепленную активным осознанным стремлением личности или семьи к здоровью.

Особый акцент во многих работах делается на необходимость их комплексного рассмотрения в целях развития межведомственной деятельности, что особенно важно в кризис-

ных социально-экономических условиях России. Современные потребности различных групп населения, в том числе возникающие в связи со сложными жизненными ситуациями, могут найти наиболее адекватные решения только на основе высокого уровня социальной работы, включающей комплекс взаимосвязанных мероприятий по медико-социальной, социально-экономической, социально-психологической, правовой помощи семье, коллективу, индивидууму. Это создает благоприятные предпосылки для профилактики нарушений соматического и психологического, психического характера, проявлений социальной депривации, а также совершенствования реабилитации и адаптации.

О.Г. Фролова подчеркивает, что социальная помощь в здравоохранении в современных условиях часто рассматривается с позиции взаимодействия между пациентом и его окружением, социальной системой в целом.

Данные научной литературы предоставляют достаточно полный перечень медико-социальных проблем и сложных жизненных ситуаций, в решении которых необходимо участие квалифицированных специалистов социальной работы для участия в оказании эффективной медико-социальной помощи населению.

### **Контрольные вопросы и задания**

1. Что явилось обоснованием отечественной медико-социальной работы?
2. Каково значение зарубежной теории и практики социальной работы для становления в России профессиональной медико-социальной работы?
3. В чем заключается стратегия Всемирной организации здравоохранения по достижению «здоровья для всех»?
4. Кто из российских ученых изучал социально-гигиенические основы здоровья населения?
5. Назовите отечественных специалистов, обосновавших место и роль социальных работников в оказании медико-социальной помощи различным контингентам.

