ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России

Медико-социальная работа: теория, технологии, образование

Материалы
I Всероссийской научно-практической конференции
с международным участием
25 марта 2021 г.

Medical and social work: theory, technology, education

Materials of All-Russian scientific and practical conference with international participation
March 25, 2021

УДК 364.4
ББК 60.9

Печатается по решению учебно-методического совета ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России

Редакционная коллегия:
член-корр. РАО, д.м.н., профессор А.В. Мартыненко
(ответственный редактор)
к.м.н., доцент Е.С. Воробцова
к.соц.н., доцент К.И. Фальковская

Медико-социальная работа: теория, технологии, образование: материалы I Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (25 марта 2021 г.) / отв. ред. А.В. Мартыненко. – М.: Либри Плюс, 2021. - 283 с.

ISBN 978-5-906282-43-9

В сборнике представлены результаты научных исследований, а также практический опыт социальной работы в области охраны здоровья.

В материалах конференции рассматриваются концептуальные вопросы развития медико-социальной работы, технологии медико-социальной работы при предоставлении социально-медицинских услуг в сфере социальной защиты населения, при оказании медико-социальной помощи в сфере здравоохранения. Представлены публикации по вопросам совершенствования медико-социального образования, подготовки кадров профессиональных социальных работников медико-социальной направленности (профиля) др.

Статьи публикуются в авторской редакции.

Материалы сборника включены в базу данных РИНЦ (лицензионный договор № 49-01/2021К).

ПРИВЕТСТВИЕ
ректора Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Минздрава России, председателя организационного комитета конференции академика РАН, заслуженного врача Российской Федерации
О.О. ЯНУШЕВИЧА

Уважаемые участники конференции!

В текущем 2021 году мы отмечаем важную дату в развитии нашего социального государства – 30-летие социальной работы как профессии в Российской Федерации.

Социальные работники уже имеют свой профессиональный праздник. В соответствии с Указом Президента Российской Федерации 8 июня в стране отмечается День социального работника.

В вашем профессиональном сообществе хочу отметить особую роль социальных работников, которые вместе с медицинскими работниками оказались на переднем крае борьбы с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, ставшей проблемой планетарного масштаба.

Всемирная организация здравоохранения определяет социальную работу как деятельность, родственную врачеванию.

Это особенно убедительно проявляется в практической социальной работе медицинского профиля, в рамках которой профессионально подготовленные кадры участвуют в оказании медико-социальной помощи населению, предоставлении социально-медицинских услуг гражданам.

Десять лет назад в нашем университете мы открыли факультет социальной работы и выбрали медицинский профиль подготовки – медико-социальная работа с населением.

Десятилетний опыт работы факультета и многолетние теоретико-методологические разработки сотрудников факультета позволили нам пригласить вас принять участие в первой Всероссийской научно-практической конференции по теоретическим, практическим и образовательным аспектам медико-социальной работы.

Учредителями конференции вместе с нашим университетом выступили Минздрав России, Минтруд России, Российская академия образования, Федеральное учебно-методическое объединение по укрупненной группе специальностей и направлений «Социология и социальная работа», Межрегиональная общественная организация «Ассоциация работников социальных служб».

Особо подчеркну научно-практическую направленность конференции. Предстоит обсудить многие вопросы теории и практики социальной работы в области охраны здоровья, развития технологий медико-социальной работы, поделиться опытом подготовки профессиональных социальных работников.

Желаю участникам конференции плодотворной работы, продолжения конструктивного сотрудничества и после её завершения!

О.О. Янушевич

Раздел 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

УДК 364.442/.444
ББК 60.9+65.272

Мартыненко А.В.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

Процесс развития социальной работы в области охраны здоровья характеризуется как общественными запросами на комплексную медико-социальную помощь, так и ответственными действиями государства на эти запросы. В статье представлены методологические аспекты формирования социальной работы в области охраны здоровья, проблемы и пути её развития. Сформулированы предложения о механизмах функционирования медико-социальной работы при оказании медико-социальной помощи населению, предоставлении социально-медицинских услуг гражданам.

Ключевые слова: социальная работа в области охраны здоровья, медико-социальная работа, профессиональный социальный работник, система охраны здоровья, медико-социальная помощь, социально-медицинские услуги.

Martynenko A.V.

METHODOLOGICAL ASPECTS OF SOCIAL WORK IN THE FIELD OF HEALTH CARE

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

The article presents methodological aspects of the formation of social work in the field of health protection, problems, and ways of its development. Accordingly, were formulated proposals about mechanisms of medical and social work in providing social help and health care to citizens.

Key words: health care social work, medical and social work, professional social worker, health care system, medical and social assistance, socio-medical services.

Всемирная организация здравоохранения определяет социальную работу как деятельность, родственную врачеванию.

Особенно убедительно такое определение подтверждается в специализированной составляющей социальной работы медицинского профиля, связанной с медико-социальной деятельностью – медико-социальной работе.

В Глоссарии терминов по медико-социальной помощи Европейского регионального бюро ВОЗ медико-социальная работа характеризуется как «организованное социальное обслуживание в больнице или вне её, с особым упором на связанные со здоровьем социальные проблемы» [1].

За прошедший период теория и практика социальной работы получили значительное развитие во всем мире, хотя дискуссия по поводу её статуса и профессиональной идентичности продолжается [10].

Медико-социальная работа в нашей стране была заявлена в середине 1990-х годов в общем процессе развития теории и практики социальной работы в целом в контексте проходивших социально-экономических преобразований.

Фундаментальным фактором вовлечения социальных работников в охрану здоровья граждан явились Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан в Российской Федерации, принятые в 1993 году. Статьей 20 правового акта закреплялось участие социальных работников в оказании медико-социальной помощи. В этом же документе дана характеристика понятия «медико-социальная помощь». Было зафиксировано, что медико-социальная помощь включает в себя профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными, инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Рассматривая медико-социальную работу как вид профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленного на восстановление, сохранение и укрепление здоровья, можно констатировать, что она имеет много общего по своей сути с медицинской деятельностью.

Однако медико-социальная работа не претендует на лечебно-диагностические функции, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом по вопросам профилактики, реабилитации, осуществления мер социального характера по уходу за больными, инвалидами.

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

Деятельность профессиональных социальных работников, участвующих в оказании отдельных видов медико-социальной помощи, фактически является медико-социальной работой.

В настоящее время социальные работники принимают участие в оказании медико-социальной помощи пациентам с социально значимыми заболеваниями – психиатрического, наркологического, онкологического профиля, инфекционными заболеваниями, ВИЧ-инфицированными и др. Они участвуют в охране репродуктивного здоровья, планировании семьи, охране материнства и детства.

Федеральным законом от 21 декабря 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» современная система охраны здоровья граждан определяется как система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического характера, в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

Такое определение системы охраны здоровья дает основание для проведения исследований значения профессиональной социальной работы в охране здоровья при реализации комплексных мер, вытекающих из указанного положения Федерального закона.

Специфика деятельности социальных работников, направленной на их участие в оказании медико-социальной помощи, определяет особенности медико-социальной работы как новой компоненты в современной системе охраны здоровья.

Федеральным законом от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" установлены виды социальных услуг, предоставляемые получателям в организациях социального обслуживания. В их перечне – также социально-медицинские услуги, направленные на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья.

Мероприятия по оказанию социально-медицинских услуг мы рассматриваем как содержательную составляющую медико-социальной

работы, которые выполняют профессиональные социальные работники в организациях социального обслуживания населения.

Таким образом, необходимо подчеркнуть межсекторальный характер медико-социальной работы.

Убедительным примером тому является организация паллиативной медицинской помощи. Положение об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания, общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья, утверждено совместным приказом Минздрава России и Минтруда России [5].

Однако необходимо признать, что межведомственный характер социальной работы по участию в оказании медико-социальной помощи является не только достоинством нового вида профессиональной деятельности. При этом появились дополнительные трудности нормативного правового регулирования как на межведомственном уровне, так и необходимость внутриведомственного регулирования деятельности социальных работников, участвующих в оказании медико-социальной помощи, предоставлении социально-медицинских услуг гражданам, конкретизации их зоны ответственности.

В этой связи следует отметить практическую значимость профессиональных стандартов. В 2020 году Минтрудом России утверждены новые профессиональные стандарты «Специалист по социальной работе» и «Социальный работник» [6, 7].

К настоящему времени в стране сложились основы дальнейшего развития социальной работы в области охраны здоровья, причем в различных сферах – здравоохранении, социальной защиты населения, образования и других. Такими основами являются формирующаяся нормативная правовая база, включая профессиональные стандарты; сложившаяся система подготовки профессиональных социальных работников, в том числе медико-социальной направленности (профиля), на основе федеральных государственных образовательных стандартов по направлению подготовки «социальная работа» (бакалавриат и магистратура) [8, 9].

Как отмечает В.Н. Келасьев и соавторы, теоретическое осмысление профессии (социальной работы), формирование профессиональной логики, стремление к систематизации профессиональных практик требует активного взаимодействия академического и профессионального сообществ [2].

Развитие теории и практики социальной работы в области охраны здоровья (медико-социальной работы) и ее профессионализации

рассматриваем как процесс формирования социального института, который интегрирует решение социально-медицинских проблем здоровья, предоставление социально-медицинских услуг, повышение эффективности сфер здравоохранения и социальной защиты населения [3].

Дальнейшее развитие социальной работы в области охраны здоровья (медико-социальной работы) в современных условиях представляется в трех направлениях:

1. Развитие теоретических аспектов социальной работы в целом и профильного медико-социального направления в частности.

2. Разработка новых и развитие существующих технологий социальной работы, направленных на восстановление, сохранение и укрепление здоровья.

3. Развитие медико-социального образования, подготовка профессиональных социальных работников, участвующих в оказании медико-социальной помощи и предоставлении социально-медицинских услуг.

В рамках развития теоретических аспектов рассматриваем необходимость дальнейшего изучения концептуальных вопросов медико-социальной работы с учетом современных вызовов, особенностей развития теории и практики социальной работы в области охраны здоровья, а также формирование нормативной правовой базы как основы развития практики медико-социальной работы.

В направлении технологического развития социальной работы в области охраны здоровья целесообразно сосредоточиться на развитии технологий медико-социальной работы при оказании социально-медицинских услуг в сфере социальной защиты населения, при оказании медико-социальной помощи в сфере здравоохранения, а также технологий медико-социальной работы в сфере образования.

В направлении развития медико-социального образования, подготовки профессиональных социальных работников медицинского профиля необходимы актуализация образовательных программ подготовки кадров с учетом новых профессиональных стандартов, повышение роли клинических, психологических и педагогических кафедр в подготовке кадров.

Процесс развития социальной работы в области охраны здоровья характеризуется, с одной стороны, общественными запросами на комплексную медико-социальную помощь, и ответственными действиями государства на эти запросы, с другой стороны. Представляется, что данное положение является актуальным для разрабатываемой стратегии «нового общественного договора».

Это является основой формирования ценностно-нормативных комплексов в процессе институционализации медико-социальной работы.

Анализ динамичного процесса институционализации медико-социальной работы, имеющего сложные механизмы функционирования, позволяет сформулировать ряд предложений, реализация которых будет способствовать развитию социальной работы в области охраны здоровья, совершенствованию оказания медико-социальной помощи населению, социально-медицинских услуг гражданам.

Представляется целесообразным обосновать необходимость восстановления в законодательстве Российской Федерации в области здравоохранения нормы, фиксирующей право профессиональных социальных работников участвовать в оказании медико-социальной помощи населению.

Потребность в регулировании трудовых функций социального работника, участвующего в оказании медико-социальной помощи, обусловливает необходимость разработки профессионального стандарта «Специалист по социальной работе в здравоохранении».

Заслуживает внимания опыт работы научно-методического совета по социальной работе в здравоохранении, созданного в соответствии с приказом Минздрава России, прекратившего свою деятельность [4]. Функционирование такого общественного органа способствовала бы выработке единых методических подходов к социальной работе в здравоохранении, разработке нормативных документов развития социальной работы в области охраны здоровья.

Список литературы

1. Глоссарий терминов по медико-социальной помощи. Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 1976.
2. Келасьев В.Н., Полуэктова Н.М., Смирнова А.Н. Институт социальной работы: новые вызовы // Социальная политика и социология. – Т. 15. – 2016. – № 4 (117). – С. 76-83.
3. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: вопросы теории, технологий и образования // Отечественный журнал социальной работы. – 2020. – № 2. – С. 73-80.
4. Приказ Минздрава России от 13 октября 1997 г. № 301 «О создании научно-методического совета по социальной работе в здравоохранении».
5. Приказ Минздрава России и Минтруда России от 31 мая 2019 г. № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания, общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья».

6. Приказ Минтруда России от 18 июня 2020 г. № 351н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по социальной работе».
7. Приказ Минтруда России от 18 июня 2020 г. № 354н «Об утверждении профессионального стандарта «Социальный работник».
8. Приказ Минобрнауки России от 5 февраля 2018 г. № 76 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – бакалавриат по направлению подготовки 39.03.02 Социальная работа».
9. Приказ Минобрнауки России от 5 февраля 2018 г. № 80 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – магистратура по направлению подготовки 39.04.02 Социальная работа».
10. Jones D.N., Truell R. The Global Agenda for Social Work and Social Development: A Place to Link Together and Be Effective in a Globalized World // International Social Work. 2012. Vol. 55 (4). P. 454-472.

УДК 614.2
ББК 51.1

Гундаров И.А., Пономарева Е.Г., Левашова М.А.

НОВАЯ СТРАТЕГИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО УПРАВЛЕНИЮ ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ РИСКАМИ ЗДОРОВЬЮ

Образовательное учреждение профсоюзов высшего образования «Академия труда и социальных отношений», г. Москва

Обосновывается необходимость инновационной стратегии профилактической медицины для выхода из демографического кризиса. Предлагается система управления индивидуальными рисками здоровью через укрепление внутренних резервов организма и коррекцию социально-экономических условий жизни. Формируется новый вид профессиональной деятельности – «медико-социальная работа», основанная на трёхэтапной профилактической работе с использованием модульных диагностических и оздоровительных технологий.

Ключевые слова: профилактическая медицина, летальный риск, резерв здоровья, социально-экономические условия, медико-социальная работа, демография, факторы риска, здоровый образ жизни.

Gundarov I.A., Ponomareva E.G., Levashova M.A.

NEW STRATEGY OF MEDICAL AND SOCIAL WORK ON THE MANAGEMENT OF INDIVIDUAL HEALTH RISKS

Educational Institution of Trade Unions of Higher Education "Academy of Labor and Social Relations", Moscow, Russia

The article substantiates the need for an innovative strategy of preventive medicine to overcome the demographic crisis. A system for managing individual health risks through strengthening the internal reserves of the body and correcting the socio-economic conditions of life is proposed. The new type of professional activity is being formed – "medical and social work", based on three-stage preventive work using modular diagnostic and wellness technologies.

Keywords: preventive medicine, lethal risk, health reserve, socio-economic conditions, medical and social work, demography, risk factors, healthy lifestyle.

Демографическая ситуация в России продолжает оставаться неблагоприятной. За последние 30 лет избыточная смертность превысила 14 млн. человек [2]. Национальные проекты оказались не способными остановить вымирание населения. В 2020 г. рост человеческих потерь продолжился, превысив уровень 2019 г. на 350 тысяч. Остановить вал демографических проблем лечебному здравоохранению не по силам. Его влияние на общественное здоровье не превышает 10%. Необходима широкомасштабная профилактическая работа. Однако опыт отечественных и зарубежных исследований показал, что популяционная факторная стратегия, направленная на борьбу с медицинскими факторами риска, не снижает смертность [3]. По этому поводу Т.А. Голикова, в бытность Министром здравоохранения и социального развития, констатировала: «…профилактическое звено до настоящего времени, несмотря на принятые нормативные правовые акты, не предоставляет из себя единую систему… медицинской профилактики» [1].

Для выхода из кризиса предлагается персонализированная стратегия управления рисками здоровью. Формируется новый вид профессиональной деятельности, отсутствующий в современной медицине. Его структурой служит многоуровневая система профилактической работы, основанная на инновационных принципах, модульных технологиях и этапной организации процесса.

Инновационные принципы профилактической системы

1. Причиной большинства заболеваний являются не патогенные агенты сами по себе, а их взаимодействие с защитными механизмами организма (резервы здоровья). Результирующий итог зависит от соотношения противостоящих сил. Поэтому в одинаковых условиях одни заболевают, а

другие остаются здоровыми. Однако значению резервов здоровья не уделяется в современной медицине должного внимания.

2. Субстратом здоровья служат не разрозненные физиологические параметры (артериальное давление, холестерин и глюкоза крови, масса тела, эндотелий сосудов и др.), а целостный гомеостаз, включающий энерго-пластический обмен, системную гемодинамику, микроциркуляцию тканей и органов, объединённых с биохимическими, эндокринными, гормональными процессами в физиологический синдром. Здесь предметом профилактического контроля должны быть не отдельные факторы риска, а интегральный персональный риск. Приказом Минздрава России от 30 сентября 2015 г. № 683н указывается необходимость диспансерного обслуживания «граждан с высоким риском развития угрожающих жизни состояний».

3. Здоровый образ жизни – это не столько привычки поведения, сколько сложное взаимодействие человека с социально-экономическими условиями среды: достаток, жилище, семья, производственные факторы, удовлетворённость профессией и др. Контроль над ними необходим для здоровой жизнедеятельности.

4. Клиническая медицина не способна заниматься коррекцией образа жизни в требуемом объёме. Для этого у неё нет компетенций и возможностей. Необходим межсекторный подход на индивидуальном уровне, формируемый в России с 1990-х гг. как новая профессия – медико-социальная работа [4, 5]. Для неё готовятся соответствующие кадры высшего и среднего образования. Специалист по медико-социальной работе (социальный врач) выступает одновременно как терапевт, психолог, социолог, педагог, юрист, воспринимая пациента в целом с учётом его многообразных характеристик. 5. Охрану здоровья населения осуществляет не только медицинская служба, но и служба социальной защиты. А это – более миллиона человек. Однако её профилактические возможности слабо используются. Тогда как координация обеих служб способна обеспечить кумулятивный оздоровительный эффект. Осуществится пожелание Т.А. Голиковой о создании системы профилактики «…для повышения качества жизни, продления жизни, сохранения и восстановления трудоспособности и активного долголетия» [1].

Модульные технологии массовой индивидуальной профилактики

С конца 1980-х гг. в России разрабатываются модульные технологии массовой индивидуальной профилактики в составе аппаратно-программного комплекса «Экспертные Системы Контроля Индивидуального Здоровья» (ЭСКИЗ). ЭСКИЗ апробирован Минздравмедпромом России в рамках указания № 145-У «О проведении апробации программы индивидуальной профилактики основных неинфекционных заболеваний среди взрослого населения» (1996 г.)

и рекомендован к внедрению Информационно-методическим письмом Госсанэпиднадзора МЗ РФ «О мониторинге здоровья и индивидуальной профилактике основных заболеваний среди взрослого населения» (2001 г.). Адаптация ЭСКИЗ к современным условиям проведена в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова согласно Государственного задания Минздрава России «Разработка системы персонализированной профилактики социально-значимых заболеваний» (2015-2017 гг.).

Технология ЭСКИЗ-РИСК. Для экспресс-оценки летального риска разработана технология ЭСКИЗ-РИСК, доступная к применению в любых условиях. Пропускная способность – 20-30 минут. Собираемая информация включает следующие параметры:

- *общие сведения*: пол, возраст, статус образования, географическая широта проживания, месяц обследования;

- *физиологические измерения:* рост, вес, индекс массы тела, систолическое и диастолическое АД, пульсовое АД, частота сердечных сокращений;

- *опрос на наличие:* курения, стенокардии напряжения, недостаточности кровоснабжения мозга, хронического бронхита;

- *оценка психического состояния:* резистентность к стрессу, самооценка физического и социального здоровья;

- *статистические модели*: ударного объёма сердца и тонуса сосудов мозга;

- *толерантность к физической нагрузке*: реакция пульса на 20 приседаний за 30 секунд.

Компьютером рассчитывается интегральный риск опасных заболеваний с прогнозом на ближайшие 10 лет. Риск зависит от географической широты проживания и месяца обследования. Пациенту выдаётся Паспорт здоровья. Возможности цифровизации позволят представить технологию в Интернете, делая её доступной неограниченному количеству пользователей.

Технология ЭСКИЗ-РЕЗЕРВ. У лиц с подозрением на высокий летальный риск подтверждается его наличие и изучаются формирующие механизмы. Технология разработана по результатам 16-летних наблюдений над примерно 20 тысячами человек. Наиболее сильная прямая связь со смертностью обнаружена у тонуса (напряжения) сосудов головного мозга и общего периферического сопротивления – чем они больше, тем смертность выше. Наиболее сильные защитные свойства имели сократительная активность сердца и приток крови в мозговые артерии – чем они больше, тем смертность ниже. Резерв здоровья зависит также от систолического и диастолического АД, частоты сердечных сокращений, роста, веса, импеданса грудной клетки. Рассчитывается алгоритм дожития, или индекс резерва здоровья (ИРЗ).

Единицей ИРЗ предложена «вита». Одна вита равна 1% вероятности того, что в ближайшие 10 лет у человека не возникнут опасные для жизни заболевания. Обнаружена выраженная неоднородность населения по величине ИРЗ.

Технология ЭСКИЗ-ОБРАЗ ЖИЗНИ. С помощью «двухярусной» анкеты изучаются образ и качество жизни в широком диапазоне социально-экономических, бытовых, поведенческих, психических аспектов. Выявляются неблагоприятные для прогноза факторы. Обследование проводится по стандартному вопроснику, длительность – 40 минут. При групповом опросе обследуются одновременно 10-15 человек. Выявляются блоки факторов нездорового образа жизни:

- *семейные проблемы* (холост/не замужем, отсутствие детей, плохие отношения с детьми, частые конфликты в семье, проживание с посторонними лицами;

- *дефекты питания* (однообразное питание, недоедание, редкие приёмы пищи, нерегулярное питание);

- *недостаточный отдых* (недосыпание, неудовлетворённость сном, недостаточность ежедневного отдыха, недостаточность использования выходных дней и отпуска);

- *проблемы в интимной жизни (*неудовлетворённость половой жизнью, редкая половая жизнь);

- *материальные трудности (*низкий подушевой доход, неудовлетворённость личным заработком, неудовлетворённость благосостоянием семьи;

- *недостаточные жилищные условия (*отсутствие отдельной квартиры, недостаточная жилая площадь, недовольство жилищными условиями;

- *плохие условия в районе проживания (*недовольство экологией, недовольство бытовыми условиями);

- *недостаточное положение в обществе (*образование среднее и ниже, социальный класс средний и ниже, неудовлетворённость социальным положением, безработный;

- *плохие производственные условия (*избыточная длительность рабочего времени, плохие отношения с руководством, плохие отношения с коллегами, неудовлетворённость работой, физические перегрузки на работе);

- *психологический дискомфорт* (избыточная стрессогенность жизни, проблемы смысла жизни, разочарование в людях, депрессия, агрессивность, установка на короткую жизнь);

- *слабая общественная поддержка* (недостаточная поддержка со стороны родственников, недостаточная поддержка со стороны знакомых);

- *вредные привычки (*повседневная спешка, гиподинамия, курение, злоупотребление алкоголем);

- *наследственная отягощённость* (по инфаркту, инсульту, новообразованиям, психическим заболеваниям).

Рассчитывается площадь Розы качества жизни – степень удовлетворенности условиями жизни с учётом их персональной значимости.

Этапная организация профилактического процесса

Согласно факторной стратегии, среди взрослого населения почти у каждого имеются какие-нибудь факторы риска. Поэтому все трудоспособные граждане должны заниматься профилактикой. Иную картину представляет стратегия персонального риска. Среди 70 млн. людей трудоспособного возраста ежегодно заболевают и становятся инвалидами около 700 тысяч, т.е. 1%. Для нормализации у них повышенного риска и контроля устойчивости результатов потребуется примерно три года. Тем самым 3% населения находятся в зоне повышенного риска. Именно они нуждаются в актуальной профилактике, а остальные 68 млн. взрослых граждан могут жить без медицинских ограничений. Такая дифференциация делает необходимой этапную организацию профилактического процесса.

I этап. В соответствии с протоколом всеобщей диспансеризации на первом этапе проводится скрининг на выявление лиц с избыточным риском опасных заболеваний. Применяется модуль ЭСКИЗ-РИСК. Скрининг выполняет медицинская сестра или медико-социальный работник. В случае нормальных показателей рекомендуется вести обычный образ жизни без медицинских ограничений. Остальные пациенты приглашаются на второй этап для углублённого обследования. С целью контроля динамики здоровья скрининг проводится ежегодно. Цифровизация технологии ЭСКИЗ-РИСК с выводом в Интернет обеспечит неограниченные возможности её использования для диспансерных целей.

II этап. На втором этапе диспансеризации проводится углублённое обследование для оценки резерва здоровья, подтверждения высокого летального риска и определения его механизмов. Используется реографическая технология ЭСКИЗ-РЕЗЕРВ. Выделяются типы риска: кардиальный, церебральный, тензионный, тонический, кинетический, метаболический. Работает обученная медсестра, пропускная способность – два человека в час.

С помощью технологии ЭСКИЗ-ОБРАЗ ЖИЗНИ выявляются неблагоприятные для прогноза факторы образа жизни. Среди работающего населения частыми оказались следующие состояния (% обследованных):

- *психологическое неблагополучие:* разочарование в людях – 52%, потеря смысла жизни – 32%, установка на короткую жизнь – 26%, психическое истощение – 22%, недостаточная поддержка друзей – 35%, недостаточная поддержка родственников – 13%;

- *бытовые проблемы: б*едность – 85%, нерегулярное питание – 62%, проблемы со сном – 55%, неудовлетворённость социальным положением – 37%, недостаточный отдых – 35%, неудовлетворённость половой жизнью – 20%, частые конфликты в семье – 17%, плохие отношения с супругом (супругой) – 11%, отсутствие супруга (супруги) – 11%;

- *производственные проблемы: и*збыточная длительность рабочего дня – 78%, физические перегрузки на работе – 47%, неудовлетворённость работой – 27%;

- *вредные привычки:* постоянная спешка – 20%, гиподинамия – 12%, интенсивные курильщики – 10%, избыточное потребление алкоголя – 2%.

III этап. Устранение перечисленных проблем потребует не менее 6-12 месяцев оздоровительной реабилитации. Для этого необходим третий диспансерный этап. Такого в настоящее время нет. Нет также технологий коррекции летального риска и психосоциального неблагополучия. Многое придётся подбирать эмпирически, используя в качестве ориентира динамику индивидуального здоровья и качества жизни. Предлагаются традиционные и инновационные подходы психологического, социального, физиотерапевтического, фармакологического характера. Критериями популяционного успеха служат: 1) увеличение охвата населения осмотрами, 2) уменьшение среди обследованных лиц с избыточным риском, 3) снижение риска у пациентов, выполняющих рекомендации.

Система медико-социальной работы

Выполнение перечисленных задач недоступно современному здравоохранению. Требуется подключение специалистов медико-социальной работы. Их компетенции и возможности необходимо конкретизировать в действующих профессиональных стандартах «Специалист по социальной работе» и «Социальный работник». Лучше разработать и утвердить профессиональный стандарт «Специалист по медико-социальной работе» (или «Специалист по социальной работе в охране здоровья»).

К необходимым знаниям относится: основы валеологии и социальной медицины; технологии социальной работы, психологии личности и др.

Реализацию медико-социальной работы осуществляют три категории исполнителей: специалисты социальной работы с высшим образованием, социальные работники со средним специальным образованием и волонтёры.

Организационными структурами для медико-социальной работы могут стать учреждения социального обслуживания, отделения медицинской профилактики, поликлиники, центры здоровья, здравпункты предприятий, учреждения санаторно-курортной сети и др.

Участковые терапевты (семейные врачи) заинтересованы в медико-социальной профилактике, берущей на себя функции доврачебного осмотра. Она способна осуществлять «лечение» начальных стадий многих заболеваний, где сутью терапии служит нормализация образа жизни, коррекция психического состояния и соматического резерва здоровья. В свою очередь, специалист по медико-социальной работе заинтересован в клинических обследованиях для лиц с высоким риском и проведении им медикаментозного лечения.

Этапность профилактической работы и «точечный» характер оздоровительных действий позволят не распылять ресурсы по всему населению, а концентрировать их на наиболее нуждающихся. Тем самым многократно увеличиваются ресурсные возможности здравоохранения применительно к профилактике инвалидности и смертности.

Медико-социальные технологии ЭСКИЗ особенно востребованы для жителей отдалённых территорий или с малой плотностью расселения. Центры здоровья к ним не дотягиваются, поскольку предназначены для компактных проживаний от 200 тыс. человек. Приезд мобильных бригад не обеспечивает регулярности контроля. В этих условиях могут действовать мини-центры здоровья, центры социального обслуживания, фельдшерско-акушерские пункты, сельские амбулатории, здравпункты промышленных предприятий и др. Специальной аппаратуры не требуется, достаточно иметь компьютер, принтер, ростомер, весы, тонометр. Выход в Интернет открывает безграничные возможности оценки индивидуального риска, подбора наиболее эффективных методов коррекции, контроля над динамикой здоровья для активного взаимодействия с врачом.

Малая затратность технологий ЭСКИЗ позволит использовать их в муниципальном здравоохранении. Крупные медицинские учреждения не способны решать такие задачи, требующие рассредоточения мест контакта с населением. В этом заинтересованы местные органы власти, предприниматели, профсоюзы, поскольку укрепление здоровья работников способствует повышению трудовой активности и уменьшению демографических потерь.

Для диспансеризации работников предлагается скрининг без отрыва от производства на базе собственных здравпунктов и кабинетов здоровья. Сотрудникам малых и средних предприятий создаются кустовые кабинеты здоровья в региональных центрах социальной защиты. Их финансирование

может осуществляться за счет средств на профилактику из бюджета Фонда социального страхования. Наличие на предприятиях здравпунктов или кабинетов здоровья соответствует статье 223 Трудового кодекса РФ: «…медицинское обеспечение работников в соответствие с требованиями охраны труда возлагается на работодателя. В этих целях работодателем по установленным нормам оборудуются…помещения для оказания медицинской помощи…».

Программы подготовки специалистов по медико-социальной работе, включая второе высшее образование, разрабатываются и реализуются на базе МГМСУ им. А.И. Евдокимова и Академии труда и социальных отношений. Открытие региональных центров обучения позволит подготовить по стране необходимое количество специалистов по медико-социальной работе за короткий срок.

Список литературы

1. Голикова Т.А. Здоровье населения – главное богатство. Тезисы доклада Министра здравоохранения и социального развития РФ на президиуме Совета по приоритетным национальным проектам и демографическому развитию при Президенте РФ. http://geum.ru/next/art-1382.php
2. Гундаров И.А., Полесский В.А. Профилактическая медицина на рубеже веков. От факторов риска к резервам здоровья и социальной профилактике. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 255 с.
3. Гундаров И.А., Крутько В.А., Пономарева Е.Г. и др. Задачи социальной работы по преодолению демографического кадрового кризиса в России. – М.: ОУП ВО «АТиСО», 2018. – 270 с.
4. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование. – М.: Наука, 1999. – 240 с.
5. Теория и технологии медико-социальной работы: учебник и практикум для вузов / под ред. А.В. Мартыненко. – М.: ЮРАЙТ, 2020. – 339 с.

УДК 364: 364.013 + 364.01
ББК 60.93

Панов А.М.

ОБ ИСТОРИЧЕСКОЙ МИССИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В РОССИИ И ФОРМИРОВАНИИ ОСНОВ ЕЕ СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЫ В ПЕРВОЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ ПОСТСОВЕТСКОГО ПЕРИОДА

Межрегиональная общественная организация
«Ассоциация работников социальных служб», г. Москва

В статье представлены концептуальные взгляды автора на роль социальной работы в России. Изложен генезис современного этапа развития социальной работы в Российской Федерации, начало которому было положено в период 1990-х годов.

Ключевые слова: социальная работа; историческая миссия социальной работы; социальное обслуживание; профессия «Социальная работа».

Panov A.M.

ON THE HISTORICAL MISSION OF SOCIAL WORK IN RUSSIA AND THE FORMATION OF THE BASES OF ITS MODERN SYSTEM IN THE FIRST DECADE OF THE POST-SOVIET PERIOD

Interregional public organization "Association of Social Workers", Moscow, Russia

The article presents the author's conceptual views on the role of social work in Russia. The genesis of the current stage in the development of social work in the Russian Federation, which began in the 1990s, is described.

Key words: social work; the historical mission of social work; social service; profession "Social work".

Социальная работа является одним из наиболее ярких гуманитарных феноменов человеческой цивилизации. Она завоевала признание в большинстве стран мира, а в последнем десятилетии XX века прочно утвердилась в странах Восточной Европы, СНГ и Балтии, в ряде других развивающихся государств.

Историческая миссия социальной работы, какие бы споры не велись относительно ее содержания, высока и благородна. Идеалы социальной работы не просто созвучны общечеловеческим ценностям, но и стали одними из их источников; практика социальной работы укрепила гуманистические начала человеческого сообщества, способствовала возрождению нравственности и духовности, идеалов социальной справедливости, милосердия, самоценности человеческой личности, защиты нарушенных прав, в т.ч. права на достойную жизнь и помощь в кризисные периоды.

Неоценима деятельностная составляющая социальной работы, миссия которой нам видится в том, чтобы способствовать освобождению человеческого сообщества от социальных болезней и язв: бедности, малообеспеченности и маргинальности; социального сиротства; детской безнадзорности; правонарушений несовершеннолетних; семейного,

геронтологического и иных видов насилия; вынужденного одиночества; пьянства, алкоголизма и наркомании; бездомности и бродяжничества; суицидов; юного родительства и других. И, безусловно, обеспечение социальной реабилитации и абилитации инвалидов, профессиональной помощи в решении сложных жизненных проблем людей.

Яркий пример созидательного воздействия социальной работы на социальную ситуацию в обществе – Россия, которая в начале 90-х годов прошлого века оказалась «на переломе эпох».

Резкая смена социально-политической, идеологической и экономической формаций вылились в появление большого числа масштабных проблем: падение жизненного уровня населения, рост числа безработных, беженцев и вынужденных переселенцев, обострение многих названных выше социальных недугов.

Но все перечисленные и ряд других негативных тенденций имели бы значительно большее распространение, если бы не сдерживающий фактор социальной работы, не поистине титанические усилия социальных служб, комплексная и разветвленная система которых впервые возникла и получила развитие в России в период с 1991 года.

Социальные службы явились тем буфером между государством и обществом, который сделал существенно «мягче» удары экономических и социальных реформ по человеку и семье, предотвратил социальный взрыв и массовое общественное негодование в связи с низкой эффективностью этих изменений, застойными явлениями, серьезными ошибками и «провалами» на пути к рыночной экономике.

И в том, что Россия не свернула с курса на демократические и социально ориентированные преобразования, не откатилась назад к тоталитарной идеологии и планово-распределительным отношениям в экономике, есть огромная заслуга и социальных работников, руководителей органов и учреждений социальной защиты населения, ежедневно заботящихся о нуждах и чаяниях наиболее обездоленных групп населения: одиноких пожилых людях, инвалидах, безработных, многодетных и неполных семей, социальных и физических сирот, бездомных, «новых бедных» и других.

Россия, которая в соответствии с Конституцией является социальным государством, сумела в чрезвычайно сложных социально-экономических и финансовых условиях первого постсоциалистического периода создать основы полноценной системы социального обслуживания, сформировать все необходимые предпосылки и условия для развития социальной работы в соответствии с мировыми стандартами.

За исторически короткий период в десять лет в стране были решены задачи большой социальной важности.

Прежде всего, *возникли новые профессии «социальный работник» и «специалист по социальной работе»,* ставшие фундаментом кадрового корпуса социальных служб.

Была создана целостная инфраструктура социальных служб: центры социального обслуживания пожилых людей, в т.ч. в дневное время и на дому, центры социальной помощи семье и детям, центры реабилитации людей с ограниченными возможностями в т.ч. детей-инвалидов, социальные приюты для безнадзорных детей, женские кризисные центры, дома ночного пребывания для бездомных, благотворительные столовые, центры психологической помощи, в т.ч. по телефону, центры реабилитации подростков с девиантным поведением, геронтологические центры, социальные дома для проживания пожилых людей и другие.

Только в 1995 году этими учреждениями предоставлены социальные услуги 2,284 млн. человек, включая 803 тыс. детей; в 1996 году соответственно 3,714 млн. человек, из них 1,387 млн. детей. Развитие социальных служб стало обязательным компонентом большинства федеральных программ в социальном секторе: программы помощи пожилым «Старшее поколение», президентской программы «Дети России», программы «Молодежь России», программы помощи беженцам и вынужденным переселенцам и других.

Сформирована законодательная база социальной работы: приняты федеральные законы «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» (1995 г.), «О социальном обслуживании пожилых людей и инвалидов» (1995 г.), «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (1999 г.) и другие, целый пакет нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации и профильных министерств. Были утверждены первые национальные стандарты в сфере социального обслуживания, создан Технический комитет Росстандарта «Социальное обслуживание населения».

С сентября 1991 г. в 23-х университетах, медицинских, педагогических и других вузах начата профессиональная подготовка кадров социальных работников. Действовал ВНИК под руководством профессора С.И. Беличевой, который разработал учебный план и более 100 программ для высшей школы по специальности «Социальная работа». К 2000 году обучение по этой специальности вели уже свыше 80 университетов, академий и институтов, где функционировали кафедры социальной работы. Успешно действовало УМО вузов России по образованию в области социальной работы на базе РГСИ (ныне РГСУ). Осуществлялось обучение в средних специальных учебных

заведениях, лицеях. Начали складываться основы системы допрофессиональной подготовки и повышения квалификации.

Были развернуты исследования по теории, истории и методике социальной работы, защищено свыше 40 кандидатских и 6 докторских диссертаций по проблематике этой области научного знания. Создана научно-методическая база, ориентированная на потребности практики, в т.ч. Институт социальной работы АРСС (директор – профессор Е.И. Холостова).

Серьезные исследования в сфере медико-социальной работы проводились в Институте молодежи (д.м.н. А.В. Мартыненко); продуктивное изучение проблем деятельности социозащитных учреждений вел НИИ семьи (к.п.н. Г.М. Иващенко, д.с.н. Л.С. Алексеева). За 10 лет выпущено более 200 монографий, пособий, сборников статей. Переведена и издана выдержавшая 19 переизданий в США фундаментальная «Энциклопедия социальной работы» в 3-х томах (под ред. профессора М.С. Мацковского). Появились научные школы социальной работы: профессора Е.И. Холостовой (Москва), профессора П.Д. Павленка (Москва), профессоров С.И. Григорьева и Л.Г. Гусляковой (Барнаул), профессора В.Н. Ярской (Саратов), профессора Е.П. Агапова (Ростов-на-Дону) и другие.

В системе социальной работы возникли свои СМИ, было налажено издание шести новых профессиональных журналов: «Российский журнал социальной работы» (с 1995 г., учредитель – Институт социальной работы Ассоциации работников социальных служб (АРСС), «Работник социальной службы» (с 1997 г., учредитель – АРСС), «Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы» (с 1994 г., учредители – Консорциум «Социальное здоровье России» и АРСС), «Социономия (Социальная работа)» (с 1992 г., учредитель – ЗАО редакция журнала «Социальная защита» и газета «Ваше право»), «Социальная работа: теория, технология, образование» (с 1994 г., учредитель – МГСУ). Продолжал издаваться журнал «Социальная работа» (учрежден в 1989 г. Союзом социальных педагогов).

Созданы профессиональные сообщества социальных работников: Ассоциация работников социальных служб, Ассоциация социальных работников; Российская ассоциация телефонов экстренной психологической помощи (РАТЭПП) и другие. Российские социальные работники стали принимать участие во всех больших мероприятиях, проводимых Международной федерацией социальных работников и ее Европейским отделением.

Таким образом, характер изменений в социальной сфере страны с введением института социальной работы, который был тогда «терра инкогнита»

для подавляющего числа государственных служащих, ученых и специалистов, можно назвать поистине революционным, новаторским и в высшей степени динамичным.

Инициатором процесса зарождения и развития нового этапа социальной работы в России выступил Комитет по делам семьи и демографической политике при Совете Министров тогда еще РСФСР, работавший с августа 1990 г. до ноября 1991 г. (председатель Комитета – Вице-Премьер Правительства России Инга Ивановна Гребешева, кандидат медицинских наук). Именно И.И. Гребешевой и Комитету принадлежат инициативы и практические шаги по установлению новой профессии, подготовке специалистов по социальной работе в высшей школе, формированию инфраструктуры социальных служб и т.д.

Но при этом нельзя не отметить, что, начиная с серединных 80-х годов прошлого века, за несколько лет до официального конституирования профессиональной социальной работы, в Советском Союзе стали появляться первые предвестники ее возникновения. В этом плане необходимо отметить:

введение постановлением Госмкомтруда СССР и ВЦСПС от 3 февраля 1986 г. № № 28/3-43 должности «Социальный работник» в отделениях социальной помощи на дому, а также должности «Заведующий отделением социальной помощи на дому одиноким нетрудоспособным гражданам», создаваемых в СССР в порядке эксперимента с 1986 года (а до этого впервые появившихся в Эстонской ССР, опыт которой и был одобрен указанным постановлением);

принятие Закона СССР от 16 апреля 1991 г. № 2114-I «Об общих началах государственной молодежной политики в СССР», в который впервые в законодательной практике включено словосочетание «социальная работа» (статья 11), а также предусмотрено создание социальных служб для молодежи;

разработку ВНИКом «Социально-правовая и психолого-медико-педагогическая помощь детям и подросткам» (руководитель – профессор МГУ В.А. Иванников) проекта концепции, принципов построения и структуры службы помощи детям и подросткам (1989-1991 гг.);

разработку коллективом ученых Института молодежи под руководством профессора В.А. Лукова по заказу Госкомтруда СССР проекта концепции молодежных социальных служб (1989-1990 гг.);

разработку проекта Закона Союза ССР «Об инвалидах», предусматривавшего создание учреждений их социального обслуживания (1989-1990 г.).

Развитие социального обслуживания, как и всей социальной работы (а мы классифицируем социальное обслуживание именно как

институализированную социальную работу) – это сегодня устойчивый и необратимый процесс. Социальные службы, как в первое десятилетие своего существования в обновленной России, так и в последующие периоды играли роль надежного «буфера», нейтрализующего многие негативные издержки подчас не до конца продуманной, взвешенной, а потому отчасти социально уязвимой экономической политики государства.

За 10 лет развития в период конца XX века социальные службы России в целом вышли на уровень, отвечающий самым высоким международным стандартам – как по материальной базе основного числа учреждений, в первую очередь нестационарных, так и по качеству и эффективности оказания социальных услуг, квалификации персонала, научно-методического и информационного обеспечения. А по таким, неподдающимся формальной оценке критериям, как душевность, сопереживание, доброта и милосердие по отношению к клиентам – намного превзошли аналогичные службы на Западе.

Сегодня, анализируя исторический путь социальной работы, следует признать, что мы еще далеки от того, чтобы социальное обслуживание в России было адекватно потребностям населения, а социальная работа стала имеющим высокий общественный статус и адекватную оплату труда видом профессиональной деятельности.

Предстоит решить огромное число новых задач и достаточно масштабных проблем, имеющих принципиальное значение для будущего социальной работы в России. Среди них следует назвать и формирование методологической, теоретической, этической и технологической базы, которая позволила бы конституировать социальную работу как научную специальность, как это уже давно имеет место в развитых странах мира.

Безусловно, возможности социальных служб детерминированы состоянием экономики, финансов и политикой государства; социальные работники – не мессии, способные творить чудеса. Но потенциал социальной работы (как нравственный, так и профессионально-технологический) по решению социальных проблем, вековой опыт нескольких поколений социальных работников по всему миру, отечественный опыт последних десятилетий доказывает возможность ее самого благотворного и конструктивного влияния на улучшение социальной ситуации в стране и обществе.

УДК 614.2
ББК 51.1

Георгиев Н.Р., Балканска П.А.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К БОЛЬНОМУ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Медицинский университет Софии, Факультет общественного здоровья им. проф. д-ра Цекомира Воденичарова, г. София, Республика Болгария

В статье представлена роль социально-психологического подхода к пациенту в медицинской практике. Социально-психологические модели позволяют учитывать многие социальные и психологические факторы, влияющие на пациента, что направляет разработку более комплексных вмешательств.

Ключевые слова: медицинская практика, пациент, социально-психологический подход, пациент-ориентированный подход.

Georgiev N.R., Balkanska P.A.

SOCIO-PSYCHOLOGICAL APPROACH TO THE PATIENT IN MEDICAL PRACTICE

Medical University - Sofia, Faculty of Public Health "Prof. Tsekomir Vodenicharov, MD, DSc", Sofia, Bulgaria

Bio-socio-psychological approach to patient in medical practice emphasizes the environmental contexts of behavior, while incorporating social and psychological influences. Socio-ecological models lead to the explicit consideration of multiple levels of influence to the patient, thereby guiding the development of more comprehensive interventions.

Key words: medical practice, patient, socio-psychological approach, patient-centered approach.

Одним из требований современной медицинской практики является включение системного социально-экологического подхода к пациенту. Такой подход отличается от традиционного и оставшегося в прошлом биомедицинского подхода, который рассматривает здоровье как отсутствие болезни [1].

Еще Гиппократ утверждал, что человек должен рассматриваться во всех его аспектах, с учетом среды, в которой он живет и работает.

Более 150 лет назад великий врач Рудольф Вихров сделал знаменитое сообщение для врачей будущего: «Если медицина действительно хочет выполнить свою великую задачу, она должна вмешиваться в общественную жизнь.».

Спустя сто лет Всемирная организация здравоохранения подтвердила био-психо-социальный подход к здоровью и определила его как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Таким образом, эта модель преодолевает различия между индивидуальным и общественным здоровьем.

Целостный принцип в медицинской практике, который является неотъемлемой частью социально-психологического подхода, ориентирован на личность пациента и воспринимает пациента всесторонне и в деталях, следуя принципу не вредить пациенту – «Primum non nocere" [3].

Концепция для осуществления систематического социально-психологического подхода к пациенту в медицинской практике

Сложная природа здоровья человека требует, чтобы построение научной картины здоровья и болезни было основано на интегративном взаимодействии биологических, психологических и социальных аспектов знания [2].

В последние годы усилилось влияние теории динамических систем на метод, благодаря которому медицинские и вспомогательные профессии воспринимают пациента. Основная идея заключается в том, что на пациента смотрят во взаимодействии с окружающей его средой и с остальными людьми. На основе достаточной и надежной информации анализируется психосоциальная этиология и патогенез заболевания или другие проблемы со здоровьем, а также риск развития некоторых нарушений здоровья.

Медико-социально-психологический подход основан на анализе и обосновании биологической и психосоциальной этиологии и патогенеза любого нарушения здоровья, с учетом личности и последующего определения медицинских и психосоциальных вмешательств для конкретного пациента. Он включает в себя:

оценку биологических факторов (медицинское обследование);

оценку индивидуальных психологических факторов (психологическое обследование);

оценку семейных и социальных факторов (социальная экспертиза). Основными источниками сбора данных являются: пациент; близкие (семья, друзья, общественные группы); документы, связанные с пациентом.

Для эффективного лечебного процесса нужно, чтобы он охватывал все аспекты существования пациента. С этой точки зрения, это означает понять взаимосвязь между симптомами и всем, что может вызвать нарушение равновесия организма:

первичные данные организма (наследственность, врожденная и приобретенная предрасположенность к болезням и т.д.);

условия, в которых находится человек - климат, рабочая среда, социальное и семейное окружение, экологическая среда;

события в жизни, стрессовые ситуации;

уровень мышления, степень информированности и понимания проблем и мн. др.

На основании всех данных разрабатывается план медицинских и социальных мероприятий, в том числе комплекс мер для решения медицинских, психологических и социальных проблем, а также удовлетворения выявленных медицинских и социальных потребностей, связанных со здоровьем пациента. План разрабатывается совместно врачом и пациентом на основе информированного согласия.

После определения связей социального субъекта с социальной системой можно понять его поведение и, следовательно, принять меры по социальной адаптации. Взаимодействие между индивидом и связанными с ним системно-структурными элементами можно охарактеризовать как положительное или отрицательное, травмирующее или стимулирующее и т.д. Отрицательные, негативные взаимодействия могут вызвать сбои в работе психического функционирования человека.

Психология является неотъемлемой частью системного социально-экологического подхода к пациенту. Она обеспечивает возможность связать физические страдания с их причинами, находящимися в ментальное поле, и тем самым обеспечивает многопластовое рассмотрение симптомов. Каждое эмоциональное состояние отражается на физическом состоянии организма. Подавленные и нерешенные эмоциональные проблемы проявляются в форме защитных механизмов компенсации, проблем психического здоровья, физических симптомах, и в конечном счете - в виде отсутствия здоровья - в форме заболевания [1, 3].

Медицинская помощь кроме профессиональной компетентности включает в себя и личную помощь людям, выраженная через внимание, сопереживание, эмоциональное тепло, уважение и психосоциальную поддержку.

Для того, чтобы преодолеть образовательный дефицит и необходимость повышения профессиональной компетентности медицинских специалистов в области личностно-центрированной помощи для пациентов, значительные возможности предлагают процессы неформального и эпизодичного обучения на рабочем месте и сочетание их с формальным образованием [4, 5]. В этом отношении мы начали «обучение на рабочем месте» в медицинских и медико-социальных учреждениях на территории Болгарии. Методы, которые были использованы: документальный метод; обсуждение и представление

образовательных возможностей для включения в интерактивную деятельность и экспериментальное обучение; социологический метод - анонимная, индивидуальная косвенная анкета среди медицинских работников, участвующих в семинарах.

Обучение и дискуссии по актуальным вопросам здравоохранения, связанных со спецификой рабочего места, имеет ряд преимуществ, таких как обсуждение конкретных вопросов и тематические исследования, связанные с оказанием помощи на местном уровне; отражение и обмен опытом; экономия времени и денег специалистов в области здравоохранения. Стремление медицинских работников к повышению их профессиональной подготовки и участию в формах непрерывного образования понятно, если применять подходящие методы к их стимуляции, как это практикуется во многих других странах.

Программа построена на цикле экспериментального обучения и включает в себя мероприятия, основанные на конкретном опыте, рафлексии, связи теории с возможностью для экспериментов на практике. С одной стороны, используя широкий спектр методов, планируются учебные тренинги, формирующие элементы изученных навыков, таких как самооценка, определение приоритетов, делегирование, способы коммуникации и выражения сочувствия, постановка целей, предоставление и получение обратной связи и т.д.

Важным элементом в этом являются практические задачи, в которых участникам предлагается применить то, чему они научились в плане конкретных примеров их работы. Таким образом, программа опирается на четкие вехи для необходимых навыков медицинских работников, исходя из оценки в отношении моделей надлежащей практики.

Заключение

Медицинская наука и практика свидетельствуют, что различия в течении болезни бесконечны и всегда отмечены индивидуальной историей физического и личностного развития пациента. Они связаны с его взглядами и моделями по отношению к лечению заболевания и формы стратегии для борьбы с ним. Поэтому, как отмечал Гиппократ, нужно обращать особое внимание на различия между людьми, уникальный образ их жизни и потребности каждого из них, а также конкретные проявления болезни у каждого человека.

Применение системного социально-психологического подхода в медицинской практике дает возможность не только определить те психосоциальные факторы, которые оказывают или могут иметь причинно-следственную связь с возникновением данного состояния здоровья, но и

определить конкретные механизмы, посредством которых открытые психосоциальные факторы оказывают влияние на состояние здоровья конкретного человека.

Список литературы

1. Балканска, П., Приложна психология в медицинската практика, София, Булвест, 2000, 2009.
2. Кейсмънт, П., Да се учим от пациента, София, Лик, 1999.
3. Шулман, Л., Изкуството да се помага на индивиди, семейства, групи. Фондация. „Невронауки и поведение“, 1994.
4. Georgiev, N., P. Balkanska, Approaches to improve emotional intelligence in the training of healthcare specialists, Folia Medica, June 2019, vol.61, ISSN 0204-8043, ISSN 1314-2143.
5. Georgiev, N., Empathic professional care for dying patients, In: International Journal Knowledge, Scientific Papers, Vol. 34.4 Medical Sciences and Health, September 2019, ISSN 2545 – 4439, ISSN 1857 – 923X, p.1127-1132.

УДК 1.612.821+33.338.5
ББК 51.1(2)+65.05

Егорова Л.В., Халтурин Р.А., Молчанов К.А.

ОЦЕНКА ЗАТРАТ НА ОРГАНИЗАЦИЮ ФИЗИЧЕСКИХ КОРРЕКЦИОННЫХ ТРЕНИНГОВ ДЛЯ ЛИЦ С ВОЗРАСТНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

В статье представлены результаты исследования, посвященного экономической оценке эффективности коррекционных тренингов, вызывающих в головном мозге структурные и функциональные изменения и активизирующие интеллектуальную деятельность.

Ключевые слова: психологическая помощь, коррекция когнитивных процессов, экономическая эффективность, оценка экономических затрат, индивидуальные программы тренингов.

Egorova L.V., Khalturin R.A., Molchanov K.A.

ESTIMATION OF EXPENSES FOR THE ORGANIZATION OF PHYSICAL PERSONS CORRECTIONAL TRAININGS FOR PEOPLE WITH AGE-RELATED DISABILITIES IMPAIRED COGNITIVE PROCESSES

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

The article presents the results of a study devoted to the economic assessment of the effectiveness of medical and social trainings that cause structural and functional changes in the brain and stimulate intellectual activity.

Keywords: psychological assistance, correction of cognitive processes, economic efficiency, assessment of economic costs, individual training programs.

Стремительная цифровизация практически всех сторон жизни каждого человека с невероятной скоростью изменяет всем нам привычные алгоритмы трудовой и личной жизни. Такие резкие изменения представляют собой психологическую нагрузку, с которой может справиться далеко не каждый человек. Не удивительно, что в последнее время растет число людей, которым требуется психологическая помощь. Эта опасная тенденция становится серьёзной проблемой постиндустриального общества.

Широко известно о положительном влиянии физической активности на физические возможности и интеллектуальную работоспособность. В результате систематических тренировок улучшается постуральный контроль (регуляция положения тела в пространстве), повышается выносливость и качество жизни, снижается вероятность развития деменции [8]. Активный образ жизни замедляет возрастные изменения когнитивных процессов на 2-10 лет [3].

Положительное влияние оказывают тренировки кардио-респираторной системы. Предполагается, что, благодаря им, у тренированных пожилых людей, показатели продуктивности интеллектуальной деятельности сопоставимы с продуктивностью молодых людей [6]. Более того, показатели состояния кардио-респираторной системы можно рассматривать в качестве индикатора когнитивных возможностей рабочей памяти, скорости обработки информации, внимания и других когнитивных процессов [2]. Посильная физическая нагрузка и специальные упражнения препятствуют развитию возрастных соматических и психических нарушений [3]. Остается нерешенным вопрос: наибольшее влияние оказывает общая физическая

активность или избирательная тренировка определенных функциональных систем организма.

Ряд авторов считает, что причиной возрастных структурных изменений в головном мозге, характерных для позднего онтогенеза, являются локальные изменения обмена веществ. В этот период жизни человека отмечаются: локальное снижение метаболизма глюкозы, насыщение головного мозга кислородом из-за замедления кровотока в сосудах. В крайних случаях это приводит к атрофии тканей [4]. Для достижения значимого улучшения интеллектуальной активности людей старше 50 лет, необходима систематическая физическая нагрузка не менее одного раза в неделю [1]. Хорошие результаты достигаются при систематической тренировке кардио-респираторной системы. Сравнительный анализ эффективности четырехмесячных программ тренировок, включающих только силовые, гимнастические упражнения, или аэробику, показал, что наиболее эффективной является аэробика [7].

Систематичность проведения тренировок - непременное условие достижения положительного результата. Восстановление интеллектуальной работоспособности, предположительно, связано с тем, что физические упражнения способствуют повышению интегративных процессов в структурах головного мозга, участвующих в когнитивной деятельности [9]. Люди, ведущие активный образ жизни (физически активные не менее пяти часов в неделю), в старости имеют более высокие показатели в испытаниях памяти, скорости и качестве обработки информации [5]. В возрасте старше 65 лет, при систематических физических нагрузках не менее трех раз в неделю, на 32% ниже оказывается риск интеллектуальных нарушений по типу деменции [8].

В литературе много внимания уделяется оценке экономического ущерба, который несет общество в связи с заболеваемостью населения, а также снижения способности населения трудиться в полной мере из-за естественных процессов старения, но очень мало работ, посвященных оценке экономии средств от восстановления состояния здоровья человека. Широко известно, что общие экономические потери (экономический ущерб) делятся на:

1) *прямые* – затраты на медицинскую помощь, санитарно-эпидемиологические мероприятия, подготовку медицинских кадров высшего и среднего звена, научные исследования, выплату пособий по социальному страхованию при временной нетрудоспособности или пенсий при наступлении инвалидности;

2) *непрямые (косвенные)* – потери в обществе на макро- и микроуровнях, возникающие в результате заболеваемости трудоспособного гражданина или ранней его смертности: снижение производительности труда, вследствие чего

снижение объемов производства продукции у хозяйствующих субъектов, в связи с этим недополученная ими прибыль, а значит и меньшие суммы налога перечисленные в бюджет государства [13].

Однако, необходимо отметить, что в современной реабилитологии имеются эффективные способы сдерживания развития возрастных изменений в головном мозге и восстановления интеллектуальной работоспособности. К ним относятся комплексы физических упражнений для тренировки кардио-респираторной системы, позволяющие восстанавливать интеллектуальную работоспособность и, тем самым, снижать экономические потери по причине временной или стойкой потери трудоспособности или смерти человека трудоспособного возраста.

В своем исследовании, авторы ориентировались на дефиницию экономической эффективности, как свойства системы получать продукт труда с заданным качеством при определенных условиях с учётом всех факторов, как прямых, так и опосредованных, влияющих на результат трудовой деятельности [12]. Иначе говоря, в широком смысле данной дефиниции - эффективность представляет собой комплексную характеристику первичных и вторичных следствий функционирования системы, включая оценку полученных результатов в сравнении с целей деятельности. Из этого определения можно сделать вывод о том, что, оценить эффективность системы – значит дать интегральную характеристику всех прямых и опосредованных факторов, влияющих на достижение поставленного результата деятельности субъекта.

Когда оценивается эффективность системы, то логично произвести декомпозицию широко смыслового понятия на взаимосвязанные узко смысловые, а именно выделив: внешнюю и внутреннюю эффективности; экономическую и социальную эффективности, а также эффективность управления [15]. Для оценки системного эффекта деятельности, в зависимости от задач исследования, согласно принципам системного анализа, следует использовать ряд критериев, каждый из которых соответствует определённому узкосмысловому понятию «эффективность». Например, можно использовать такие градации эффективности:

1) *прагматическая* – применяется для оценки уровня достижения цели, поставленной перед системой. Предположим, необходимо оценить уровень действенности лекарственных средств на пациента или методики лечения;

2) *специфическая* (медицинская) – при ее оценке за основу берется эффект, который получен благодаря достижению цели всей системой, т.е. происходит оценка по совокупному эффекту лечения пациента - клиническая эффективность;

3) *специфически-экономическая* (медико-экономическая) – в данном случае в расчет берется не только достигаемый системой эффект, но и материальные затраты, необходимые для его достижения (затраты по лечению в целом, включая препараты, обследование, диагностирование). Примером может служить стоимость 1 койко-дня;

4) *социально-экономическая* – позволяет учесть социальную значимость (духовное обогащение человека, получаемое им в результате достижения цели) от восстановления пациента в совокупности с клиническими и материальными затратами на это восстановление. [13].

Есть и другое определение последнего термина (п.4), который ближе авторам исследования и на который они опираются в своей работе. *Социальная эффективность* – это степень достижения социального результатов соотношении с затраченными на это ресурсами. В отношении конкретного больного – это затраты на возвращение его к труду и активной обществе. В масштабе отрасли – это увеличение продолжительности жизни населения, снижение уровня показателей смертности, инвалидизации [15].

Опираясь на известные методики и подходы, авторы предприняли попытку сформулировать свое определение специфически-экономической эффективности восстановления личности как – *соотношение потенциально возможных экономико-социальных выгод от восстановления личности до когнитивного уровня, наблюдаемого у нее до наступления заболевания (или максимально приближенного к этому уровню) к необходимым и достаточным затратам на это восстановление* [14]*:*

Экономическая эффективность (рентабельность проекта) = результат от продления срока активной жизнедеятельности субъекта / затраты на проект

Начнем с расходной части проекта восстановления высших психических функций (знаменатель формулы), поскольку он наиболее предсказуем и его определить достаточно просто. Факторы, влияющие на формирование затрат, можно разделить на две группы: единовременные и постоянные (табл.1).

Необходимо отметить, что затраты, приведенные в табл.1 для оценки кумулятивного эффекта необходимо дополнительно скорректировать на количество точек (N), в которых будет реализовываться проект в рамках одного муниципального образования. Также необходимо учесть какое количество людей может за год пройти реабилитацию в том или ином спортивном зале. Эту проходимость можно определить по Примерам расчета и нормам единовременной пропускной способности некоторых типов спортивных сооружений, утверждённым приказом Росстата от 23.10.2014 № 626 "Об утверждении статистического инструментария для организации Минспортом

России федерального статистического наблюдения за деятельностью учреждений по физической культуре и спорту" [10].

Таблица 1

Потенциально возможные прямые затраты на коррекционную программу восстановления возрастных нарушений когнитивных процессов

Наименование мероприятия /вид затрат	Единовременные затраты	Постоянные ежемесячные затраты	Общая сумма затрат
Затраты по приобретению или аренде (лизингу) помещения	X1		X1
Затраты по приобретению или лизингу спортивно- оздоровительного оборудования	X2		X2
Заработная плата тренера и медицинского работника, психолога, а также отчисления во внебюджетные фонды от нее		X3	X3
Заработная плата АУП и вспомогательного персонала, а также отчисления во внебюджетные фонды от нее		X4	X4
Коммунальные платежи		X5	X5
Налоги		X6	X6
Организационные затраты (консультационно-информационное сопровождение, юридические услуги и пр.)	X7		X7
Амортизация здания, оборудования, если основные средства в собственности / лизинговые или арендные платежи в случае отсутствия собственных основных средств		X_8	X_8
Итого в год	$\sum (x_1+x_2+x_7)$	$\sum (x_3+x_4+x_5+x_6+x_8)*12$	$\sum (x_1+x_2+x_7)+ [(x_3+x_4+x_5+x_6+x_8)*12]$

Очевидно, что для расчета эффективности внедрения проекта предварительно следует привести к сопоставимому виду результат от продления срока активной жизнедеятельности субъекта и затраты на проект, выразив их в тысячах рублей на 1000 жителей (как рекомендовано Минздравом РФ при установлении различных нормативов в системе здравоохранения) [13]. Непрямые (косвенные) потери предлагаем учесть в следующем составе (табл. 2).

Тогда знаменатель примет вид:

$$\underline{\sum(X_1+X_2+X_7)+ [(X_3+X_4+X_5+X_6+X_8)*12]*N+\sum(Y_1n_1+Y_2n_2+Y_3n_3) *1000}$$

Составление числителя формулы представляет наибольшее затруднение, и авторы понимают спорность и приближенность собственной его трактовки. Однако, многие экономические расчеты (в анализе, статистике, управленческом учете) базируются на некоторой условности и определённой доли допущений.

Таблица 2

Потенциально возможные непрямые затраты на коррекционную программу восстановления возрастных нарушений когнитивных процессов

Вид затрат	В мес.	За весь период снижения активности (n-кол-во месяцев осуществления затрат соответствующего вида)
Объем новопроизведённой продукции, выполненных работ, оказанных услуг (без учета НДС),	Y_1	Y_1n_1
Объем недополученного НДС (ставки 10 и 20%) от объема	Y_1*0.2 +Y_1*0,1	(Y1 *0.2 +Y_1*0.1)* n_1
Объем недополученной прибыли	Не определим ввиду различных систем налогообложения, применяемых хозяйствующими субъектами, в которых трудятся граждане. Присутствует как гипотетический показатель	
Размер пособия по временной нетрудоспособности	Y_2	Y_2n_2
Размер выплаты по возмещению процента трудоутраты в связи с заболеванием (инвалидностью)	Y_3	Y_3n_3
Итого		$\sum Y1n1+Y2n_2+Y_3n_3$

По мнению авторов, результаты от продления срока активной жизнедеятельности субъекта отчасти можно представить, как полную противоположность косвенным затратам, и они достаточно легко просчитываются.

Важно то, что восстановление человека в рабочем состоянии носит мультипликативный эффект: он начинает полноценно трудиться - производит определенный объем материальных (нематериальных для людей интеллектуального труда) благ – происходит уплата в бюджет налога на добавленную стоимость и прибыли от реализации этих работ (услуг) - идет пополнение страховых фондов за счет отчислений работодателя от его фонда заработной платы –экономятся средства фонда социального страхования на выплатах пособия по временной нетрудоспособности (инвалидности). Приведенные показатели можно для наглядности объединить в табл.3. Следовательно (исходя из данных табл. 3), числитель имеет вид:

$$\sum[V_1 * n_1 +(V_1 *0,2 +V_1 *0,1)*n_1+ V_2 * n_2 + V_3 * n_3 + V_4 * n_4]*1000$$

Соединив обе части формулы и преобразуя их, получим:

$$\mathbf{R=}\ \frac{\sum[V_{1,2,3,4}n_{1,2,3,4} +(0,2\ V_1+0,1V_1)*n_1]}{N}$$

$$\sum(X_{1,2,7}+ 12X_{3,4,5,6,8})+\sum(Y_{1,2,3}*n_{1,2,3})$$

Таблица 3

Потенциальные результаты от коррекционной программы восстановления возрастных нарушений когнитивных процессов (в расчете на 1000 жителей)

	В год на 1 человека	За весь потенциально возможный период работы после выздоровления (n-кол-во лет возможных поступлений соответствующего вида)
Объем произведённой продукции, оказанных услуг, выполненных работ (без НДС) после реабилитации	V_1	$V_1 * n_1$
НДС от объема (стр.1)	$V_1 *0,2 + V_1 *0,1$	$(V_1 *0,2 + V_1 *0,1)*n_1$
Прибыль	Не определим ввиду различных систем налогообложения, применяемых хозяйствующими субъектами, в которых трудятся граждане. Присутствует как гипотетический показатель	
Внебюджетные фонды (сумма страховых взносов, возможных к поступлению в бюджет в размере 30% от ФОТ работника)	V_2	$V_2 * n_2$
Экономия от выплат по больничным листам	V_3	$V_3 * n_3$
Экономия от уменьшения выплат при снижении группы инвалидности*	V_4	$V_4 * n_4$
Итого		$\sum[V_1 * n_1 + (V_1 *0,2 + V_1 *0,1)*n_1 + V_2 * n_2 + V_3 * n_3 + V_4 * n_4]*1000$

Если говорить о нормативном значении этого расчетного показателя, то чем дальше он будет отстоять от единицы, тем выше результативность расходов на коррекционную программу. Значение показателя до единицы свидетельствует о низкой эффективности программы (проекта) и необходимо пересмотреть либо затраты в сторону снижения, либо тщательнее проанализировать потенциально возможные экономические выгоды от восстановления.

При определении необходимых и достаточных затрат следует также учитывать принцип Парето – способ, позволяющий оценить, насколько эффективна та или иная деятельность. Он гласит, что 20% начальных усилий, затрачиваемых на достижение результата, приносят 80% результата, а от 80% последующих усилий можно ожидать всего 20% результата. Применяя этот закон, можно определить оптимальное соотношение необходимых ресурсов на проведение коррекционных мероприятий и ожидаемый от них результат, максимально снизив затраты на организацию коррекционного тренинга. Если проанализировать разные сферы жизни, то можно обнаружить закон Парето буквально везде – в экономике, в торговле, в социологии, политике, медицине и других областях [11].

Следовательно, при определении продолжительности и экономической эффективности восстановительных программ, необходимо учесть не только суммы затрат, рассчитанных по формуле, приведенной выше, но и сроки реабилитационной программы, индивидуальные для каждого участника программы. По принципу Парето только первые 20% продолжительности коррекционной программы и затрат на нее (с поправкой на ее индивидуальную вариативность) будут обладать как максимальным восстановительным эффектом, так и специфически-экономической целесообразностью. Учитывая вышесказанное можно организовывать индивидуальные программы восстановления когнитивных процессов, сочетая оба критерия: целесообразной продолжительности и программы тренингов, так и их экономической обоснованности.

Таким образом, авторы предприняли попытку разработать методику социально-экономической эффективности коррекционных программ развития (восстановления) когнитивных процессов при помощи определения показателей затрат на их проведение.

Список литературы

1.Aichberger M.C. Busch M.A., Reischies F.M., Strohle A., Heinz A., Rapp M.A. Effect of physical inactivity on cognitive performance after 2,5 years of follow – up: longitudinal results from the survey of health, aging, and retirement (SHARE). GeroPsych, vol.23, no.1, pp.7-15, 2010.

2.Barens D.E., Yaffe K., Satariano W.A., Tager I.B. A longitudional study of cardiorespiratory fitness and cognitive function in healthy older adults. In Journal of the American Geriatrics Society, vol.51, no.4, pp.459-465, 2003.

3. Behrer L., Erickson K.I., Lui-Ambrose T. A review of the effects of physical activity and exercise on cognitive and brain functions in older adults. In Journal of aging research, 2013.

4.Black J.F., Isaacs K.R., Anderson B.J., Alcantara A.A., Greenough T. Learning courses synaptogenesis whereas motor activity causes angiogenesis, in cerebellar cortex of adult rats. In Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, vol. 87, no.14, pp.5568-5572, 1990.

5.Chang M., Jonson P.V., Snaedal I. et al. The effect of midlife physical activity on cognitive function among older adults: AGES – Reykjavik study. In Journal of gerontology A, vol.65, no.12, pp. 1369-1374, 2010.

6.Colcombe S.J., Aerobic exercise training increases brain volume in aging humans. In The Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences. 2006, 61(11): 1166-1170.

7.Dustman R.E., Ruhling R.O., Russel E.M. et al. Aerobic exercise training and improved neuropsychological function of older individuals. Neurobiology of Aging, vol.5, no.1, pp. 35-42, 1984.
8.Larson E.B., Wang L., Bowen D.J. et al. Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. In Annals of Internal Medicine, vol.144, no.2, pp.73-81, 2006.
9. Spirduso W., Francis K., MacRae P., Physical Dimensions of Aging, In Human Kinetics. Champaign, Ill, USA, 2nd edition, 2005.
10.Приказ Росстата от 23.10.2014 № 626 "Об утверждении статистического инструментария для организации Минспортом России федерального статистического наблюдения за деятельностью учреждений по физической культуре и спорту" http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW170353/ bedc1b0763f37af666568 afb679fd6a7193d5029/
11. Закон Парето – принцип эффективности https://newgoal.ru/zakon-pareto-princip-effektivnosti/
12.Ильясова А.Р. Основы экономики здравоохранения: учебное пособие / А.Р. Ильясова. – Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2019. – 86 с.
13. Ивойлов В.М., Царик Г.Н., Богомолова Н.Д., Штернис Т.А., Цитко Е.А., Полянская И.А., Алешина А.А., Скубач Е.А. Планирование здравоохранения // Учебное пособие. – Кемерово: КемГМА, ИнСЭПЗ. – 2014. – 98 с.
14.Молчанов А.С., Егорова Л.В., Молчанов К.А. Создание и экономическая оценка программ физических упражнений, восстанавливающих когнитивные процессы. Статья вторая. Экономическая эффективность организации физических тренингов для коррекции когнитивных процессов // Высшее образование. – 2020. – № 12. – С.2-7.
15.Экономические методы управления в здравоохранении / В.В. Уйба, В.М. Чернышев, О.В. Пушкарев, О.В. Стрельченко, А.И. Клевасов – Новосибирск – ООО «Альфа-Ресурс» 2012. – 314 с.

УДК 316
ББК 60.561.7

Королев М. А., Мартыненко А.В.

МНЕНИЕ ЭКСПЕРТОВ О ПУТЯХ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ОРГАНИЗАЦИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

В статье представлены результаты социологического исследования, направленного на выявление экспертного мнения о путях совершенствования медико-социальной помощи в сфере социальной защиты населения.

Делается вывод о возможности и целесообразности создания в организациях социального обслуживания населения отдельных подразделений медико-социальной службы, предоставляющих социально-медицинские услуги социальными работниками.

Ключевые слова: социальная работа, медико-социальная помощь, социально-медицинские услуги.

Korolev M.A., Martynenko A.V.

EXPERT OPINION ON WAYS TO IMPROVE MEDICAL AND SOCIAL ASSISTANCE TO THE POPULATION

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

The article presents the results of a sociological study aimed at identifying expert opinion on ways to improve medical and social assistance in social welfare organizations.

Based on the results of the analysis of the experts' opinion, it is concluded that it is possible and advisable to create separate subdivisions of the medical and social service in the institutions of social protection of the population, providing social and medical services by social workers.

Key words: social work, medical and social assistance, medical and social services.

Формирование института медико-социальной работы в России, «нацеленного на решение социальных проблем, определяющих уровень здоровья населения, а также на повышение эффективности систем здравоохранения и доступности медико-социальной помощи» [1, с.33] тесно связано с развитием отдельных составляющих медико-социальной помощи населению, предоставлением социально-медицинских услуг гражданам а

также совершенствованием организационной структуры.

Количество лиц, нуждающихся в медико-социальной помощи, постоянно увеличивается. Это дети-сироты, лица, не имеющие собственного жилья, малообеспеченные, инвалиды, люди пожилого и старческого возраста. Всё большее значение приобретают формы организации этого направления работы, а также пути её совершенствования у различных категорий пациентов [3].

Доля лиц старшего трудоспособного возраста возрастает во всём мире, а вместе с этим числом повышается и количество инвалидов, пациентов с хроническими заболеваниями, людей, нуждающихся в постоянном медицинском сопровождении [4].

Процесс организации медико-социальной помощи населению зачастую сопряжен с трудностями, которые не всегда успешно преодолеваются, вызывая справедливые нарекания. В 1990-е годы камнем преткновения создания эффективной системы медико-социальной службы в нашей стране считалось недостаточное финансирование данной сферы. В настоящее время в числе основных проблем называют низкий уровень взаимодействия специалистов социального и медицинского профиля. По словам Т. В. Васильевой, «тормозом на пути реализации различных прогрессивных программ и проектов в сфере охраны здоровья граждан зачастую выступает ведомственная разобщенность» [1, с.136].

Особую актуальность эти вопросы приобрели в период пандемии COVID-19. Эпидемия вируса SARS-CoV-2 затронула всю систему социального обслуживания населения, начиная с домов престарелых, и заканчивая лицами, которые получают уход по месту жительства.

В этой связи актуализируются научно-теоретические разработки и эмпирические исследования, касающиеся сферы предоставления социально-медицинских услуг и оказания медико-социальной помощи населению.

При рассмотрении данного вопроса особое значение имеет мнение руководителей организаций социального обслуживания населения. Нами проведен анализ их мнения о путях совершенствования медико-социальной помощи в организациях социального обслуживания населения.

В социологическом опросе, проведенном в г. Москва, приняли участие 7 экспертов, среди которых – заведующий отделением межрайонного отделения социальной реабилитации, руководитель медико-социальной группы лечебно-реабилитационного научного центра, заместитель директора по социальным вопросам психоневрологического интерната, заместитель директора по медицинской части психоневрологического интерната, исполняющий обязанности главного врача психоневрологического

диспансера, заведующий отделением территориального центра социального обслуживания населения, директор центра социального обслуживания населения. Возраст большинства из них – от 40 до 50 лет, стаж работы по специальности – более 15 лет, в занимаемой должности – от 3 до 10 и более лет.

В ходе анализа результатов опроса было установлено, что чаще всего организации, в которых работают эксперты, предоставляют (или могут предоставлять) следующие социально-медицинские услуги:

– запись к врачам-специалистам для оказания медицинской помощи, в том числе в целях прохождения диспансеризации;

– содействие в прохождении освидетельствования в учреждениях медико-социальной экспертизы, сбор документов, необходимых для комплексной оценки состояния здоровья получателя социальных услуг; помощь в получении документов, подтверждающих инвалидность;

– наблюдение за состоянием здоровья получателя социальных услуг;

– проведение и содействие в проведении реабилитационных мероприятий (медицинских, социальных, психологических), в том числе для инвалидов, на основании индивидуальных программ реабилитации.

Чаще всего эти услуги оказывают медицинские сестры, а также врачи, психологи и социальные работники. При этом социальные работники, в основном, содействуют в получении медицинской помощи и оказывают психологическую поддержку нуждающимся в ней получателям социальных услуг, обращающихся в данные социальные учреждения.

Назывались также такие функции социальных работников, как приобретение продуктов питания и товаров мелкого обихода; осуществление прогулок с проживающими; оформление документации, необходимой для осуществления стационарного социального обслуживания; оформление отчетно-учетной документации; участие в работе комиссии по опеке и попечительству, составление протоколов данной комиссии; осуществление выездов по адресам квартир, где за проживающими сохранено право собственности и пользования; взаимодействие с родственниками получателей социальных услуг.

В Центре социального обслуживания населения, кроме того, социальный работник выполняет функцию социального инспектора (типизатора) после прохождения специального курса обучения, выходит на дом к потенциальному получателю социальных услуг с целью заполнения карты типизации по выявлению основных функциональных дефицитов человека и определению для него конкретного набора социальных услуг

согласно приказу ДТСЗН г. Москвы от 31 декабря 2019 г. № 459.

Абсолютно все опрошенные эксперты уверены в возможности выполнения отдельных видов медико-социальной помощи социальным работником медико-социального профиля при наличии соответствующей квалификации. По мнению большинства экспертов, для этого они должны обладать, в первую очередь, компетенциями в профилактической деятельности, а именно:

– уметь обучать пациента и его окружение сохранять и поддерживать максимально возможный уровень здоровья;

– уметь организовывать и проводить патронажную деятельность на закрепленном участке;

– знать методику санитарно-гигиенического просвещения.

В диагностической деятельности социальные работники должны, по мнению экспертов, знать организацию правильного ухода за пациентами, а также работу с несложной лечебно-диагностической аппаратурой. Что касается медико-социальной деятельности, то эксперты отметили в качестве необходимой компетенции наличие у социальных работников практического опыта реабилитации пациентов при различных заболеваниях и травмах в разных возрастных группах.

Не значимы, по мнению экспертов, такие компетенции социального работника, участвующего в оказании медико-социальной помощи, как умение проводить экспертизу временной нетрудоспособности, а также знание основных видов физиотерапевтических процедур и возможности их применения в реабилитации.

Анализ экспертных заключений показал, что большинство принявших участие в опросе экспертов уверены, что создание в организации социального обслуживания населения отдельного подразделения медико-социальной службы, предоставляющего социально-медицинские услуги социальными работниками, окажет позитивное влияние на результативность оказания медико-социальной помощи, поскольку оптимизирует работу с получателями социальных услуг, расширит спектр оказания социально-медицинских услуг при условии необходимой квалификации специалистов, которые будут эти услуги оказывать, появится возможность диагностировать заболевания на ранних стадиях и т.д.

Кроме того, как отметил исполняющий обязанности главного врача психоневрологического диспансера, на сегодняшний день приоритетное значение (в силу ограниченного времени по стандартам оказания медицинской помощи) имеет оказание именно медицинской помощи в организациях социального обслуживания. Пациенты психиатрического и наркологического

профиля имеют также комплекс социальных проблем и зачастую не могут обратиться за помощью в специальные учреждения.

Часть экспертов оценили возможность создания отдельного подразделения медико-социальной службы положительно с некоторыми оговорками, отметив, например, следующие: «при наличии соответствующего образования и опыта возможно выполнение отдельных видов медико-социальной помощи социальными работниками, однако, без полноценной замены медицинской сестры», «положительно повлияет, однако необходимо лицензирование такого рода деятельности и соблюдение интересов специалистов». По мнению эксперта, необходимо решение таких вопросов как: будет ли им засчитываться медицинский стаж, какова продолжительность рабочей недели, количество отпускных дней, так как в медицинской организации и организации социального обслуживания в этом вопросе есть много особенностей.

И только один из опрошенных экспертов – заведующий межрайонного отделения социальной реабилитации инвалидов – считает, что при наличии работающего персонала патронажного отделения поликлиники и отделений социального обслуживания создание отдельного подразделения медико-социальной службы, предоставляющего социально-медицинские услуги социальными работниками, нецелесообразно. Как отметил эксперт, «социальную помощь должны оказывать социальные работники, медицинскую – медработники, имеющие медицинское образование».

Таким образом, анализ экспертных мнений о путях совершенствования медико-социальной помощи в организациях социального обслуживания населения, показал, что, в целом, эксперты положительно относятся к созданию в таких организациях подразделений медико-социальной службы, предоставляющих социально-медицинские услуги социальными работниками. По мнению большинства экспертов, наличие у социальных работников соответствующей профессиональной подготовки и опыта практической работы с получателями социально-медицинских услуг, благоприятно скажется на работе организаций и результативности оказания медико-социальной помощи населению.

Список литературы

1. Васильева С.Г. Организационно-педагогические условия формирования компетентности будущих медицинских сестер: дис. … канд. пед. наук. – Якутск, 2005. – 190 с.
2. Ильина Т.Н. Социальные параметры стратегий медико-социальной работы с инвалидами при болезнях системы кровообращения: дис. ... канд. социол. наук. – Волгоград, 2012. – 166 с.

3. Петрова Н.Г., Эпельман Б.В. Актуальность проблемы совершенствования оказания медико-социальной помощи на современном этапе. Ученые записки СПбГМУ им. И.П. Павлова. 2010; 17 (3): 5-8.
4. Пузин С.Н., Мячина О.В., Есауленко И.Э., Зуйкова А.А., Башков А.Н., Шургая М.А. и др. Влияние антропотехногенной нагрузки на медико-социальные аспекты первичной заболеваемости и инвалидности населения. Успехи геронтологии. 2018. 31(4): 569-73.

УДК 614.2
ББК 60.94

Лукьянова И.Е.

К ВОПРОСУ РАЗРАБОТКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА «СПЕЦИАЛИСТ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ» КАК ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ ПРАКТИКИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Государственное образовательное учреждение высшего образования Московской области Московский государственный областной университет, г. Мытищи

В статье рассмотрены вопросы формирования профессиональных стандартов в сфере социального обслуживания и, в частности профессионального стандарта «Специалист по социальной работе в здравоохранении» как основы развития практической медико-социальной деятельности.

Ключевые слова: специальность «социальная работа», профессиональный стандарт, медико-социальная работа.

Lukyanova I.E.

THE DEVELOPMENT OF THE PROFESSIONAL STANDARD "SPECIALIST OF SOCIAL WORK IN HEALTHCARE" AS A BASIS FOR THE DEVELOPMENT OF THE PRACTICE OF MEDICAL AND SOCIAL WORK

Moscow region state university, Mytishchi, Russia

The article deals with the formation of professional standards in the field of social services and, in particular, the standard "Specialist in social work in Healthcare" as a basis for the development of medical and social practice.

Keywords: Specialty social work, professional standard, medical and social work.

Особенности становления социальной работы, как вида профессиональной деятельности в нашей стране, были связанны со стремительной необходимостью трансформации социального обеспечения в социальную защиту в сложные периоды политической, социальной и экономической ситуации, с одной стороны, с другой, активный процесс по формированию новой специальности в высшем образовании, ее направлений, переход на стандарты бакалавриата, который опережал становление профессиональных стандартов, становление самой профессии.

Специальность «социальная работа» включала около 40 специализаций, ведущими из которых были медико-социальная работа, психолого-социальная работа, организация социальной работы и другие. В рамках бакалавриата сохранились медицинские профили, где свое место заняли профили подготовки – «медико-социальная работа с населением» и «социальная работа в системе здравоохранения».

В данный период социальная работа в России проходит очередной этап интенсивной профессионализации. Одним из механизмов государственного регулирования этого процесса является разработка и внедрение профессионального стандарта специалиста по социальной работе.

Стандартизация профессий социальной сферы официально обосновывается необходимостью повышения результативности профессионалов, развития конкурентоспособности экономики, повышения востребованности и эффективности профессионального образования. В настоящее время работники социальной сферы в России подлежат сертификации в соответствии с внедренными профессиональными стандартами, в которых представлена система компетенций, включающих как чисто инструментальные, технические, так и проектные, аналитические знания и умения.

Несмотря на принятие еще в 2013 году профессиональных стандартов социального работника и специалиста по социальной работе, а также их актуализации в 2020 году до сих пор отсутствуют нормы федеральных законов, которые бы устанавливали статус социальной работы и социальных работников.

Федеральный закон от 2 августа 1995 г. № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов», с поправками и дополнениями в главе профессиональная деятельность в сфере социального

обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов имел статью 36 «Права социальных работников». Федеральный закон № 442-ФЗ от 28 декабря 2013 г. «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» в главе 4 права, обязанности и информационная открытость поставщиков социальных услуг говорит об учреждениях и организациях, предоставляющих социальные услуги и, в соответствии с названием самого закона, в самых общих выражениях.

С 1 июля 2016 года работодатели обязаны применять профессиональные стандарты, установленные Трудовым кодексом, федеральными законами или иными нормативно-правовыми актами.

В настоящее время утверждены Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации России и зарегистрированы в Министерстве юстиции Российской Федерации профессиональные стандарты в области социального обслуживания:

03.001 Специалист по социальной работе (приказ от 18 июня 2020 г. № 351н);

03.002 Социальный работник (приказ от 18 июня 2020 г. № 354н);

03.003 Руководитель организации социального обслуживания (приказ от 18 июня 2020 г. N 353н);

03.004 Руководитель учреждения медико-социальной экспертизы (приказ от 05 декабря 2013 г. № 714н);

03.005 Специалист по медико-социальной экспертизе (приказ от 05 декабря 2013 г. № 715н);

03.006 Специалист органа опеки и попечительства в отношении несовершеннолетних (приказ от 18 ноября 2013 № 680н);

03.007 Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере (приказ от 18 ноября 2013 N 681н);

03.008 Психолог в социальной сфере (приказ от 18 ноября 2013 № 682н);

03.009 Специалист по работе с семьей (приказ от 18 ноября 2013 № 683н);

03.010 Тифлосурдопереводчик (приказ от17 октября 2016 г. № 575н);

03.011 Специалист по оказанию государственных услуг в области занятости населения (приказ от 28 ноября 2016 г. № 676н);

03.012 Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья (приказ от 12 апреля 2017 г. № 351н);

03.013 Сиделка (помощник по уходу) (приказ от 30 июля 2018 г. № 507н);

03.014 Няня (работник по присмотру и уходу за детьми) (приказ от 05 декабря 2018 г. N 769н);

03.015 Специалист по работе с молодежью (приказ от 12 февраля 2020 г. № 59н).

Можно проследить последовательное правовое обеспечение профессии в разных сферах и по различным направлениям: помощь детям, лицам с ограничениями жизнедеятельности, семье. Однако, в настоящее время, одно из важных направлений социальной работы, получившее развитие в нашей стране – медико-социальная работа, не представлено профессиональным стандартом, что не может не тормозить, ее дальнейшего становления.

Наиболее активно в нашей стране социальная работа в сфере здравоохранения традиционно развивается в области психиатрии, наркологии, онкологии, геронтологии, паллиативной медицины, планирования семьи.

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 17 января 2005 г. № 84 «О Порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)» врач общей практики оказывая первичную медико-санитарную помощь должен организовать совместно с органами социальной защиты медико-социальную помощь семье для социально незащищенных групп населения: одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным, нуждающимся в уходе.

Уже разработанные и утвержденные профессиональные стандарты отнесены по кодам ОКВЭД, в том числе и, к деятельности по медицинскому уходу с обеспечением проживания (87.10), и к деятельности в области здравоохранения (86). В описании трудовых функций, трудовых действий, необходимых навыков и умений присутствуют медико-социальные компоненты профилактической и патогенетической направленности. Логика уже утвержденных стандартов и практика медико-социальной работы диктуют необходимость концентрации описания трудовых функций и трудовых действий, связанных медико-социальным направлением в одном профессиональном стандарте – «Специалист по социальной работе в здравоохранении».

Разработка профессионального стандарта специалиста по социальной работе в системе здравоохранения даст правовую основу дальнейшего развития медико-социальной деятельности, практики медико-социальной работы предотвратит свертывание, наблюдаемое в некоторых областях уже достигнутых результатов, позволит упорядочить образовательные стандарты, и, самое главное, повысит эффективность деятельности в области восстановления, сохранения и укрепления здоровья населения.

Список литературы

1. Лукьянова И.Е., Королев М.А. Медико-социальное направление подготовки бакалавра социальной работы. Сборник: Социальная сплоченность. Открытое общество. Равные возможности // Материалы Первого Международного форума социальных работников Приволжского федерального округа. Ответственный редактор: Н. Б. Шмелева, 2012. - С. 80-82.
2. Мартыненко А.В. Теория и практика медико-социальной работы: учебное пособие. – М.: Гардарики, 2007. - С. 45.
3. Юнусов Ф.А., Лукьянова И.Е. Совершенствование правовых основ медико-социальной реабилитации больных и инвалидов на уровнях субъектов российской федерации. Сборник: Школа медико-социальной реабилитации: Весенняя сессия. Материалы научно-практической конференции. Под общей редакцией И.Е. Лукьяновой. 2018.- С. 11-19.

УДК 614.2
ББК 60.94+60.95

Сигида Е.А., Лукьянова И.Е.

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ В СТРУКТУРЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Государственное образовательное учреждение высшего образования Московской области Московский государственный областной университет, г. Мытищи

В статье рассматриваются вопросы оказания реабилитационной помощи в структуре медико-социальной работы. Комплексная медико-социальная оценка характера реабилитационной помощи с учетом иерархии взаимоотношений индивидуума в обществе с методологических позиций общественного здоровья и здравоохранения, позволит определить оптимальные пути и механизмы совершенствования работы по управлению реабилитационным процессом. Предлагается концепция многоуровневой реабилитационной помощи в структуре медико-социальной работы, основанная на интегральном дифференцированном подходе.

Ключевые слова: реабилитационная помощь, медико-социальная работа, саногенетические механизмы.

Sigida E.A., Lukyanova I.E.

REHABILITATION ASSISTANCE IN THE STRUCTURE OF HEALTH AND SOCIAL WORK

Moscow region state university, Mytishchi, Russia

The article discusses the issues of providing rehabilitation assistance in the structure of medical and social work. A comprehensive medical and social assessment of the nature of rehabilitation assistance, taking into account the hierarchy of the individual's relationship in society from the methodological positions of public health and healthcare, will determine the optimal ways and mechanisms for improving the work on managing the rehabilitation process. The concept of multilevel rehabilitation assistance in the structure of medical and social work based on an integral differentiated approach is proposed.

Keywords: rehabilitation assistance, medical and social work, sanogenetic mechanisms.

Актуальность рассмотрения проблем, связанных с оказанием реабилитационной помощи, обусловлена многими причинами как противоречивыми характеристиками самой системы, построенной на основе прежней инфраструктуры, так и с сохранением особой парадигмы отношения к лицам с различного рода ограничениями. Создание сети реабилитационных учреждений свидетельствует о заинтересованности государства в развитии реабилитационной помощи. Реабилитационные учреждения, являясь центральным звеном оказания реабилитационной помощи, обеспечивают решение широкого круга вопросов, обозначенных в Федеральных законах и решениях Правительства Российской Федерации.

Задачи разработки инновационных подходов в социальной работе с целью повышения жизненной активности лиц с инвалидностью крайне важные для российского общества, требуют четкого научного определения основополагающих принципов. Демографическая ситуация в стране, связанная со снижением рождаемости, ухудшением здоровья новорожденных и детей, заставляет относиться к национальному здоровью как проблеме безопасности РФ и искать новые стратегические и тактические решения в социальной политике.

Анализ публикаций показывает, что в литературе имеется достаточное количество работ, посвященных проблеме реабилитации инвалидов, включающих медицинские, психологические, социальные и другие аспекты. Вместе с тем до настоящего времени не проведена комплексная медико-социальная оценка характера реабилитационной помощи с учетом иерархии взаимоотношений индивидуума в обществе с методологических позиций общественного здоровья и здравоохранения, позволяющие определить

оптимальные пути и механизмы совершенствования работы по управлению реабилитационным процессом.

Актуальность рассмотрения реабилитации в структуре медико-социальной работы обусловлена тем, что нарушение социального функционирования, потеря коммуникативных связей возможна не только в связи ухудшением или отсутствием здоровья, но при наличии и других, не менее значимых, факторов, часто независящие от самого человека, но приводящих к проблемам его взаимоотношений в обществе. Нарушение здоровья становится своего рода социальным барьером, препятствующим свободному развитию человека в обществе. Социальные барьеры, обусловленные ограничением жизнедеятельности по причине болезней, травм, физических и психических дефектов нарушают гомеостатический потенциал человека, препятствуют реализации жизненных потребностей, снижают активность и участие, адекватное социальное функционирование.

Необходимо расширение возможностей реабилитационной помощи в структуре медико-социальной работы, направленной на восстановление не только функций организма, но, прежде всего способностей к социальному функционированию, всестороннему творческому развитию личности. Выявляется необходимость совместного рассмотрения медицинского и социального аспектов инвалидности учитывая, что формирующуюся социальную политику РФ можно рассматривать в качестве инструмента институциализации инвалидов, выделяя в ней такие признаки, как изменение идеологии людей с инвалидностью, признание инвалидов равными перед остальной частью общества, признание ответственности общества перед инвалидами и др. [2].

Формирование реабилитационных структур на базе медицинских организаций и организаций социального обслуживания населения целесообразно по многим причинам. Это обусловлено, прежде всего, разноплановым характером самих основ здоровья, которые обусловлены как медицинскими, так и социальными проблемами, успешное решение которых возможно совместными усилиями медицинских, психологических, педагогических и социальных работников, организационно объединённых в единую межведомственную систему по охране здоровья.

Вместе с тем, несмотря на определенные успехи, достигнутые в последние десятилетия, российская система реабилитационной помощи имеет достаточно выраженные противоречия. Формирующаяся структура реабилитационной помощи, призванная обеспечить оказание комплексной помощи (охраны здоровья) в тоже время не может преодолеть ведомственный подход в решении задач сохранения и развития здоровья населения в виду

того, что рассматривает вопросы инвалидности и реабилитации с позиции здравоохранения. Реабилитация в основном ограничивается медицинской моделью даже, несмотря на некое терминологическое отступление в сторону социальных аспектов.

Методология социальной деятельности, включающая оказание одновременно услуг медицинской и социальной направленности, нуждается в оптимизации путем создания единых концептуальных подходов к проблеме инвалидности и реабилитации, устранении разноречивости в решении задач интеграции инвалидов в общество, внедрения организационно-функциональных принципов системы информационного обеспечения реабилитационных центров, направленных на охрану, укрепление и сохранения здоровья населения. Достижение единого понимания инвалидности и реабилитации на всех уровнях социальных процессов и институтов оказания медико-социальной помощи, создает условия внедрения прогрессивных технологий реабилитации, управления реабилитационным процессом, разработки концепции многоуровневой реабилитационной помощи.

Концепция многоуровневой реабилитационной помощи в структуре медико-социальной работы основанная на интегральном дифференцированном подходе к рассмотрению причин ограничения жизнедеятельности, позволяет использовать силы и средства реабилитационных центров, в которых организационная структура отвечает потребностям лиц с ограничениями жизнедеятельности и направлена на решение конкретных задач, которые затрудняют социальную интеграцию.

При этом характер помощи не ограничивается рамками, какой-либо модели реабилитации, а направлен на устранение выявленной дисгармонии каждого уровня взаимодействия индивида в обществе с вовлечением самой личности индивидуума. Вертикальный вектор оказываемых услуг стимулирует элементы медицинского, психологического, социального, педагогического, профессионального и других потенциалов с ориентацией на конечный социальный результат реабилитационной помощи – интеграцию индивидуума в обществе.

Расширение медико-социальной работы становится одним из важных направлений развития всех структур социальной защиты для сохранения качества народонаселения. В задачу социального работника входит не определять степень «ущербности», «дефектности» инвалида и стремится оказать ему социальную помощь за выявленную недостаточность трудоспособности, а стимулировать его собственные возможности, Определение инвалидности как биосоциального феномена, наличие

социальной дискриминации инвалида в обществе вследствие дополнительных обстоятельств и условий независящих от него и по этой причине ограничивающих его в возможностях является методологической основой для разработки общей социальной политики. Основной акцент социальной защиты переносится на предоставление гарантированных мер медико-социального характера, способствующих созданию инвалиду равных возможностей жизни в обществе.

Реабилитационная помощь в структуре медико-социальной работы преследует цель восстановления трудоспособности, что будет способствовать и восстановлению утраченных возможностей индивидуума для социального функционирования, возвращения его к нормальной жизни. В связи с этим реабилитационное направление в медико-социальной работе имеет конкретный предмет исследования – саногенетические механизмы в их биосоциальном единстве, и методику исследования – использование специфических социально-функциональных проб для определения степени ограничения жизнедеятельности и степени реабилитационного потенциала.

Развивающееся учение о саногенезе – механизмах выздоровления и поддержания здоровья позволяет рассматривать реабилитацию как последовательный процесс реализации социально-медицинских мероприятий, направленных на саногенетические механизмы саморегуляции организма. Саногенез – это комплекс защитно-приспособительных механизмов, направленный на обеспечение медико-социальной адаптации ко вновь сложившимся условиям существования инвалида.

В реабилитационном процессе чаще используют такие понятия как «воздействие», «программа реабилитации» «проведение мероприятий», которые должны оказать свое влияние на «объект» реабилитации. При таком подходе реабилитируемый остается пассивным участником, абстрактным объектом процесса, в котором сам заинтересован, прежде всего. Более того, предметом реабилитации не выступает самое важное в человеческом существе – его уникальность личности, которая рассматривается в отрыве от самого человека с психолого-социологических позиций как «субъект отношений» или «система социально-значимых черт».

В то же время личность должна рассматриваться, как основополагающие качества природы человека, вбирая в себя и мораль и нравственность, социальную стабильность общества, деловую активность, национальное достоинство, что обеспечивает повышение реабилитационного потенциала и интеллектуально-нравственное здоровье общества.

Реабилитация может достигнуть своей цели, если она обращена к личности и через личность оказывает влияние на все факторы, приводящие к

ограничению жизнедеятельности. В противном случае реабилитация будет представлять набор мероприятий, который необходимо применить для воздействия на организм, или внешнюю среду, но не на человека – личность в конкретной среде обитания.

Субъектами реабилитационного процесса, участвующими в проведении мероприятий реабилитации, становятся органы здравоохранения, образования, социальной защиты, учреждения и предприятия реабилитационной индустрии и системы занятости. И, в частности семья, медико-социальный работник, физиотерапевт, логопед, педиатр, школьный психолог, консультант психолог в социальной работе, ортопед, стоматолог-протезист, медицинские сестры, врачи, педагоги, работники служб по производству нового оборудования и предоставления инвалидных колясок, многочисленные группы поддержки, благотворительные организации и фонды и т.д.

Список литературы

1. Лукьянова И.Е. Реабилитационная помощь лицам с ограничениями жизнедеятельности / И.Е. Лукьянова, В.Г. Суханов; под ред. Е.А. Сигиды. – М.: Наука, 2007. – 240 с.
2. Мартыненко А.В. Теория и практика медико-социальной работы: учебное пособие. – М.: Гардарики, 2007. - С. 45.
3. Сигида Е.А., Лукьянова И.Е. Теория и методология практики медико-социальной работы. – М.; ИНФРА М. - 2013. – 236 с. – (Научная мысль).

Раздел 2. ТЕХНОЛОГИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

УДК 616.89
ББК 88.7

Брюн Е.А., Новаков А.В., Автономов Д.А.

СОЦИАЛЬНАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА В УЧРЕЖДЕНИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ НАРКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ: ТЕХНОЛОГИИ ПРЕОДОЛЕНИЯ АНГЕДОНИИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

В статье показана роль ангедонии в формировании и поддержании синдрома зависимости. Представлены техники, преимущественно из арсенала когнитивно-поведенческой терапии, предназначенные для помощи лицам с синдромом зависимости и ангедонии.

Ключевые слова: ангедония, наркотическая зависимость, когнитивно-поведенческая терапия, психокоррекция, социальная работа.

Bryun E.A., Novakov A.V., Avtonomov D.A.

SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL WORK IN INSTITUTIONS THAT PROVIDE DRUG TREATMENT: TECHNOLOGIES FOR OVERCOMING ANHEDONIA

«Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department of Public Health», Moscow, Russia

The article shows the role of anhedonia in the addiction syndrome formation and maintenance. Presented techniques are mainly from the cognitive behavioral therapy arsenal, designed to help people with addiction and anhedonia syndrome.

Keywords: anhedonia, drug addiction, cognitive behavioral therapy, psychocorrection,

Ангедония и синдром зависимости

Ангедони́я (греч. ἀν – отрицательная приставка и ἡδονή – наслаждение) – снижение или утрата способности получать удовольствие от конвенционально приятной деятельности, например, от хобби, еды, напитков, сексуальной активности, осуществления физических упражнений или социального взаимодействия [5]. Непосредственная, «консумматорная» ангедония – это снижение или отсутствие способности испытывать

удовольствие от выполнения потенциально приятных действий. Упреждающая, «предвосхищающая» ангедония – это снижение или отсутствие способности предвидеть приятные события в будущем.

Система вознаграждения представляет собой совокупность структур мозга, регулирующее и контролирующее поведение посредством наград – приятных ощущений. Употребление наркотиков влияет на системы мозга ответственные за вознаграждение и дает возможность потребителю произвольно и быстро регулировать свои эмоции и более интенсивно пережить чувство удовольствия [5]. Повышение гедонистического ответа, наблюдаемое в начале употребления и в ранней стадии формирования синдрома зависимости, мотивирует людей использовать психоактивные вещества (ПАВ) чаще и/или более продолжительное время.

Влияние ПАВ на системы мозга происходит во многом за счет увеличения концентрации дофамина в пределах прилежащего ядра. Чрезмерное количество высвобождаемого дофамина в ЦНС обусловливает перестройку мозговых цепей таким образом, что стремление продолжать употреблять ПАВ становится доминирующим и устойчивым, а «обычные» удовольствия и награды становятся не столь яркими. В результате человек ощущает, что ему в трезвости «что-то не хватает», и его настроение становится лабильным и дисфоричным (обычно на фоне диффузного снижения интереса к тому, что приносило удовлетворение раньше). Ангедония положительно коррелирует с интенсивностью синдрома отмены и степенью выраженности влечения к ПАВ [4].

Наркотическая зависимость ассоциируется с понижением гедонистических ответов на положительные раздражители. Ангедония возникает и усугубляется не только из-за нейробиологических оснований, но и из-за социальных и психологических проблем индивида. У зависимых пациентов происходит смещение субъективной оценки своего состояния с тем, какое оно было в начале употребления. В целом, выраженные ангедонические симптомы в клинке наркологии, можно рассматривать как препятствие для эффективного лечения, восстановления утраченных функций и ресоциализации [3].

Технологии преодоления ангедонии в рамках социальной и психологической работы на примере социально-психологической службы

В 2018 г. была образована Социально-психологическая служба (СПС), целью работы которой является оказание психологической помощи, социальной поддержки пациентов после прохождения ими лечения и реабилитации в структурных подразделениях МНПЦ наркологии. Мероприятия осуществляются командой специалистов: медицинскими

психологами, специалистами по социальной работе и социальными работниками.

Психологические вмешательства и социальное сопровождение лиц, находящихся в трудной жизненной ситуации из-за злоупотребления ПАВ, представляет собой комплекс мероприятий, направленных как на повышение степени самостоятельного удовлетворения своих потребностей и решения проблем, так и на повышение качества, удовлетворенности жизнью.

Специалист по социальной работе предоставляет информацию, мотивирует на дальнейшую реабилитацию, совместно с психологом ведет психокоррекционные группы, способствует преодолению социальных страхов (обращаться за помощью, взаимодействовать с врачом, посещать группы самопомощи АА и АН и выступать публично и т.д.). Социальный работник содействует в проведении информационно-просветительской работы, организации досуга, трудоустройства, образования. Также социальный работник проводит беседы, направленные на формирование позитивного психологического состояния и поддержание активного образа жизни, осуществляет социальное сопровождение (группы самопомощи, медицинские и социальные учреждения и пр.).

Лица, находящиеся в процессе восстановления особенно чувствительны к проблеме дефицита удовольствия, которое часто выражается в ощущении серости, скуки или внутренней пустоты. В этой связи борьба с негативными аспектами зависимости (аддиктивным влечением и триггерами к употреблению ПАВ) и ее последствиями – важный, но еще недостаточный шаг для полноценной, удовлетворяющей жизни в трезвости. Интерес к социальной жизни, активность, социализация и получение позитивных эмоций без употребления ПАВ видится как одна из лучших долгосрочных стратегий воздержания и профилактики рецидива.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) осуществляемая медицинскими психологами, представляется как наиболее подходящая система помощи как при лечении синдрома зависимости (противорецидивная терапия), так и для восстановления специфических психологических и поведенческих компонентов [1]. Благополучие можно определить как состояние, имеющее как социальные, так и эмоциональные и когнитивные аспекты. Одни стратегии более эффективны для повышения эмоционального благополучия, а другие более эффективны для улучшения когнитивных аспектов благополучия (удовлетворенности жизнью). Многие негативные симптомы у зависимых пациентов в ремиссии поддерживаются рядом дисфункциональных убеждений и стереотипных поведенческих реакций. Эти

шаблоны мышления и действия способствуют сохранению и стагнации симптомов ангедонии у пациентов в трезвости.

Одним из примеров является обесценивание своего положительного опыта и негативные реминисценции такие как, размышляя о причинах позитивного события с акцентом на внешнюю атрибуцию и внешний локус контроля: «Позитивное событие – результат стечения обстоятельств» или «Мне просто повезло» и что «В этом нет моей заслуги». Концентрация внимания на своих прошлых неудачах, обстоятельное обдумывание и оценка вероятности всевозможных опасностей (фиксация на угрозах и на своих беспокойных мыслях), руминативный стиль мышления («мысленная жвачка», вопросы без ответов) усиливает тревогу и отнимает радость. Некоторые пациенты в момент того, как с ними случаются хорошие вещи, говорят себе в своих мыслях: «Да, но все хорошее быстро заканчивается». Некоторые люди воспринимают радость как сигнал о потенциальной опасности. Когнитивная схема в этом случае такая: «Если сейчас все хорошо, то это значит, что скоро все будет очень плохо».

С другой стороны, парадоксально, но «зацикленность» на получении удовольствия также является препятствием для его получения, ибо делает индивида сверхчувствительным к разочарованию. Пациенты, страдающие зависимостью (в ситуации отсутствия наркотиков) зачастую смакуют воспоминания о прошлом употреблении и фантазируют о будущем – подобные тенденции не способствуют восстановлению в трезвости и нуждаются в психокоррекции [2].

Методы, применяемые в рамках реализации КПТ, призваны идентифицировать и противостоять дисфункциональным мыслям и убеждениям, а поведенческие методы, осуществляемые через эксперимент, позволяют стимулировать активность и дают возможность приобрести новый жизненный опыт. Практика работы ангедонией основана на подкреплении положительных эмоциональных переживаний не связанных с употреблением ПАВ. Стимулирование самонаблюдения представляется чрезвычайно важным шагом. Психологи и социальные работники побуждают пациентов задуматься над темой счастья и удовольствия. Например, социальный работник может предложить пациентам спросить самих себя: «А что вообще делает меня более счастливым?» Пациентам следует поразмышлять на тему удовольствия и составить соответствующий список.

Медицинский психолог в рамках КПТ может заниматься просвещением, выявлением дисфункциональных убеждений, внушать надежду и способствовать обретению пациентами нового опыта социальных взаимодействий (поведенческий эксперимент). Осуществляя вмешательство,

он дает пациентам задание записывать в блокнот все негативные мысли, которые приходят им в голову в течение дня. Затем он предлагаем для каждой негативной мысли придумать рациональную и более позитивную альтернативу. Таким образом, специалист учит отмечать появление негативных мыслей, останавливать их своим намерением (обесценивать их) и/или просит заменить «негатив» на более реалистичную когницию.

Психолог обучает пациентов как вести позитивный, уважительный внутренний диалог с самим собой и как самим делать себе комплименты. Например, он может просить составить список из десяти внешних и десяти внутренних качеств, которые им нравятся в себе. Психолог обучает пациента, который сталкивается с негативными мыслями или оценками, как «нейтрализовать» эти негативные когниции комплиментом из списка по принципу: «Да, но…» или «Нет, на самом деле…».

Помимо этого, многим пациентам необходимо восстановить свою чувствительность к предвкушению удовольствий несвязанных с употреблением ПАВ. Им нужно вспомнить свое поведение, которое приводило их к положительному опыту, для того чтобы усилить желание повторить эти действия в будущем. Удовольствие можно получить просто от знания того, что скоро можно получить удовольствие. Чтобы облегчить ее выполнение можно дать специальное задание (см. Рис. 1).

№	Ожидаемые приятные события	Мысли и чувства	Степень удовлетворенности от предвкушения от 1 до 100%

Рисунок 1. Оценка ожидаемых приятных событий

Итак, преодоление ангедонии у лиц с синдромом зависимости может рассматриваться как важная реабилитационная задача в рамках третичной профилактики. Многофакторный характер проблем пациентов побуждает использовать в этой работе разные методы психокоррекционной помощи. Техники работы, направленные на коррекцию синдрома ангедонии, весьма разнообразны и могут «подгоняться» под запросы разных пациентов с учетом выраженности их проблем, психологических особенностей и мотивации. Применение на практике данных подходов может способствовать развитию сотрудничества с пациентами и большей индивидуализации лечения с целью профилактики рецидива и повышения качества жизни.

Список литературы

1. Бек Д.С. Когнитивная терапия: полное руководство: Пер. с англ. / Д. С. Бек – М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2006. – 400 с.
2. Брюн Е.А., Михайлов М.А., Автономов Д.А. Измененные состояния сознания, психоактивные вещества и психоактивные действия / – М., 2020. – 190 с.
3. Hatzigiakoumis D.S. et al. Anhedonia and substance dependence: clinical correlates and treatment options //Frontiers in psychiatry. – 2011. – Т. 2. – С. 10.
4. Janiri L. et al. Anhedonia and substance-related symptoms in detoxified substance-dependent subjects: a correlation study // Neuropsychobiology. – 2005. – Т. 52. – № 1. – С. 37-44.
5. Sternat T., Katzman M. A. Neurobiology of hedonic tone: the relationship between treatment-resistant depression, attention-deficit hyperactivity disorder, and substance abuse // Neuropsychiatric disease and treatment. – 2016.

УДК 614.2
ББК 51.13

Булатников А.Н. [1,2]

ТЕХНОЛОГИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СЕМЬИ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СФЕРЕ

[1]*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Москва*

[2]*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии» Департамента здравоохранения города Москвы*

В статье представлена технология базовой модели медико-социальной реабилитации семьи в наркологической сфере, направленная на разрешение типичных проблем созависимого функционирования посредством реализации специфицированных техник медико-социальной помощи при последовательной отработке основных этапов реабилитационного процесса.

Ключевые слова: медико-социальная работа в медицинских организациях, медико-социальная помощь семье наркологического пациента,

медико-социальная реабилитация семьи в наркологической сфере, созависимость, этапы реабилитационного процесса, компоненты реабилитации, медико-социальные реабилитационные техники.

Bulatnikov A.N. [1,2]

TECHNOLOGY OF MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF THE FAMILY IN THE FIELD OF DRUG ADDICTION

[1] *Federal State Budgetary Educational Institution of Additional Professional Education "Russian Medical Academy of Continuing Professional Education" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia*
[2] *The state budgetary Healthcare Institution "Moscow Scientific and Practical Center of Narcology" of the Department of Healthcare of the City of Moscow, Moscow, Russia*

The article presents the technology of the basic model of medical and social rehabilitation of the family in the field of drug addiction, aimed at solving typical problems of codependent functioning through the implementation of specific techniques of medical and social care with consistent development of the main stages of the rehabilitation process.

Keywords: medical and social work in medical organizations, medical and social assistance to the family of a drug patient, medical and social rehabilitation of a family in the drug treatment sphere, codependency, stages of the rehabilitation process, components of rehabilitation, medical and social rehabilitation techniques.

Семейная реабилитация в наркологической сфере занимает одну из ведущих позиций и по своей значимости в формировании позитивных ценностных установок, соответствует в своем роде рождению личности, как в психологическом, так и в социальном смысле этого понятия. Реабилитацию семьи в современных условиях следует рассматривать как совокупность мероприятий социального и психологического характера и вид наркологической помощи семье, осуществляемых в соответствии с законодательством Российской Федерации и направленных на полное или частичное восстановление социальных связей и функций, утраченных вследствие потребления наркотиков [1].

Технология медико-социальной реабилитации семьи в наркологической сфере предусматривает последовательную отработку базовых этапов: индивидуальная работа с каждым членом семьи; работа с расширенной

семьей; работа с семьей в период реинтеграции в макросоциум; работа с семьей в постреабилитационном периоде.

В процессе реализации технологии медико-социальной реабилитации семьи наркологического пациента проводится диагностика и коррекция биологического, психологического и социального уровней функционирования как семьи в целом, так и каждого ее члена в отдельности. Подвергаются диагностики семейные и индивидуальные когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности и основные направления личностного и микросоциального развития, а также ценностная ориентация пациента и всей его семьи. На основе проведенной диагностики разрабатывается модель жизни реабилитанта, с учетом его возможностей, способностей и склонностей с целью восстановления разрушенных или утраченных семейных отношений [3]. В рамках технологии медико-социальной реабилитации семьи в наркологической сфере разработаны формализованные задачи:

1. Диагностика характера функционирования семьи в целом и статуса каждого члена семьи.
2. Индивидуальная коррекция био - психо - социального статуса каждого члена семьи.
3. Терапевтическая интеграция семьи с созданием реабилитационной среды.
4. Коррекция взаимоотношений и коммуникативных связей в семье и в ближайшем социальном окружении.
5. Реинтеграция семьи с выздоравливающим пациентом в реальный макросоциум.
6. Био – психо - социальная поддержка семьи в постреабилитационном периоде.

На протяжении всей своей жизни человек неразрывно связан с обществом, являясь его частью. Особое значение имеет семья и ближайшее социальное окружение, в котором человек формируется, раскрывается, функционирует и которое закономерно трансформируется на этапах жизненного цикла. Поэтому рассматривать человека вне его социального окружения, анализировать абстрактно его поведение и личность, и, тем более, проводить медико-социальную реабилитацию в отрыве от его семьи, сегодня уже невозможно. Восстановление семейных отношений, преодоление созависимости, медико-социальная профилактика срывов и рецидивов заболевания – это обязательные мероприятия, оказываемые больным наркоманией на этапе реабилитации [2].

На первом этапе реабилитации семьи осуществляется полное био-психо-социальное обследование каждого члена семьи, проводится психологическое

и психотерапевтическое консультирование, применяются психотерапевтические методики, направленные на создание устойчивой мотивации для включения, как самого пациента, так и всех членов семьи и ближайшего социального окружения в реабилитационную программу. Сама программа медико-социальной реабилитации семьи предполагает использование базовых компонентов реабилитации, а именно инфраструктурного, психокоррекционного, образовательного, воспитательного, социотерапевтического и медицинского [6, 8, 11, 12].

Принципиально особенно значимо, что до того, как начать работу с семьей в целом, технологически необходимо отработать задачи по диагностике и последующей индивидуальной коррекции био-психо-социального статуса каждого члена семьи. Если попытаться одновременно проводить и диагностику био-психо-социального статуса семьи и ближайшего социального окружения, и коррекцию взаимоотношений и коммуникативных связей в семье и в ближайшем социальном окружении, то сама реабилитация семьи, скорее всего, окажется малоэффективна [7].

Медико-социальную реабилитацию семьи следует проводить с учетом динамики развития внутрисемейных отношений при формировании зависимости от психоактивных веществ, в которой последовательно доминируют определенные фазы семейного реагирования на наркотизацию: аффективная, гиперконтроля, экстернализации, индифферентная [4].

Второй этап – это медико-социальные реабилитационные воздействия в ходе терапевтической интеграция семьи с созданием реабилитационной среды, которые необходимы, с одной стороны, для разрешения дисфункциональных коммуникаций, а с другой стороны, для формирования нормативных семейных отношений.

В патологической наркологической семье имеет место несоответствие слов и поступков. Открытые коммуникации перестают существовать. Поведение становится реактивным и распространяется не только на семейные, но и прочие жизненные ситуации. В такой семье искажается иерархическая структура, обостряется неспособность избегать и разрешать конфликты, появляется «секретность» по отношению друг к другу, нарушаются простейшие внутрисемейные коммуникации. А семейное функционирование сводится к взаимным нападкам, нескончаемой критике, эмоциональному игнорированию, соперничеству, неумению выслушивать друг друга, изоляции, чередующейся со скандалами. Зачастую пациент, используя разлад в семье, и посредством примитивных психологических приемов, начинает блокироваться с одними членами семьи против других [5].

В ходе медико-социальной реабилитации пациент и его родственники обучаются новому семейному взаимодействию, умению контролировать собственные негативные поступки, которые могут привести к обострению или разрыву отношений, дезадаптации и рецидивам заболевания. Элементы семейной системы связаны друг с другом. Используя техники медико-социального тренинга, члены семьи вырабатывают качественно новые правила семейной жизни, отличные от прежних взглядов, которые, как правило, были тесно завязаны на отношении к психоактивным веществам.

Ведется работа с чувствами и со способом их выражения. Важна процедура деноминации чувств, поскольку в силу разного жизненного опыта и воспитания в одно и то же чувство члены семьи могут вносить исключительно собственное представление. Необходимо прояснение всего спектра чувств, их свободная циркуляция. Также следует проводить ролевую коррекцию семейного взаимодействия. Очень важна для эффективной реабилитации семьи диагностика невербальных форм коммуникаций: тонкие интонации речи, нюансы мимики, движений тела, дыхание. В структуре личности каждого члена семьи формируются нормативные статусы «Я»: телесное, ребенок, мужчина/женщина, партнер, родитель, профессионал [10].

Использование медико-социальных реабилитационных техник на данном этапе не только способствует снижению эмоциональной силы сложившихся созависимых отношений и их разрушению, но и в определенной мере приводит к оздоровлению внутрисемейного психологического климата и изменению семейной ситуации.

Работа с семьей в период реинтеграции в макросоциум концентрируется на повышении коммуникативных способностей всех членов семьи. Коммуникация – это взаимодействие людей, способность к эффективному обмену информацией и одно из главных условий существования человека. Эффективные коммуникативные навыки являются гарантией поддержания и развития позитивных взаимоотношений в социуме, а также осознания ценности этих взаимоотношений.

Коммуникативный тренинг непременный атрибут технологии медико-социальной реабилитации семьи. Его применение помогает семье и ее членам избавиться от разного рода негативных взаимодействий, и, что принципиально важно, от ощущения неуверенности в себе, в своих силах, в своих возможностях.

В постреабилитационном периоде медико-социальная работа с семьей определяется утверждением нового подхода к решению проблемы зависимости от психоактивных веществ. Суть подхода заключается в переносе акцента с проблемы самой зависимости от психоактивных веществ на

возможные проблемы личности пациента и его значимых других лиц [9]. В постреабилитационном периоде отношение с больным и его родственниками должны иметь возможность решить важнейшую задачу этого этапа - личностное развитие пациента, которое определяется самостоятельным, ответственным и независимым функционированием в соответствии с нормативными личностными статусами. Эффективно оказываемая медико-социальная помощь в постреабилитационном периоде – это залог нормативного существования семьи в целом и каждого ее члена в отдельности.

Таким образом, технология базовой модели медико-социальной реабилитации семьи в наркологической сфере базируется на формировании социально-приемлемого образа жизни как семьи в целом, так и каждого ее члена в отдельности на основе отказа пациента от психоактивных веществ.

Список литературы

1. Указ Президента Российской Федерации от 23 ноября 2020 года № 733 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года».
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 октября 2003 г. № 500 «Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z50.3)».
3. ГОСТ Р 54990-2012. Национальный стандарт реабилитации наркозависимых.
4. Булатников А.Н. Особенности семейной дисфункции при наркологических заболеваниях / Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии (Материалы научно-практической конференции с международным участием) / Под ред. Н.Н. Иванца. – Москва, 2007. – С. 23-24.
5. Булатников А.Н. Проблемы семейной реабилитации в сфере наркологии / Успехи теоретической и клинической медицины: Материалы научных исследований Российской медицинской академии последипломного образования. – М.: РМАПО, 2008. – Выпуск 7. – Том 1. – С .113-116.
6. Булатников А.Н. Функциональные компоненты реабилитационной деятельности при коррекции аддиктивного поведения у несовершеннолетних / Учебно-методический электронный журнал «Профилактика зависимостей». – 2015. – № 3. – С. 92-97.
7. Булатников А.Н. Основные проблемы психолого-педагогической коррекции в процессе реабилитации детей и подростков / Учебно-методический электронный журнал «Профилактика зависимостей». – 2015. – № 4. – С. 77-80.

8. Булатников А.Н. Фундаментальные компоненты системы реабилитации при наркологических расстройствах (концептуальный обзор) / Журнал «Вопросы психического здоровья детей и подростков». – 2016. – № 1. – С. 97-103.
9. Медико-социальная работа в наркологии / [Ю. В. Валентик и др.]. – Архангельск: [Изд-во Арханг. гос. мед. акад.], 1997. – 126 с.
10. Валентик Ю.В. Психогенетическая модель личности пациента с зависимостью от психоактивных веществ // Наркология. – 2002. – № 9. – С. 21-25.
11. Валентик Ю.В., Булатников А.Н. Стандарты реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами (методическое пособие). – М: Изд. «Терра», 2004. – 164 с.
12. Стандарты реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами (методическое пособие) Валентик Ю.В., Булатников А.Н. МИТС-НАУКА: международный научный вестник: сетевое электронное научное издание. 2004. – 164 с.

УДК 614.2
ББК 51.1(2)5

Воробцова Е.С., Жукова И.И.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ГРАЖДАН ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

Здоровьесберегающее поведение населения является одним из механизмов профилактики заболеваний, а его формирование в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 приобретает особую значимость. Основу такого поведения составляют знания населения о причинах, особенностях и путях профилактики заболевания, на базе которых формируются умения, навыки и привычки здоровье сбережения.

В статье представлены результаты исследования, посвященного оценке уровня и путях повышения информированности граждан в вопросах профилактики COVID-19, роли социальных работников в этом процессе.

Ключевые слова: пандемия COVID-19, профилактика заболеваний, здоровьесберегающее поведение, информированность граждан по вопросам профилактики COVID-19, социальный работник.

Vorobtsova E.S., Zhukova I.I.

THE ROLE OF RAISING CITIZENS' AWARENESS IN THE PREVENTION OF COVID-19 INFECTION

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

Health-saving behavior of the population is one of the mechanisms used to prevent diseases, and its development during the COVID-19 pandemic acquires significant importance. This kind of behavior is based on the peoples' knowledge of reasons, peculiarities and ways to prevent diseases that lay the foundation for developing skills, abilities and habits of health-saving.

In the article we provide results of the research dedicated to assessment of the level and ways of raising citizens' awareness of issues, preventing COVID-19, the role of social work specialist in this process.

Key words: COVID-19 pandemic, disease prevention, health-saving behavior, citizens' awareness of issues, preventing COVID-19, medical social work aimed at health-saving behavior of the population.

Новая коронавирусная инфекция COVID-19 с позиций общественного здоровья представляет масштабную медико-социальную проблему. Согласно данным Google статистики, за время пандемии в мире число заболевших составило более 115 млн. человек. В России на начало марта 2021 года было зарегистрировано 4,22 млн. случаев данного заболевания, из которых 3,79 млн. закончились выздоровлением, а 85,5 тыс. - летальным исходом [2].

Приоритет профилактики как важнейший принцип охраны здоровья граждан, закрепленный Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 4), включает комплекс мероприятий, в том числе формирование здорового образа жизни граждан (ст.12), что в период эпидемий приобретает особую значимость [1].

В соответствии со ст. 23 данного Федерального закона граждане имеют право на получение информации о факторах, влияющих на здоровье, которая предоставляется органами государственной власти различного уровня,

организациями и специалистами в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

В период эпидемий донесение информации о причинах и факторах риска, характере и особенностях заболевания, а также мерах его профилактики позволяет гражданам, осознанно следуя предложенным рекомендациям, овладевать умениями и навыками здоровье сберегающего поведения, что положительно влияет на снижение показателей заболеваемости и смертности, а также темпов распространения инфекции.

Как известно, процесс формирования здоровьесберегающего поведения состоит из 5 последовательных стадий, первая из которых состоит в получении современной научно обоснованной *информации*, например, о заболевании, его причинах, последствиях и мерах профилактики. Далее следует стадия *одобрения*, т.е. принятие и согласие человека с полученной информацией, формирующая *намерение* (готовность) следовать полученным рекомендациям (3-я стадия). *Практика* (4-я стадия) заключается в выполнении человеком предложенных рекомендаций, в ходе которой формируются *умения* такого поведения. В дальнейшем умения трансформируются в *навыки и привычки* (5-я стадия).

Предоставляемая населению информация должна быть своевременной, достоверной, научно обоснованной, дифференцированной по объему, методам, средствам, а также каналам поступления с учетом возраста, уровня общей и санитарной культуры и др.

В течение года с начала пандемии COVID-19 поток информации о заболевании и мерах его профилактики расширялся, однако сведения в различных источниках нередко имели диаметрально противоположный смысл, что затрудняло формирование личной сознательной позиции граждан, например, в отношении необходимости соблюдения режима самоизоляции, социальной дистанции, использования средств индивидуальной защиты, а в последние месяцы – и вакцинации.

Через год после начала пандемии COVID-19 мы сочли интересным и важным провести оценку уровня информированности населения по вопросам, связанным с данным заболеванием, как основы здоровьесберегающего поведения.

Материалы и методы

С *целью* изучения субъективной, а также проведения объективной оценки уровня информированности граждан о характере данного заболевания и мерах его профилактики, а также самочувствия граждан в этот период, в декабре 2020 года на платформе Google Forms нами было проведено

анонимное социологическое исследование, участниками которого стали 68 человек (48 женщин и 20 мужчин) в возрасте 14 лет и старше.

В исследовании были поставлены следующие *задачи*:

сравнить субъективную и объективную оценки знаний респондентов о данном заболевании (возбудитель, путь передачи инфекции, проявления, осложнения и пр.);

выявить предпочтительные для них каналы получения информации об этом заболевании;

узнать, какие меры профилактики используют граждане, и почему;

оценить «психологическое» самочувствие респондентов во время пандемии COVID-19.

Рабочий инструментарий исследованя был представлен авторской анкетой, содержащей 24 вопроса открытого и закрытого типа.

Результаты исследования

Среди участников опроса лица от 18 до 30 лет составили самую многочисленную группу – почти две трети опрошенных (64%) (рис.1.).

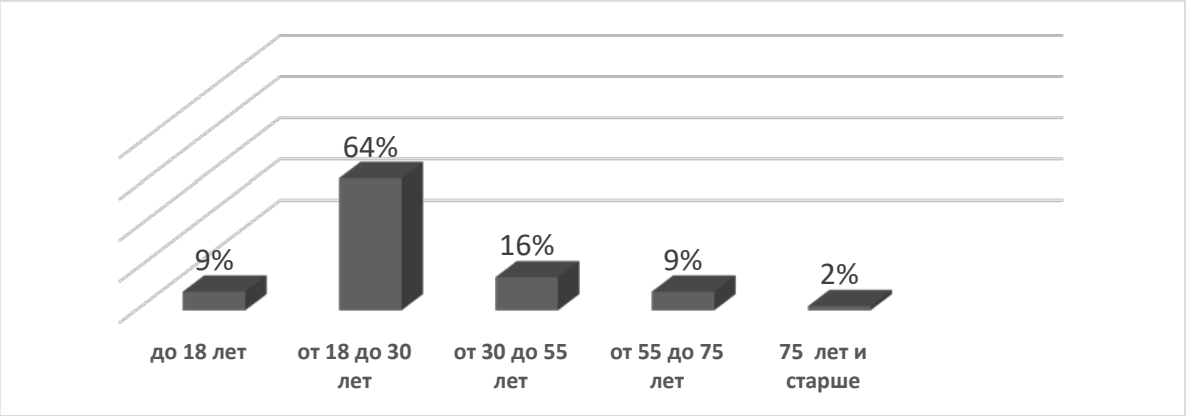

Рис. 1. Возрастной состав респондентов

Высокий уровень санитарной культуры, образования, как известно, является одним из факторов, способствующих грамотному здоровьесберегающему поведению. Подавляющее большинство участников опроса имеют высшее, незаконченное высшее или среднее профессиональное образование (35%, 26% и 17% соответственно).

Место и условия проживания, особенности работы (учебы) граждан в период пандемии COVID-19, особенно в условиях самоизоляции, могут стать факторами риска/причинами проблем, с которыми они столкнулись в этот период времени.

Полученные данные свидетельствует, что условия проживания большинства респондентов во время эпидемии следует оценить как

«отличные» или «хорошие»: 80% опрошенных проживали в отдельной квартире, а 15% человек - в загородном доме или на даче.

Треть респондентов совмещают учебу с работой; еще по одной трети респондентов только учатся или только работают; и лишь 4 человека (6%) временно не работают. Доля пенсионеров составила 10%, половина из которых еще работает.

Часто поводом для поиска медицинской информации является факт болезни самого человека или лица из ближайшего окружения. Таковых среди респондентов оказалось подавляющее большинство: 10 человек (14%) болели сами, а у 50 человек (74%) перенесли заболевание близкие люди, причем у 6 человек - с летальным исходом заболевания родственника или другого близкого человека.

Какова субъективная оценка респондентов их осведомленности о COVID-19? Результаты ответа на этот вопрос представлены на рис.2.

Рис. 2. Субъективная оценка респондентами уровня информированности о COVID-19

Далее респондентам был задан ряд вопросов, позволивших провести объективную оценку уровня их осведомленности о данном заболевании.

Практически все опрошенные знают о вирусной природе заболевания (94% - 64 человек), однако только 87% считают его инфекционным.

Большинству знаком и основной путь распространения данной инфекции – воздушно-капельный (62 человека – 90%). Однако каждый десятый респондент выбрал и иной вариант ответа - «контактно-бытовой».

На вопрос: «Преимущественным поражением каких органов сопровождается заболевание, вызываемое COVID-19?», все опрошенные (100%) выбрали вариант ответа «легкие», что соответствует информации из основных источников для населения, но которая не является абсолютно правильной. По-видимому, по этой причине помимо варианта «легкие», часть респондентов добавили ответы - «сердце», «почки», «печень» и «мозг».

Уровень самооценки респондентами знаний мер профилактики COVID-19 практически не отличался от самооценки знаний о самом заболевании - каждый четвертый (24%) счел их «отличными», а 66% - «хорошими».

Следующие вопросы анкеты касались мер и средств защиты от COVID-19 (медицинские маски, перчатки, санитайзеры и др.), а также причин их использования респондентами. Итог анализа ответов на эти вопросы свидетельствует о понимании респондентами связи пути передачи инфекции и видов индивидуальных мер защиты (табл. 1).

Таблица 1

Используемые респондентами методы профилактики заражения COVID-19

№ п/п	Меры профилактики	Кол-во чел. (в %)
1.	Ношение медицинских масок	90
2.	Частое мытье рук	90
3.	Соблюдение социальной дистанции	70
4.	Использование дезинфицирующих средств	68
5.	Избегание посещения многолюдных мест	66
6.	Ношение медицинских перчаток	48
7.	Соблюдение режима самоизоляции	44
8.	Вакцинация	7
9.	Никакие не использую	3

Далее респондентам было предложено выбрать из размещенного в анкете списка специфические и неспецифические меры профилактики COVID-19. К сожалению, практически никто из участников опроса не справился с этим заданием, посчитав, например, ношение масок и перчаток специфической мерой защиты, а вакцинацию и введение сывороток – неспецифической.

Источники, из которых наши респонденты чаще всего получают информацию о COVID-19, а также степень доверия к информации, полученной из них, представлены в таблице 2.

Таблица 2

Источники получения респондентами информации о COVID-19 и степень доверия к ним

№ п/п	Источники получения информации		Степень доверия к источнику информации	
	Источник	Кол-во	Источник	Кол-во

		(в %)		(в %)
1.	Интернет	90	Интернет	50
2.	Друзья, знакомые, родственники	49	Друзья, знакомые, родственники	30
3.	Телевизор	46	Врачи	30
4.	Родственники	35	Социальные работники	12
5.	Врачи	35	Телевизор, радио	11
6.	Газеты, журналы	17	Газеты, журналы	10
7.	Социальные работники	9	Волонтеры	3
8.	Волонтеры	4	Сам человек	1

В заключении мы попросили респондентов выбрать из предложенного списка утверждений те, с которыми они согласны (табл. 3).

Таблица 3

Утверждения, с которыми согласны участники исследования

№ п/п	Утверждения	Количество человек
1.	Масштабы и тяжесть проблем, связанных с пандемией COVID-19, необоснованно преувеличены/занижены/соответствуют реальным	21/15/22
2.	Пандемия существенно повлияла/ не повлияла на мою жизнь	35/6
3.	Меня очень беспокоит мысль о возможности заболеть коронавирусной инфекцией, которая может ухудшить мое здоровье	24
4.	Уверен(а), что не заболею коронавирусной инфекцией	5
5.	Очень боюсь заболеть коронавирусной инфекцией и погибнуть	4
6.	Считаю, что даже заболев, смогут легко выздороветь	29
7.	Возможность заболеть данным заболеванием касается преимущественно лиц старших возрастных групп	16
8.	Не буду торопиться с вакцинацией из-за возможных осложнений	30

Выводы и предложения

Результаты данного исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Подавляющее большинство участников исследования (90%) высоко оценили свой уровень информированности, что в целом соответствует проведенной нами объективной оценке их общей осведомленности о COVID-19 (причины, характер, меры профилактики). Однако, глубокие знания в этой области показали лишь треть опрошенных.

2. Приоритетными источниками информации о COVID-19 для участников опроса являются Интернет, а также родственники, знакомые и друзья, но не специалисты - врачи, социальные работники или обученные волонтеры. Именно Интернет, друзья, родственники и знакомые занимают лидирующие позиции и в рейтинге доверия к различным источникам информации.

3. Через год после начала пандемии COVID-19 психологическое состояние по меньшей мере половины опрошенных является тревожным.

Специалистам, участвующим в охране здоровья граждан, следует чаще знакомиться с содержанием информации в сети Интернет как наиболее популярном для граждан источнике информации о COVID-19, и рекомендовать своим пациентам, получателям социальных услуг и другим категориям граждан сайты с достоверной информацией.

В повышении санитарной культуры граждан должны участвовать не только медицинские работники, представители СМИ, но и педагоги, психологи, священнослужители, социальные работники, т.е. представители т.н. «помогающих человеку профессий», востребованность в помощи которых у населения в период пандемии COVID-19 значительно увеличилась. При этом их деятельность должна строиться на основе *принципа солидарности* для достижения общей цели – сохранения, укрепления и восстановления здоровья граждан.

Список литературы

1. ФЗ от 21.11. 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (с изменениями и дополнениями на 2020 год). – Москва: Эксмо, 2020. – 96 с.

2. Заболеваемость и смертность от коронавирусуой инфекции COVID-19. – Текст: электронный // Google: [сайт]. – URL:https://www.google.com/search?kgmid=/g/11j2cc_qll&hl=ru-RU&q=%D0%9A%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81&kgs=a0b69d681c38dff9&shndl=0&source=sh/x/kp/osrp&entrypoint=sh/x/kp/osrp (дата обращения: 03.03.2021).

УДК 369.8
ББК 60.95

Гимадиева Р.Р., Нуртдинов И.И.

РЕАЛИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ «СИДЕЛКА» В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань

В статье представлено теоретическое описание стационарозамещающей технологии «Сиделка» и опыт реализации данной технологии в Республике Татарстан.

Ключевые слова: долговременный уход, стационарозамещающие технологии, граждане пожилого возраста и инвалиды, сиделка.

Gimadieva R.R., Nurtdinov I.I.

IMPLEMENTATION OF THE STATIONARY SUBSTITUTIONAL TECHNOLOGY «NURSE» IN THE REPUBLIC OF TATARSTAN

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kazan State Medical University" of the Ministry of Health of Russia, Kazan, Russia

The article presents a theoretical description of the hospital replacement technology «Nurse» and the experience of implementing this technology in the Republic of Tatarstan.

Key words: long-term care, hospital replacement technologies, elderly citizens and disabled people, nurse.

Рост численности социально уязвимых категорий людей, увеличение социальных проблем, заболеваний и болезней порождает необходимость создания новых и эффективных технологий в социальной работе, социальном обслуживании, направленных на улучшение качества жизни людей.

Так, согласно национальному проекту «Демография» с 2019 по 2024 гг. в Российской Федерации осуществляется поэтапное внедрение системы долговременного ухода, которая подразумевает собой комплексное межведомственное взаимодействие социальных и медицинских учреждений с использованием стационарозамещающих технологий.

Стационар замещающая технология «Сиделка» – это спектр услуг, предоставляемый гражданам, особо нуждающихся в постоянной помощи и утратившим способность к самообслуживанию.

Цели оказания технологии «Сиделки» представлены в виде создания комфортных условий для проживания граждан в привычной среде и сохранения социально-психологического состояния; предоставления социальных услуг и доврачебной помощи в контексте социальных услуг на

дому, получателям социальных услуг, которые частично или полностью утратили способность самообслуживания и нуждаются в поддержке [1].

Целевой категорией являются граждане пожилого возраста и инвалиды.

В рамках оказания услуги «Сиделка» сотрудники поставщика услуги:

– обеспечивают общий уход за пожилым гражданином (инвалидом) и оказывать ему помощь в повседневной деятельности;

– осуществляют кормление и приготовление пищи;

– проводят ежедневный мониторинг самочувствия и здоровья пожилого гражданина (инвалида);

– следуют гигиеническим стандартам жизни пожилых людей (инвалидов);

– поддерживают проживание в домашних условиях;

– обеспечивают семейную поддержку.

В Республике Татарстан реализация пилотного проекта по предоставлению услуги «Сиделка» в рамках создания системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами началась в 2019 году.

Основным нормативно-правовым актом, регулирующим реализацию технологии «Сиделка», является постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 31.01.2020 № 60 «О мерах по реализации системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в 2020 – 2022 годах и признании утратившими силу отдельных постановлений Кабинета Министров Республики Татарстан».

В перечень социальных услуг, предоставляемых в рамках услуги «Сиделка» входит [2]:

– покупка и доставка за счет средств получателя социальных услуг на дом: продуктов питания, промышленных товаров первой необходимости, средств ухода, средств санитарии и гигиены;

– организация питания;

– контроль за соблюдением питьевого режима;

– предоставление гигиенических процедур и др.

Услуга «Сиделка» оказывается до 12 часов в день, что существенно увеличивает качество оказания социальных услуг.

Предоставление услуги «Сиделки» запрещено по медицинским противопоказаниям лицам, страдающим алкоголизмом, имеющим заболевания инфекционного характера, психические расстройства, венерические и кожные заболевания, заболевания, вызванные вирусом иммунодефицита человека и др., что особенно актуально в современных условиях.

Практические пилотные проекты реализуется в Альметьевском, Елабужском, Зеленодольском, Нижнекамском муниципальных районах, городских округах «город Казань» и «город Набережные Челны» и др.
Поставщик услуги «Сиделка» – АНО Центр «Содействие». Услугами «Сиделка» в РТ в 2019 году было охвачено менее 140 человек [3], в I квартале 2020 года охвачен 141 человек [4]. А в 2020 году гражданам пожилого возраста и инвалидам всего предоставлено 34 305 услуг по направлению «Сиделка» [4]. Рассмотрим количество получателей услуг сиделки (рисунок 1) и объем часов на выполнение данной услуги за 2019 год в РТ (рисунок 2).

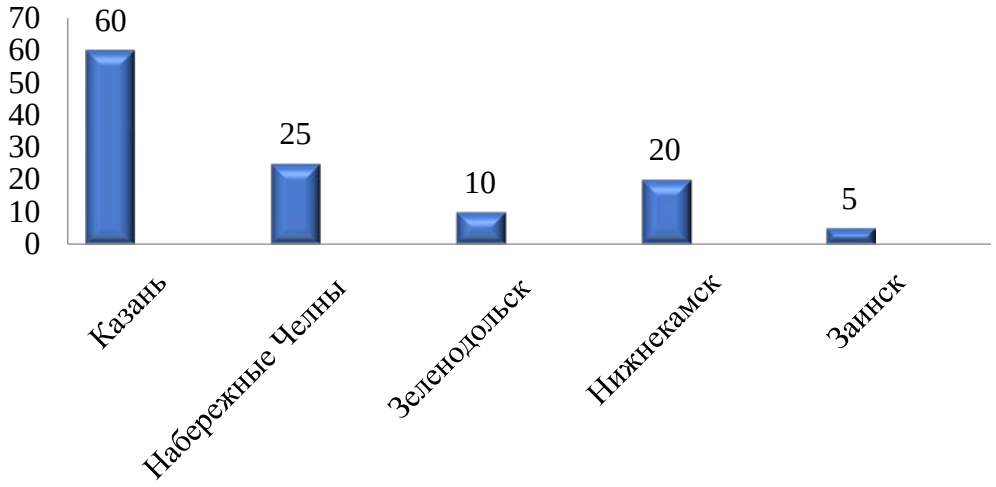

Рис. 1. Количество получателей услуг сиделки за 2019 год (чел.)

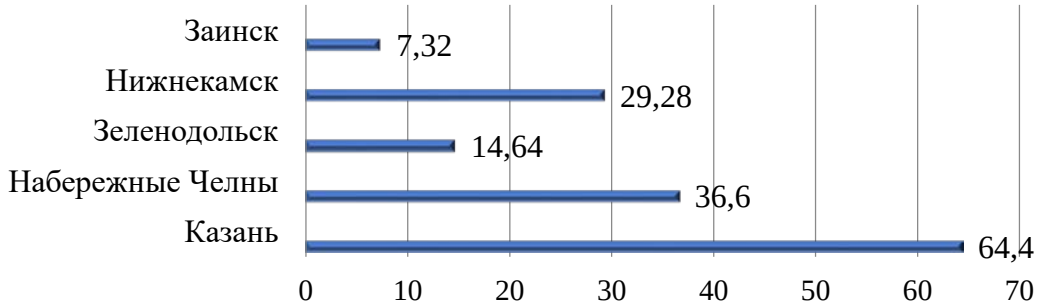

Рис. 2. Объем услуг «Сиделки» (тыс. час.)

На основании анализа полученных данных можно сформулировать следующие выводы: услуга «Сиделка» в РТ является наиболее востребованной в г. Казань, г. Набережные Челны и г. Нижнекамск; соответственно объемы услуг в г. Казань, г. Набережные Челны и г. Нижнекамск значительно выше, чем в г. Зеленодольск и г. Заинск.

Несмотря на то, что технология в РТ реализуется почти два года, она получила положительный отклик среди населения.

Так, для телеканала «Татарстан – Новый Век» гражданка пожилого возраста, нуждающаяся в постороннем уходе Людмила Четвёркина из Зеленодольска, в ходе интервью поделилась мнением об услуге «Сиделки» [5]: «Конечно, у меня освободилось время. Сиделки всё сделают, накормят и все принесут. Когда была одна, больше лежала. А сейчас мы и гимнастику, и зарядку сделаем».

Сиделка Зульфия Гарифзянова, прикрепленная за Людмилой Четверкиной, отмечает:

«Это не каждый, наверно, сможет. Потому что к каждому человеку нужен подход. Тем более пожилые люди они ведь тоже разные. Хочется заботиться, мы уж теперь, как родные люди».

Как только был запущен проект «Сиделка», Зульфия Гарифзянова прошла обучение и теперь каждый день по 12 часов находится с Людмилой Степановной. Она занимается готовкой, уборкой, покупкой лекарств и продуктов. А еще Зульфия Гарифзянова помогла своей подопечной встать с коляски на ноги».

Подводя итог, можно отметить, что стационарозамещающая технология «Сиделка» в рамках системы долговременного ухода становится одним из востребованных и значимых направлений в деятельности социальных учреждений в непростых современных условиях, которое необходимо внедрять и использовать в практике социального обслуживания.

Список литературы

1. Технология «Сиделки» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://sobes.tatarstan.ru. (Дата обращения: 29.01.2021).
2. Постановление КМ РТ от 31.01.2020 № 60 «О мерах по реализации системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в 2020 - 2022 годах и признании утратившими силу отдельных постановлений Кабинета Министров Республики Татарстан» // Информационно-правовой портал «КонсультантПлюс» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/. (Дата обращения: 23.06.2020).
3. Артемьев А. «Соцработники так не ухаживали» – Татарстан запускает новую услугу «Сиделка» // Реальное время. – 2020. – 13 февраля.
4. Куликова О.А. Опыт внедрения системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Республике Татарстан //Социальное обслуживание. – 2020. – № 10. – С. 20–26.

5. «Мэри Поппинс для пожилых»: Как в Татарстане решили проблему ухода за больными и одинокими стариками» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://tnv.ru. (Дата обращения: 11.01.2021).
6. Вахитов Г.З., Нуртдинов И.И. Дифференциация заработной платы в России и ее влияние на развитие трудового потенциала. – Казанский гос. ун-т, 2010. – С. 139.

УДК 614.2
ББК 60.94

Грачев Д.И.

ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

В статье представлены результаты изучения влияния медико-социальной работы на качество жизни пациентов с полным отсутствием зубов.

Ключевые слова: медико-социальная работа, качество жизни, полное отсутствие зубов.

Grachev D.I.

INFLUENCE OF MEDICAL AND SOCIAL WORK ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH COMPLETE ABSENCE OF TEETH

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

The article presents the results of studying the effect of medical and social work on the quality of life of patients with complete absence of teeth.

Key words: medical and social work, quality of life, complete absence of teeth.

Проблема реабилитации пациентов геронтологического возраста с полной утратой зубов остается актуальной. Предложено большое число методик по усовершенствованию технологии стоматологического ортопедического лечения этого контингента, однако в большинстве случаев протезирование с помощью съемных пластиночных протезов не вызывает энтузиазма ни у самих пациентов, ни у врачей-стоматологов [1]. Данный факт связан с коморбидными заболеваниями, не менее 2-3-х хронических общесоматических заболеваний, в основном кардиоваскулярная патология, сахарный диабет и др., снижающие адаптационно-компенсаторную способность организма, что сказывается на субъективной оценке проведенного лечения. Даже при качественном протезирование оценка близка к отрицательной, что вводит врача-стоматолога в заблуждение, а повторное лечение по настоянию пациента не несет позитивного решения конфликта.

В настоящее время происходят существенные сдвиги в теоретическом осмыслении подходов к проведению медицинских исследований. Медицинская наука все чаще ведет поиск совместных с другими науками решений. Одной из наук, с которой у медицины сложился творческий результативный союз, является психология. В ходе различных исследований было выявлено, что конструктивная тактика лечения стоматологических пациентов геронтологического возраста с полной утратой зубов, нуждающихся в съемных пластиночных протезах, должна базироваться на учете следующих факторов: особенностей когнитивной, аффективной и мотивационной сфер, Я-концепции и поведения пациента [3].

Полное отсутствие зубов непосредственным образом оказывает влияние на социальные аспекты жизни пациентов. Это может сказываться и на качестве их жизни за счет нарушений, приводящих вплоть до окончательной утраты жизненно важной функции организма — пережевывания пищи. Ухудшение процесса пищеварения и поступления в организм необходимых питательных веществ нередко является причиной развития заболеваний желудочно-кишечного тракта воспалительного характера. Не менее серьезными являются последствия полного отсутствия зубов для социального статуса пациентов: нарушения артикуляции и дикции сказываются на коммуникационных способностях пациента, эти нарушения в совокупности с изменениями внешности вследствие утраты зубов и развивающейся атрофии жевательных мышц могут обусловить изменения психоэмоционального состояния вплоть до нарушений психики. Все это делает крайне актуальным поиск адекватных комплексных схем реабилитации пациентов [4].

Однако в литературе не встречаются публикации о значении медико-социальной работы как профессиональной деятельности, которая должна быть направлена на предупреждение неблагоприятного развития состояния стоматологического пациента, ускорение его адаптации к съемным протезам, предупреждение повторного протезирования зубов в связи с нарушениями личной гигиены полости рта и правилами пользования съемными протезами [5].

В связи с изложенным, нами была поставлена цель определить влияние медико-социальной работы на качество жизни пациентов с полным отсутствием зубов.

Материалы и методы

Для изучения отношения пациентов к собственному здоровью, а также сбора информации об образе их жизни в условиях полного отсутствия зубов, прохождения социальной реабилитации, по разработанной нами анкете проводился опрос пациентов, закончивших лечение полного отсутствия зубов с использованием съемных пластиночных протезов. Анкета содержит 32 вопроса, которые позволили оценить социальный статус, поведенческие установки пациентов относительно собственного здоровья, мотивы обращения за стоматологической помощью, частота смены съемных протезов, способы фиксации и ухода за ними, объемы социальных услуг, получаемых респондентами.

Параллельно проводилось определение качества жизни пациентов опросником OHIP-20, который разработан для оценки качества жизни пациентов, пользующихся съемными протезами. Опросник включает в себя 20 вопросов, разделенных на 7 сфер (Ограничение функции, Физический дискомфорт, Психологический дискомфорт, Физические расстройства, Психологические расстройства, Социальная дезадаптация, Ущерб) [2].

Качество жизни пациентов с полным отсутствием зубов меняется на этапах адаптации к съемным протезам, после наложения протеза у пациента наступает фаза раздражения, когда пациент ощущает протез как инородное тело. Повышается саливация, изменяется дикция, возможно появление рвотного рефлекса. В такие моменты возникает неприязнь съемного протеза и эффективность лечения снижается. Однако при вовлечении социальных работников на различных этапах оказания ортопедической стоматологической помощи возможно достичь повышения эффективности лечения. Задачами социального работника являются:

выработка мотивационной направляющей для лиц пожилого и старческого возраста с отсутствием зубов в зависимости от психологических и социальных особенностей;

определение и систематизация симптомов, проявляющихся при полном отсутствии зубов, а также возникающих при пользовании съемными зубными протезами;

выработка социальных навыков пользования съемными зубными протезами, а также адекватных стереотипов поведения с учетом состояния здоровья и особенностей пользования протезами.

Правильно выстроенная система медико-социальной работы позволит пациентам с полным отсутствием зубов повысить культуру ухода за полостью рта и съемными протезами, тем самым уменьшит количество поломок и частоту замены протезов, снизит количество необоснованных обращений к врачу стоматологу, уменьшит вероятность развития осложнений, что повысит качество жизни данного контингента.

Заключение

Определение качества жизни пациентов с полным отсутствием зубов имеет основополагающее значение при оценке эффективности лечения съемными зубными протезами. Повышение качества жизни данной категории лиц – это общая задача как самого пациента, так и врача стоматолога, социального работника, а возможно и других специалистов – психологов, терапевтов, реабилитологов.

Пациенты с полным отсутствием зубов должны получать не только медицинскую, а комплексную медико-социальную помощь на всех этапах лечения, начиная с этапа мотивации на лечение, на этапах лечения, на этапах адаптации к съемным зубным протезам и в их последующем использовании. Только совместная работа специалистов позволит повысить эффективность ортопедического стоматологического лечения и качество жизни пациентов с полным отсутствием зубов.

Список литературы

1. Assunção, W. G. et al. A comparison of patient satisfaction between treatment with conventional complete dentures and overdentures in the elderly: a literature review. Gerodontology 27, 154–162 (2010).

2. Bidhan Shrestha, Bishal Babu Basnet, Galav Adhikari. A questionnaire study on the impact on oral health-related quality of life by conventional rehabilitation of edentulous patient. BDJ Open 6:3 (2020).

3. Амирян М.Г., Грачев Д.И. Психологическое обоснование тактики лечения стоматологических больных пожилого возраста с использованием съемных зубных протезов Dental Forum. 2013. № 3. С. 13.

4. Грачев Д.И. Повышение эффективности ортопедического лечения и качества жизни больных с полным отсутствием зубов на нижней челюсти: Автореф. дис ... канд. мед. наук. Москва, 2010.

5. Мартыненко А.В. Теоретические и организационно-методические основы медико-социальной работы: Автореф. дис…д-ра мед. наук. Москва, 1997.

УДК 36.364.07
ББК 60.95

Забелина Н.В., Короткова Е.В.

ТЕХНОЛОГИЯ СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ КАК ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИЛЬНОЙ РАБОТЫ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Курский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск

В статье рассмотрена теоретико-методологическая база технологии сопровождаемого проживания, ее основные организационные формы и особенности реализации.

Ключевые слова: технология сопровождаемого проживания лиц с ограниченными возможностями здоровья, организационные формы технологии сопровождаемого проживания лиц с ограниченными возможностями здоровья, сопровождаемое проживание.

Zabelina N.V., Korotkova E.V.

TECHNOLOGY OF ASSISTED LIVING OF PERSONS WITH DISABILITIES AS A TECHNOLOGY OF SOCIAL WORK

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kursk State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Kursk, Russia

The article discusses the theoretical and methodological basis of the technology of assisted living, its main organizational forms and features of their implementation.

Key words: technology of assisted living of persons with disabilities, organizational forms of technology of assisted living of persons with disabilities, assisted living.

В настоящее время численность лиц с ограниченными возможностями здоровья в Российской Федерации составляет примерно 7,5% от общей численности населения. Из них по состоянию на 2019 год в психоневрологических интернатах проживали 160 тысяч человек, 40 тысяч, из которых обладали дееспособностью.

В современных условиях особо острой и актуальной является проблема жизнеустройства людей с ограниченными возможностями здоровья ОВЗ). Наиболее уязвимой в этом плане категорией являются лица, страдающие психическими расстройствами.

Безусловно, жизнь в психоневрологических интернатах направлена на социальную помощь и поддержку данной группе населения, но также она имеет и отрицательные аспекты. Монотонность образа жизни, низкий уровень интеграции в общество, ограниченность социальных связей и контактов, низкий уровень социальной активности, высокий уровень зависимости от персонала учреждения, отсутствие возможности обрести самостоятельность и возможности к желаемой трудовой деятельности, а также многие другие факторы оказывает большое влияние не только на социальный аспект жизни человека с ОВЗ, но и неблагоприятно сказывается на его физическом и психическом здоровье.

После ратификации Россией Конвенции о правах инвалидов в 2012 году технология сопровождаемого проживания лиц с ограниченными возможностями здоровья становится более актуальной. Ведь в данном нормативно-правовом акте содержатся такие принципы как: свобода делать свой собственный выбор, а также независимость. Данная технология отвечает всем этим критериям.

Теоретико-методологической базой технологии сопровождаемого проживания лиц с ОВЗ выступают различные модели и теории, такие как: социальные модели инвалидности, антидискриминационные теории, теории нормализации и социальной валоризации, а также теории активизации ресурсов клиента [4].

Вышеперечисленные модели и теории проникнуты идеями независимой жизни и направлены на преодоление факторов, которые препятствуют интеграции лиц с ограниченными возможностями в общество или же на деинституциализацию интернатных учреждений, а также на активизацию внутренних и внешних ресурсов клиентов [1].

В настоящее время в Российской Федерации активно модернизируется система социальной защиты населения, учитывающая реалии современного общества. Во многих регионах России таких как Москва, Санкт-Петербург, Псков, Владимир, Иркутск, Мытищи, Пензенская область и другие уже активно реализуется технология сопровождаемого проживания лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Согласно методическим рекомендациям по организации различных технологий сопровождаемого проживания инвалидов, в том числе такой технологии, как сопровождаемое совместное проживание малых групп инвалидов в отдельных жилых помещениях, утвержденных приказом Минтруда России от 14 декабря 2017 г. № 847, сопровождаемое проживание людей с ограниченными возможностями здоровья – это стационарозамещающая технология социального обслуживания, которая предусматривает возможность предоставления данной категории населения социальных услуг, услуг по реабилитации и абилитации, образовательных услуг и проведения мероприятий по социальному сопровождению людей с ограниченными возможностями здоровья [3].

Сопровождаемое проживание лиц с ограниченными возможностями здоровья должно предусматривать организацию индивидуального подхода, инструментом реализации которого выступает Индивидуальная программа социального сопровождения.

Технология сопровождаемого проживания лиц с ограниченными возможностями здоровья имеет несколько организационных форм [2], которые представлены в таблице 1.

Таблица 1

Организационные формы сопровождаемого проживания лиц с ОВЗ

Организационная форма	Содержание
Сопровождаемое проживание в специализированном многоквартирном доме	В доме могут проживать от 8 до 40 человек. Занятость, досуг и обслуживания проживающих осуществляются на первых и вторых этажах дома. Также в доме организован круглосуточный уход и присмотр.
Сопровождаемое проживание в общежитии	В каждой комнате общежития могут проживать по 1-2 человека. Наблюдается слаборазвитая

	инфраструктура этажей. Уход и присмотр может носить характер дежурства.
Сопровождаемое проживание в собственной квартире	Сопровождаемое проживания в данной форме осуществляется посредством визитов на квартиру клиента, что подразумевает, что он обладает дееспособностью.
Сопровождаемое проживание на базе социальных поселений	Проживания происходит на определенной территории и определяется расписанием. Специалисты создают все условия для занятости и досуга проживающих.

Специализированные многоквартирные дома подходят для лиц с ОВЗ, которым необходим круглосуточный уход. Более социально-независимым взрослым представителям данной группы подойдут общежития, где отсутствует ночной уход и постоянное наблюдение.

Отдельные квартиры предназначены для лиц с ОВЗ, которые способны обслуживать себя в основном самостоятельно, а также заниматься продуктивной деятельностью. При данной форме сопровождаемого проживания специалист по социальной работе осуществляет, например, посредническую функцию (сопровождает клиента в больницу к врачу и т.д.). Также есть дежурные, к которым человек с ограниченными возможностями здоровья может обратиться за помощью. Условия же проживания в отдельных квартирах максимально приближены к домашним.

Все вышеперечисленные формы сопровождаемого проживания нуждаются в организации дневной и трудовой занятости, а также должны предусматривать организацию мастерских по трудовой деятельности.

Таким образом, технология сопровождаемого проживания лиц с ограниченными возможностями здоровья позволит данной категории населения осуществлять трудовую деятельность, успешно интегрироваться в социум, а также реализовать свое право на независимую, самостоятельную жизнь, что, безусловно, улучшит их психологическое и социальное состояние.

Список литературы

1. Альдашева А. Б. Сопровождаемое проживание инвалидов: теоретико-методологические подходы к исследованию // Социальная интеграция и развитие этнокультур в евразийском пространстве: электронный научный

журнал. – 2018. – № 6-2 [Электронный ресурс]. URL: https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36647826 (дата обращения 15.02.2021).
2. Романович И.С. Модель сопровождаемого проживания инвалидов как альтернатива стационарному проживанию. – М.: Международная научно-практич. конф. «Наука и инновации в XXI веке: актуальные вопросы, открытия и достижения», 2017. – С. 279-286.
3. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 декабря 2017 г. "Об утверждении методических рекомендаций по организации различных технологий сопровождаемого проживания инвалидов, в том числе такой технологии, как сопровождаемое совместное проживание малых групп инвалидов в отдельных жилых помещениях" // Собрание законодательства РФ. – 14.12.2017. – № 847.
4. Суфишоев Г.С., Одинаев Ф.И., Пулотов К. Д., Ходжаева Ш.А. Социальная модель инвалидности как инструмент для решения проблем лиц с ограниченными возможностями // Здравоохранение Таджикистана, 2013. – С. 9-15.

УДК-364.42/.44
ББК 60.94

Завьялова Н.Б.

ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КРИЗИСНОГО ЦЕНТРА ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ И ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ СЛОЖНОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Кризисный центр помощи женщинам и детям» Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы

В статье представлен опыт работы Кризисного центра помощи женщинам и детям Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы в период пандемии COVID-19.

Делается вывод о необходимости адаптации имеющихся знаний и методов работы и расширения круга программ и методик для оказания эффективной помощи пострадавшим от домашнего насилия.

Ключевые слова: семья, семейное насилие, конфликт, социальная помощь, профилактика, пандемия.

Zavyilova N.B.

FEATURES OF THE ACTIVITIES OF THE CRISIS CENTER FOR WOMEN AND CHILDREN IN A COMPLEX EPIDEMIOLOGICAL SITUATION

State Budgetary Institution of the city of Moscow "Crisis Center for Women and Children" of the Department of Labor and Social Protection of the Population of Moscow, Moscow, Russia

The article presents the experience of the "Crisis Center for Women and Children" of the Department of Labor and Social Protection of the Population of Moscow during the COVID-19 pandemic.

It is concluded that it is necessary to adapt the existing knowledge and methods of work and expand the range of programs and methods to provide effective assistance to victims of domestic violence.

Keywords: family, domestic violence, conflict, social assistance, prevention, pandemic.

Сложная эпидемиологическая обстановка, связанная с коронавирусной инфекцией, её последствиями – это новая, непривычная ситуация, с которой столкнулись многие семьи. В это время обостряются и проявляются все нерешенные проблемы, которые существовали в них на протяжении длительного времени. Так же серьезными причинами обострения отношений и конфликтов для большинства семей является отсутствие личного пространства и возможности сменить обстановку, переживание таких нормативных кризисов семьи как рождение ребенка, переезд и так далее.

Все это в новых реалиях может привести к стрессу и обострению проблемы насилия в семье, которого стало больше в сложной эпидемиологической ситуации, особенно психологического.

Семейное насилие не зависит от достатка семьи, образования, возраста, а также места проживания. Поэтому женщины, проживающие в мегаполисах, также часто сталкиваются с этой проблемой. Повышенный ритм жизни, работа в режиме многозадачности, ежедневное преодоление больших расстояний – все это влияет на устойчивость эмоционального состояния жителей мегаполиса.

Мужчины становятся более агрессивными, что увеличивает частоту возникновения конфликтных ситуаций. К факторам роста семейного насилия в мегаполисе можно отнести межнациональные, межконфессиональные браки, которых с каждым годом становится всё больше. Из нашего опыта – это более 60% обращений женщин, пострадавших от насилия в семье.

В то же время женщины мегаполиса более свободны в высказывании своего мнения, социально активны, что позволяет привлечь внимание всего общества к данной проблеме и информировать женщин об особенностях семейного насилия и организациях, которые оказывают помощь пострадавшим.

Единственным государственным учреждением в Москве, которое ведет комплексную профилактическую работу по проблеме семейного насилия, является «Кризисный центр помощи женщинам и детям» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы.

В учреждении осуществляется деятельность по следующим направлениям:

предоставление временного проживания женщине и женщине с ребенком, которая пострадала от психофизического насилия в семье (для этого в Кризисном центре созданы отделения стационарного обслуживания на 102 койко-места);

профилактика насилия в отношении женщин и детей;

оказание помощи несовершеннолетним, пострадавшим от жестокого обращения;

работа с несовершеннолетними беременными женщинами в возрасте от 14 лет и несовершеннолетними матерями с детьми в возрасте до 3 лет;

социально-психологическая работа с мужчинами.

Одним из условий предупреждения преступлений в сфере семейно-бытовых отношений, является профилактика насилия. Поэтому основу деятельности Кризисного центра составляет профилактическая работа, которая осуществляется на всех уровнях. Рассмотрим их более подробно.

Первичная профилактика (информирование). Включает в себя проведение профилактических мероприятий, в том числе в рамках реализации Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2017-2022 гг. Участниками этих мероприятий стало более 3500 человек из 45 регионов России. Более 70% – это молодые люди от 18 до 35 лет. Самым крупным профилактическим мероприятием является ежегодная социально-значимая акция «Не молчи!», направленная на профилактику насилия в семье.

Кризисный центр осуществляет также информирование о проблеме семейного насилия в рамках межведомственного взаимодействия, которое охватывает более 3000 человек в год. Например, в период сложной эпидемиологической ситуации было усилено взаимодействие с образовательными организациями различных уровней.

Психологами Кризисного центра проводилась серия онлайн-семинаров для заведующих и специалистов детских садов и школ всех округов города

Москвы, а также родителей, направленных на раннее выявление и предупреждение насилия в семье. Специалисты получали информацию о маркерах всех видов насилия, используя которые можно выявить насилие в отношении детей и мам. Это очень важно. Ведь если своевременно выявить насилие на ранней стадии, оказать помощь членам семьи, то можно ее сохранить.

Особое внимание уделяется информированию жителей города Москвы о проблеме семейного насилия через электронные и медийные СМИ посредством участия в телевизионных программах и проектах на общероссийских и городских каналах телевидения, сотрудничества с печатными и электронными средствами массовой информации, создания официального сайта с сервисом электронной консультации.

Вторичная профилактика (коррекция). Предусматривает проведение индивидуальных психологических консультаций, групповых тренингов.

Можно выделить *три* основных причины обращений женщин к психологам Кризисного центра:

насилие (все виды насилия, больше всего психологического) – 52%;

кризис семьи (развод, супружеские конфликты, измены) – 33%;

проблемы взаимоотношений с детьми – 15%.

Каждая конкретная ситуация женщины, ее семьи уникальна, поэтому содержание работы психолога с ней зависит от многих факторов (возраст, состояние здоровья, количество детей, браков, вероисповедание партнеров, наличие ресурсного и/или не ресурсного ближайшего окружения, экономическая зависимость и др.). Психологи проводят диагностику, на основании результатов которой определяют степень кризисности ситуации и ресурсы. Определяются ресурсы внешние (возможность привлечения ближайшего окружения, смены места работы) и внутренние (осознание ситуации, работа с самооценкой). Специалистами Кризисного центра выделяются ведущие цели для психолого-коррекционной работы и реабилитационной помощи. После этого проводится индивидуальная психологическая работа с женщиной, направленная на восстановление стабильного психоэмоционального состояния (снятие тревожности, повышения самооценки и др.), усиление взаимодействия с ближайшим окружением, повышение ресурсности.

В условиях сложной эпидемиологической ситуации, когда происходит обострение семейных конфликтов, психологи Кризисного центра оказывают всем нуждающимся необходимую психологическую помощь и поддержку дистанционно:

консультируют по телефонам доверия;

проводят индивидуальные консультации по телефону по запросу, для чего необходимо воспользоваться кнопкой записи на главной странице сайта - krizis-centr.ru.

ведут Скайп-группу по профилактике тревожности.

Необходимо отметить, что в этот период увеличилось количество обращений к психологам на телефон доверия. Чаще всего они связаны с семейными конфликтами, причинами которых являются страхи за будущее, работу, здоровье. Отмечается увеличение звонков от женщин, в том числе пожилых женщин, женщин с инвалидностью, пострадавших от психологического и экономического насилия со стороны близких родственников.

Третичная профилактика (реабилитация), которая осуществляется в условиях полустационара и стационарного обслуживания. *В условиях полустационара* – это реализация индивидуальных и групповых коррекционных занятий с семьей, направленных на восстановление детско-родительских отношений, преодоление трудностей с социальной адаптацией (перевод ребенка на домашнее обучение, приобретение инвалидности, потеря работы, смена места жительства). Ежегодно реабилитационные курсы проходят *более 2000* женщин и детей.

В условиях стационара – это поэтапный алгоритм вывода семьи из кризиса путем реализации комплексного подхода оказания помощи женщинам и детям, пострадавшим от насилия в семье.

Ежегодно в Кризисном центре получают убежище более 300 женщин и детей, которые подвергались нескольким видам насилия.

Женщины и женщины с детьми могут находиться в отделении стационарного обслуживания до двух месяцев, но в отдельных случаях срок продлевается. По каждому конкретному случаю разрабатывается индивидуальная программа реабилитации. Усилия специалистов отделения стационарного обслуживания направлены на то, чтобы поддержать обратившихся в Кризисный центр женщин и помочь им пережить кризис, совместными усилиями найти выход из сложившейся ситуации.

В работе с женщинами и женщинами с детьми большое внимание уделяется мобилизации собственных возможностей и внутренних ресурсов, гармонизации детско-родительских отношений.

В период пребывания в Кризисном центре и получения социальных услуг в стационарной форме женщина или женщина с детьми проживает в отдельной комнате со всеми удобствами. Женщине и ребенку предоставляется бесплатное питание. Для восстановления здоровья, психического, физического состояния и трудоспособности в центре используются методы

лечебной физкультуры и оздоровительной гимнастики, массаж. С целью коррекции эмоциональных состояний клиентки посещают занятия по арт-терапии, музыке, пилатесу. С целью поднятия самооценки женщины получают бесплатно парикмахерские услуги, массаж, оздоровительный курс комплекса «Соляная пещера».

Следует обратить внимание на то, что насилие разрушительно для всех его участников. Страдают все – и те, против кого оно направлено, и те, кто его осуществляет (хотя на первый взгляд, кажется, что это не так), и те, кто становится свидетелями, особенно дети.

Понимая этот факт, мы решили вести работу не только с пострадавшими от насилия, но и с теми, кто совершает насилие. Так появилась программа «О чем молчат мужчины», целями которой являются:

снижение уровня агрессии, внутреннего напряжения, тревожности у мужчин-обидчиков;

формирование устойчивой мотивации у мужчин отказа от применения насильственных форм поведения.

Необходимо отметить, что проблема мужчин-агрессоров волнует не только нас. Недавно вышел документальный фильм «О чем молчат агрессоры?» (кинокомпания КоКоКо, режиссер – Ева Басс), в котором сотрудники Кризисного центра приняли участие в качестве экспертов и где затронуты очень важные вопросы: «Почему агрессор проявляет насилие?», «Что с ним происходит?», «Как работать с агрессивным поведением?».

Также активно развивается в Кризисном центре профилактическая программа «Школа для пап», ориентированная на предупреждение всех форм семейного насилия, повышение родительской ответственности и компетентности у мужчин, улучшение детско-родительских отношений в диаде «отец-ребенок».

Таким образом, происходящие события, связанные с распространением коронавирусной инфекции, также затронули проблему домашнего насилия. Это проявляется как в появлении новых факторов риска, например, самоизоляция, которая стала лакмусовой бумажкой нездоровых семейных отношений, так и в изменении форм и методов оказания помощи пострадавшим (дистанционная помощь).

В новых условиях задача для специалистов Кризисного центра состоит в адаптации имеющихся знаний и методов работы и расширения круга программ и методик для оказания эффективной помощи пострадавшим от домашнего насилия.

УДК 364.04
ББК 88.41

Захарова А.А.

ПРОБЛЕМА САМОАКТУАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, ЗАГИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный университет им. С.А. Есенина, г. Рязань

В статье представлены результаты исследования проблемы самоактуализации детей-инвалидов, занимающихся спортом, проанализированы основные факторы, затрудняющие данный процесс, и предложены варианты решения поставленной проблемы.

Ключевые слова: самоактуализация, социально-психологические технологии, медико-социальная помощь, дети-инвалиды.

Zakharova A. A.

SOCIO-PSYCHOLOGICAL TECHNOLOGIES FOR OVERCOMING THE DIFFICULTIES OF SELF-ACTUALIZATION OF DISABLED CHILDREN ENGAGED IN SPORTS

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ryazan State University named after S. A. Yesenin", Ryazan, Russia

The article presents the results of a study of the problem of self-actualization of disabled children engaged in sports, analyzes the main factors that complicate this process, and suggests solutions to the problem.

Key words: self-actualization, socio-psychological technologies, medical and social assistance, disabled children.

Понятие самоактуализации достаточно редко встречается в медико-социально-психологических исследованиях работы с детьми-инвалидами, с детьми с особенностями в развитии и с детьми «группы риска». Значительно чаще применительно к данным категориям детей употребляются понятия «самореализация», «саморазвитие», «личностный рост». Тем не менее, самоактуализация и самореализация – это две составляющие процесса становления личности, способствующие наиболее полному раскрытию ее потенциала. «Акт самоактуализации – это некоторое конечное число

действий, выполняемых субъектом на основании сознательно поставленных перед собой в ходе самореализации целей и выработанной стратегии их достижения. Каждый акт самоактуализации имеет в своей структуре несколько компонентов, включающих рефлексию, эмоции, волю и так далее, и завершается специфической эмоциональной реакцией положительной в случае успеха, и отрицательной в случае неудачи» [1, 33].

Рассматривая процессы самореализации и самоактуализации в качестве важнейших факторов развития личности, специалисты в области социальной работы разрабатывают особые психолого-медико-педагогические технологии, способствующие раскрытию и реализации потенциала детей с ограниченными физическими возможностями.

На основе изучения теоретико-методологических основ самоактуализации целесообразно проанализировать *психологические трудности детей-инвалидов, связанные с самоактуализацией*.

В основе большинства личностных проблем детей-инвалидов – их изолированность от общества. С самого раннего возраста дети с особенностями развития испытывают негативно-оценочное отношение к себе со стороны других людей. Часто люди довольно жестоко оценивают внешние дефекты детей-инвалидов в их присутствии. В результате у таких детей формируются замкнутость, страх общения, и, как следствие, скрытая депрессия, что в сочетании с заниженной самооценкой и отсутствием жизненных перспектив достаточно часто приводит к появлению мыслей суицидального характера.

Нередко у детей-инвалидов развивается чувство неполноценности, оказывающее влияние на дальнейший жизненный путь личности. Рано или поздно дети-инвалиды начинают понимать, что их возможности по сравнению с условно здоровыми детьми значительно снижены. При этом у них формируется заниженная самооценка, что, в свою очередь, приводит к чрезмерному снижению уровня притязаний. В результате развиваются социальная пассивность и сужение активного жизненного пространства. По мере взросления дети с ограниченными возможностями начинают осознавать степень своей зависимости от условно здоровых членов общества, что неизменно приводит к формированию иждивенчества. Характерными чертами становятся нежелание быть ответственными за себя и свое будущее, перекладывание ответственности за свое функционирование на родных и близких. Другими словами, особенности физического развития «особых» детей усугубляются недостатками воспитания.

Немногочисленные исследования того, как представляют себе будущую жизнь дети-инвалиды, показали, что данные представления весьма

отличаются от модели будущего здоровых детей. В 14-15 лет 36% особых детей мечтают об улучшении здоровья и все 100% – о получении конкретной профессии. Но к 15-16 годам видение будущего значительно сужается: планы строятся не более чем на 5 лет вперед, и. как правило, только в отношении работы. Эмоциональная окраска будущего отрицательная. Дети не уверены в своих шансах. «Модель будущего бедна, ограничена в содержании и временной характеристике, в эмоциональном плане она отрицательна. В структуре модели будущего появляются противоречивые моменты. С одной стороны, желаемое будущее компенсирует ограничение реальных возможностей, имеет положительную окраску и отражает защитный механизм от возможных неудач. С другой стороны, низкий уровень удовлетворенности собой порождает внутриличностный конфликт с последующим формированием различных неврозов, серьезно осложняющих межличностные взаимоотношения» [2].

В 2019 г. силами студентов, обучающихся по направлению подготовки «Социальная работа», было проведено исследование особенностей процесса самоактуализации детей-инвалидов, занимающихся спортом, с использованием следующих методик: опросник самоактуализации А. Маслоу (тест САМОАЛ), исследование самооценки (модификация методики С.А. Будасси), тест-опросник «Мотивация достижений» А. Мехрабиана. Базой исследования стали дети-инвалиды, занимающиеся спортом, а также здоровые дети, занимающиеся спортом. В ходе исследования респондентами выступили 20 детей-спортсменов с ограниченными возможностями в возрасте от 12 до 15 лет. Из них 7 девочек и 13 мальчиков. А также 20 детей-спортсменов в возрасте от 12 до 15 лет. Из них 11 девочек и 9 мальчиков.

Результаты, полученные в ходе исследования, отражают уровень самоактуализации детей, их самооценку и мотивацию к жизненным достижениям.

На основании теста САМОАЛ Абрахама Маслоу были получены следующие результаты: дети-инвалиды, занимающиеся спортом, неправильно ориентируются во времени, а значит, обладают низким уровнем самоактуализации, они либо живут прошлым, вспоминая об ошибках, неудачах, трагедиях, либо – будущим, думая о несбыточных вещах. Соответственно это мешает им мыслить реально и жить настоящим. Они более подвержены влиянию внешних обстоятельств и мнению других людей, то есть они не могут руководствоваться своими убеждениями и принципами.

В отличие от здоровых детей-спортсменов детям-спортсменам с ограниченными физическими возможностями присущ догматизм, проявляющийся в том, что они очень жестко придерживаются общих

принципов, чувствительность к собственным переживаниям и потребностям у них чуть ниже нормы, они опасаются открыто проявлять свои чувства, в отличие от здоровых детей-спортсменов. Дети-спортсмены высоко ценят себя, нравятся себе при условии, что для этого есть объективные основания, чего нельзя сказать о детях-инвалидах, занимающихся спортом, которые не только не принимают себя, но и испытывают значительные трудности в общении. Исходя из этого, можно сделать вывод о том, что у детей-инвалидов, занимающихся спортом, наблюдаются трудности в самоактуализации по сравнению со здоровыми детьми-спортсменами.

В процессе изучения самооценки личности были получены следующие результаты: +0,39% – уровень самооценки здоровых детей-спортсменов и -0,37% – уровень самооценки детей-спортсменов с ограниченными физическими возможностями. Так как уровень от -0,37% до +0,37% – выражает слабую связь между «Я» реальным и «Я» идеальным; от +0,38% до +0,9% – значимую положительную связь; от +0,9% до +1% – неадекватно завышенную самооценку; от -0,38% до -1 – значимую отрицательную связь: получается, что здоровые дети-спортсмены положительно связывают качества, присущие их идеальному образу и качества, присущие им самим, а значит и самооценка – высока. А дети-инвалиды, занимающиеся спортом, показали слабую связь между собой и их идеалом, то есть самооценка занижена.

В настоящее время проблемы самоактуализации и самореализации детей-инвалидов являются предметом исследования специалистов различных отраслей науки и практики, где описано множество факторов, которые влияют на возникновение трудностей самоактуализации детей-инвалидов, среди которых: недостаточность форм социальной поддержки, недоступность необходимых медицинских услуг, образования, бытового обслуживания, отсутствие надлежащей доступной среды.

В процессе исследования были проведены беседы с членами сборной Рязанской области по паралимпийскому виду спорта – боччe, по результатам которых можно сделать вывод о том, что, несмотря на наличие родных, люди с ограниченными возможностями очень одиноки. Поэтому им необходимо любое общение, необходимо чувствовать себя нужным обществу, необходимо развиваться. Некоторые возвращаются к жизни именно благодаря спорту, но у большинства детей-инвалидов нет возможности посещать тренировки, приобретать дорогостоящие медикаменты, инвентарь. Родители вынуждены работать большое количество времени, чтобы обеспечить больного ребенка. В это время дети-инвалиды находятся дома и не видят ничего, кроме своей комнаты. Другой фактор, мешающий выйти из дома – отсутствие

инфраструктуры для людей с ограниченными возможностями: лифтов, пандусов, транспорта.

Для успешной самоактуализации необходимо, чтобы личность находилась в постоянном развитии. Ребенку-инвалиду, в том числе занимающемуся спортом, важно иметь цели в жизни и идти к ним. Из этого следует, что большую роль в процессе самоактуализации детей с ограниченными физическими возможностями играет мотивация к достижению успеха.

В результате исследования мотивации достижения успеха нами были получены следующие результаты: 135 баллов у девочек-инвалидов, занимающихся спортом против 180 баллов у здоровых девочек-спортсменок, а также 147 баллов у мальчиков-спортсменов с ограниченными физическими возможностями против 171 балла у мальчиков-спортсменов. Очевидно, что независимо от пола дети-инвалиды, занимающиеся спортом, стремятся избегать неудач, а здоровые дети-спортсмены, наоборот, стремятся к успеху. Это говорит о том, что дети-спортсмены с ограниченными физическими возможностями испытывают проблемы с мотивацией к достижениям.

Далее рассмотрим и проанализируем действующие на территории РФ социально-психологические технологии преодоления трудностей детей-инвалидов, занимающихся спортом.

Успешность социальной адаптации и уровень интеграции детей с ограниченными возможностями в общество во многом зависит от уровня их социализации, самоактуализации, а также от участия семьи в этом процессе. Рассматривая технологии работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья, можно констатировать, что они весьма разнообразны и направлены на диагностику проблем, определение причин и поиск способов их решения, изменение социального статуса и ценностных ориентаций детей-инвалидов, повышение экономического и культурного уровня, развитие коммуникативной компетентности; помощь в восстановлении ресурсов и жизненного потенциала; профилактику рисков социального и индивидуального характера; содействие вхождению детей с ограниченными возможностями здоровья в достаточно враждебное для них общество или культурную среду.

В настоящее время особую актуальность проблема самоактуализации обретает в связи с положением в обществе лиц с ограниченными возможностями здоровья. Сейчас появляются инновационные идеи и технологии социальной адаптации, психологической реабилитации, самоактуализации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, их интеграции в современное общество, как полноценных его членов, и возможности их

самореализации. Возникает необходимость в полной мере реализовать потенциал лиц с ограниченными возможностями здоровья и интегрировать их в социум, что предполагает реализацию следующих мер: развитие мотивации достижения успеха и преодоление иждивенчества у детей с ограниченными возможностями здоровья; обеспечение инфраструктуры для детей-инвалидов, занимающихся спортом, финансовая поддержка специализированных учреждений; привлечение к работе в общеобразовательных учреждениях специалистов по адаптивной физической культуре; повышение престижности и популярности занятий адаптивной физической культурой и спортом для детей-инвалидов.

Список литературы

1. Казанская, В.Г., Колпакова, А.Н. О психолого-педагогическом сопровождении самоактуализации личности в образовательном пространстве [Текст] / В.Г. Казанская, А.Н. Колпакова // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. – 2013. – № 3. Том 5. – 33 с.

2. Социально-психологические проблемы детей-инвалидов: различные подходы к пониманию. Н.А. Холопенко Инклюзия. Проект Центра «Взаимодействие». – [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://inclusion24.ru/ library/, свободный (дата обращения: 07.02.2021)

УДК 364.62
ББК 60.95

Кокорева М.Е., Баркова В.Л.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ «РУССКОЕ ПОЛЕ» ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Актуализирована необходимость разработки программы работы социально-психологической службы в медицинских учреждениях для детей, имеющих онкологическое заболевание. Раскрыты основные черты социально-психологического портрета ребенка с онкологией. Показана необходимость организации работы социально-психологической службы на базе

медицинских учреждений для обеспечения комплексного мультидисциплинарного подхода к реабилитации детей с онкологией

Ключевые слова: социально-психологическая служба, социальная работа, специалист по социальной работе, онкология, инвалидность.

Kokoreva M. E., BarkovaV. L.

ORGANIZATION OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL SERVICES IN MEDICAL ORGANIZATIONS FOR CHILDREN WITH CANCER (ON THE EXAMPLE OF THE RUSSIAN FIELD RESEARCH CENTER»)

Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

Actualized the need to develop a program of work of the social and psychological service in medical institutions for children with cancer diagnosis. The main features of the socio-psychological portrait of a child with cancer are revealed. The necessity of organizing the work of social and psychological services on the basis of medical institutions to provide a comprehensive multidisciplinary approach to the rehabilitation of children with cancer is shown

Keywords: social and psychological service, social work, social work specialist, oncology, disability.

Онкологическое заболевание – тяжелейшая болезнь, которая оказывает влияние на все аспекты жизнедеятельности человека, проявляется на физическом, психологическом и социальном уровнях. В сегодняшних условиях онкология является не просто недугом, а становится стилем жизни и особым смысловым пространством для больного человека [2]. Процесс осознания пациентом прогноза своего онкологического заболевания, в большинстве случаев приводит к образованию тяжелых депрессивных состояний. Особенно сложно постановка онкологического диагноза переживается детьми и подростками, личность которых все еще находится на стадии становления [4]. И это при том, что психическое состояние больного оказывает существенное влияние на протекание заболевания и результаты его лечения, возможность выздоровления.

Проблема онкологических заболеваний среди детей в России стоит очень остро. За последние несколько лет, как свидетельствуют данные официальной статистики, общая численность детей, которым был поставлен онкологический диагноз, в России достигло своего максимума. По состоянию

на 2018 год Росстатом было зафиксировано 21248 случаев заболеваний раком у детей до 14 лет и 5707 случаев у детей от 15 до 17 лет.

К сожалению, данные показатели являются рекордными за последнее десятилетие [3]. Практически ни одна семья не способна справиться самостоятельно с теми проблемами, которые возникают в процессе лечения и реабилитации онкологически больного ребенка, в силу чего они сталкиваются со значительными издержками и потерями.

Перед современной мировой системой здравоохранения стоит задача, заключающаяся не только в том, чтобы реабилитировать пациента, имеющего онкологический диагноз, обеспечить профилактику метастазирования и появления рецидивов опухоли, но также и в том, чтобы повысить его качество жизни, восстановить физическое и психическое здоровье. Это может быть достигнуто, в первую очередь, посредством реализации соответствующих комплексных мероприятий социально-психологической направленности.

Несмотря на очевидность этого, во многих странах по-прежнему наблюдается диспропорция между все более усложняющимися методами лечения детской онкологии и недостаточностью знаний о характере и особенностях социально-психологических реакций и состояний детей, столкнувшихся с онкологическим диагнозом. Особенно это касается российской действительности, где опыт социально-психологической работы с детьми, имеющими положительный онкологический диагноз, в достаточном количестве все еще не накоплен [5].

Лечебно-реабилитационный научный центр «Русское поле» (ЛРНЦ) ФГБУ НМИЦ «ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» был открыт впервые в России как профильный центр. В центре проходят реабилитацию дети от 0 до 18 лет. В состав отделения клинической психологии, социально-педагогической диагностики и коррекции входит группа медико-социальной работы.

Целью работы данной группы является социальное сопровождение больных детей, а также членов их семей. Специалисты по социальной работе работают в штате профильных отделений и образуют вместе с психологами и медицинским персоналом мультидисциплинарную команду.

Работа медико-социальной группы осуществляется специалистами по социальной работе с высшим образованием по двух уровневой системе: I уровень – решение актуальных проблем в период пребывания родителей и детей непосредственно в медицинском учреждении; II уровень – помощь в решении проблем по месту жительства семьи. Основными направлениями оказания социально-психологической помощи являются: социальная диагностика; социальная адаптация; социальная экспертиза; социальная реабилитация [1].

Для обоснования необходимости разработки действенной и более эффективной программы социально-психологической поддержки детей, столкнувшихся с онкологической болезнью, нами было проведено исследование в формате опроса, организованное на базе лечебно-реабилитационного научного центра «Русское поле» ФГБУ НМИЦ «ДГОИ им. Дмитрия Рогачева».

Всего в исследовании приняли участие 511 родителей, детей с онкозаболеванием, проходящих реабилитацию в данном центре. Среди детей, 431 (84,3%) ребенок имел инвалидность, 28 (5,4%) детей не имели статуса инвалида и 52 (10,1%) ребенка, которые ожидали оформления инвалидности на момент опроса.

Распределение респондентов, принявших участие в настоящем исследовании, по месту проживания выглядит следующим образом: Москва – 47 (9,1%) детей; Санкт-Петербург – 4 (0,7%) ребенка; другие города России – 282 (55,2%) ребенка; районные центры – 85 (16,6%) детей; сельские местности – 93 (18%) ребенка. Из опроса видно, что около 90% пациентов приезжают из других регионов, поэтому важное направление работы – изучение проблем по месту жительства семьи и организация помощи по их решению, а одной из ключевых задач специалистов по социальной работе является активная работа с регионами по решению проблем детей и семей по месту их жительства.

Жилищные условия остаются существенным фактором, который влияет на качество жизни семьи, в составе которой имеется ребенок-инвалид. Опрос показал, что у большей части семей жилищные условия удовлетворительные: наличие своего собственного жилья (квартиры, дома) – 326 (63,7%) детей; коммунальная квартира – 26(5,0%) детей; комната в общежитии – 14(2,7%) детей; съемное жилье – 69 (13,5) детей; проживание у родственников, знакомых – 76 (14.8%) детей.

Выяснено, что большая часть родителей, дети которых имеют онкологический диагноз, сталкивались с трудностями при оформлении инвалидности. А именно: 225 (44%) опрошенных – имели данные трудности в связи с отсутствием информации, 85 (16,6%) человек не могли попасть своевременно на комиссию. Около 85% семей, имеющих детей инвалидов, не знают своих прав, льгот, не могут их правильно оформить, поэтому проводятся консультации по вопросам социальной защиты, по юридическим проблемам, правам ребенка-инвалида и его семьи.

Участникам анкетирования был задан вопрос о том, какие функции службы социально-психологической работы с детьми, имеющими онкологический диагноз, они знают. Среди полученных ответов, по мнению участников анкетирования, основные функции службы социально-

психологической работы с детьми, имеющими онкологическое заболевание, являются: просветительская работа – 150 (29,3%) человек; правовое консультирование – 106 (20,7%) респондентов; содействие в получении льготных пособий – 66 (12,9%) опрошенных; психологическая поддержка – 65 (12,7%) человек; организация ухода в рамках социологического обследования – 47 (9,1%) человек; содействие в получении медицинской помощи – 41 (8%) опрошенных; содействие в направлении на МСЭ – 20 (3,9%) человек; формирование здорового образа жизни – 16 (3,1%) респондентов.

Следующий вопрос, заданный в опросе, предполагал выяснение того, осуществлялась ли социально-психологическая работа с детьми, имеющими онкологический диагноз в больнице, на базе которой они проходили лечение. Среди полученных ответов было выявлено следующее: 350 (68,4%) респондентов ответили, что социально-психологическая помощь в медицинском учреждении не осуществлялась; 55 (10,7%) опрошенных указали, что такой вид работы был проведен с их детьми; и 106 (20,7) человек затруднились ответить на данный вопрос. И это при том, что все опрошенные отметили, что в учреждениях здравоохранения пациентам необходима не только медицинская, но и социальная, психологическая, юридическая помощь.

Были отмечены основные направления помощи социально-психологической службы, которая была оказана специалистами по социальной работе лечебно-реабилитационного центра «Русское поле» родителям детей, имеющих онкологическое заболевание. Прежде всего ими были получены следующие виды помощи: консультация о правах и льготах – 53 (10,3) опрошенных; содействие в поиске благотворительных фондов – 25 (4,85) человек; оформление инвалидности – 23 (4,5%) человек; сбор всех необходимых документов для получения мер социальной поддержки и др. – 64 (12,5%) респондента.

О необходимости организации психологической помощи детям, имеющим онкологическое заболевание, высказались 121 (23,6%) опрошенных, 208 (40,7%) респондентов отметили, что первостепенным является оказание социальной помощи и 102 (19,9%) опрошенных указали на необходимость организации соответствующей реабилитационной помощи.

Результаты проведенного анкетирования позволяют засвидетельствовать высокую необходимость организации социально-психологической службы на базе медицинских учреждений в городах и районных центрах России для работы с детьми, имеющими онкологические заболевания, и их родителями.

В фундамент социально-психологической работы на базе медицинских учреждений, должны быть заложены концепции и теории российских и зарубежных ученых-медиков, психологов, специалистов по социальной работе, их разработки по работе с детьми, имеющими онкологический диагноз. Важно обеспечить психологическое сопровождение ребенка и его родителей, а также сиблингов (здоровых братьев и сестер) на каждом из этапов переживания реакций на онкологическое заболевание; включение механизмов психологической защиты; формирование чувства безопасности, а также эмоциональной и моральной поддержки.

Однако существуют определенные трудности в оплате труда специалистов по социальной работе в медицинских учреждениях. В связи с переходом системы здравоохранения на одноканальное финансирование, работа специалистов, занятых в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях и центрах, формально осталась без источников финансирования, так как не входит в перечень услуг, оплачиваемых фондом ОМС.

Если учесть, что в соответствии с Федеральным законом от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», ребенок с онкологическим заболеванием и члены его семьи являются получателями социальных услуг, т.к. относятся к кругу лиц, нуждающихся в социальном обслуживании (статья 15), а содержание и технологии медико-социальной работы в реабилитационном центре, реализуемые группой медико-социальной работы центра, представляют собой социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-педагогические, социально-правовые услуги (статья 20), а данная группа также осуществляет социальное сопровождение (статья 22), это дает основание для прямого финансирования деятельности медико-социальной группы как поставщика социальных услуг через участие в конкурсах на размещение государственного заказа на социальное обслуживание детей с онкологическими заболеваниями и членов их семей в период лечения и реабилитации в медицинских организациях.

Таким образом, мы можем утверждать, что только такой подход к обеспечению работы социально-психологической службы в медицинских организациях может быть эффективным и позволит наладить привычный режим жизни детей с онкологическими диагнозами и ее важнейшие социально-психологические составляющие, обеспечить ее качественный и достойный уровень. Грамотно выстроенная медико-социальная и психологическая работа с детьми в медицинских организациях в связи с неутешительной российской статистикой детских онкологических

заболеваний, имеет решающее значение в повышении качества жизни тысяч таких семей.

Список литературы

1. Кокорева М.Е., Карелин А.Ф., Цейтлин Г.Я. Опыт полипрофессионального подхода к оказанию медико-социальной реабилитации детям с онкозаболеванием в учреждении здравоохранения // Реабилитация – XXI век: традиции и инновации: сборник статей II Нац. конгр. с межд. участием. – Санкт-Петербург, 2018. – С. 64-67.

2. Мирошкин Р.Б., Фисун Е.В., Филиппова Н.Е. Психологическая реабилитация семей с детьми, перенесшими онкологическое заболевание // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2010. – № 3.

3. Росстат: число больных раком детей в России достигло максимума за 10 лет. – URL: https://www.currenttime.tv/a/russia-statistics-children-cancer/30101343.html#:~:text (дата обращения 12.01.2021).

4. Урядницкая Н.А. Психологическая саморегуляция у детей с онкологической патологией: дисс. … канд. психолог. наук. – Специальность: 19.00.04. – М., 1998. – 183 с.

5. Чулкова В.А. Социально-психологические аспекты онкологических заболеваний в современном обществе // Прикладные исследования и практика. – 2015. – № 6. – С. 117-127.

УДК 316.6: [616.89-008.454-053.9]:364
ББК 60.95

Корчагина Л. М.

ТЕХНОЛОГИИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ ДЕПРЕССИИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В СФЕРЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный университет имени С.А. Есенина", г. Рязань

В статье рассматриваются технологии немедицинской психотерапии в социальной работе с пожилыми людьми. Определены этапы и показаны особенности применения данных технологий. Даются рекомендации и приводится опыт работы по применению данных технологий в психосоциальной работе с пожилыми людьми.

Ключевые слова: пожилые люди, библиотерапия, кинотерапия, терапия воспоминаниями, трудотерапия, религиозная терапия, социальный проект

Korchagina L. M.

TECHNOLOGIES OF PSYCHOSOCIAL WORK TO OVERCOME THE DEPRESSION OF THE ELDERLY IN THE FIELD OF SOCIAL PROTECTION OF THE POPULATION

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ryazan State University named after S. A. Yesenin", Ryazan, Russia

The article discusses the technologies of non-medical psychotherapy in social work with the elderly. The stages are defined and the features of the application of these technologies are shown. Recommendations are given and experience is provided on the use of these technologies in psychosocial work with the elderly.

Keywords: elderly people, bibliotherapy, film therapy, memory therapy, occupational therapy, religious therapy, social project.

Традиционные методы лечения депрессии включают в себя технологии медицинской (медикаментозное лечение, назначаемое врачами-психиатрами) и немедицинской психотерапии [3, 5]. В России в психосоциальной работе с депрессиями пожилых людей широко применяется немедицинская психотерапия, которая может помочь облегчить симптомы депрессии, приспособиться к кризису или другим трудностям, восстановить чувство счастья и контроля в жизни. Успех психотерапии зависит от желания пациента обратиться к врачу, психосоциальному работнику и точного выполнения рекомендаций специалистов.

Рассмотрим наиболее распространенные виды немедицинской психотерапии в работе с пожилыми пенсионерами.

Арт-терапия – терапевтическое воздействие посредством художественного (изобразительного) творчества на человека, что повышает эмоциональный фон и помогает гармонизировать отношения. В настоящее время в работе с пожилыми людьми широко применяются следующие виды арт-терапии: библиотерапия, кинотерапия, изотерапия, музыкотерапия и др. Рассмотрим некоторые из них.

Библиотерапия предполагает использование литературных текстов и направлена на уменьшение страданий человека за счёт изменения ценностных установок личности. Многие пожилые люди страдают возрастными

нарушениями зрения, у них могут быть снижены познавательные способности, поэтому многие литературные произведения им сложны для понимания. В связи с этим целесообразно проводить библиотерапию с использованием религиозных текстов, так как с возрастом усиливается тяга к духовным истокам веры. Исследователями разработана технология психотерапевтической работы с использованием чтения религиозного текста (молитвы) [2]. Этапы технологии:

1) настрой на молитву, внутреннее расслабление с помощью специальных упражнений;

2) чтение молитвы совместно с пожилым человеком (возможны паузы, комментарии);

3) молчание в течение нескольких минут после чтения молитвы с целью возвращения к действительности и сохранения полученной практики;

4) принятие сложившегося решения после чтения молитвы.

Кинотерапия – психотерапевтические занятия, направленные на анализ жизненной ситуации человека через ситуации героев кинофильмов. Участник сеанса, как правило, идентифицирует себя с одним из героев фильма. Обсуждая и оценивая его поведение, он приписывает ему свои внутренние переживания, которые от своего имени выразить трудно [1].

Подбор фильмов должен быть таким, чтобы их просмотр давал пожилому человеку материал для размышления, для анализа реальной социально-психологической ситуации. В работе с пожилыми необходимо использовать фильмы, в которых отображена жизнь их поколения, их юности, молодости, зрелости, когда жизнь была насыщена разнообразными событиями. Выделяют этапы кинотерапии:

1) На организационном подбирается художественный фильм, отражающий данную проблему пожилого человека и побуждающий к размышлениям о своей жизни.

2) Основной этап – просмотр художественного фильма.

3) На заключительном этапе после просмотра организуется обсуждение фильма. Пожилой человек анализирует поступки героев фильма, описывает свои мысли и чувства, вызванные просмотром фильма. Затем обобщаются и анализируется высказывания пожилого человека.

Выбираются фильмы, которые непродолжительны во времени (не более 1,5 –2-х часов) с учётом особенностей здоровья пенсионера.

Трудотерапия – восстановление и компенсация нарушенных функций при помощи деятельности, направленной на создание полезного продукта. В реабилитационной работе с пожилыми людьми используются несколько

вариантов трудотерапии, различающихся по целям, задачам, методам и средствам осуществления:

- общеукрепляющая направлена на повышение общего жизненного тонуса и реадаптацию пожилого человека;
- бытовая направлена на обучение самообслуживанию, устранение беспомощности пожилого человека;
- функциональная воздействует на поврежденную часть тела или орган через специально подобранные виды трудовой деятельности для восстановления нарушенной функции;
- профессиональная направлена на восстановление трудовых навыков или обучение новым, посильным пожилому человеку.

Терапия воспоминаниями – психотерапевтическая технология, позволяющая пожилым людям осознать и осмыслить значимость собственной жизни. Воспоминания о прошлом позволяют человеку оценить по достоинству свой жизненный опыт, пересмотреть, переоценить и, возможно, принять свою жизнь. Рассказывая о своём жизненном пути, пожилой человек с помощью психолога выделяет самые светлые и радостные эпизоды своей жизни. Этапы терапии включают в себя:

1) организацию терапии (предварительное заключение психолога о выяснении желания и готовности пожилого человека работать с воспоминаниями; создание обстановки, располагающей пожилого человека к воспоминаниям);

2) непосредственную работу с воспоминаниями пожилых людей (ведение записи с согласия пожилого человека; корректировка собранных воспоминаний; просмотр и обсуждение фотографий, писем и других документов; составление сборников воспоминаний, создание презентаций, фотоальбомов, видеофильмов; предоставление возможности рассказать о себе и своём жизненном пути различной аудитории);

3) подведение итогов работы (заключение психолога об изменении эмоционального состояния пожилых людей в динамике) [4].

Терапия религией – психотерапевтическая технология, направленная на оказание психологической помощи, основанной на вере в Бога, на традиционных православных ценностях. При применении данной терапии нужно, во-первых, учитывать степень религиозности пожилого человека, во-вторых, уметь выявить духовную сторону проблемы пожилого человека. Кроме того, с учётом желания человека можно содействовать в его воцерковлении. Для терапевтической работы необходимо привлекать священника.

Терапия религией способствует регулированию поведения в положительном направлении, привитию духовных ценностей, дающих самопомощь и самоподдержку. Тревожность, страхи, свойственные пожилым людям, снимаются с помощью обрядов с использованием освящённых предметов и молитв. Кроме того, пожилой человек, которому нужна психологическая помощь, имеет возможность посещать церковь, молиться, исповедоваться, причащаться, читать Библию и осуществлять паломничество по святым местам.

Изучение опыта социальной работы, направленного на преодоление депрессии у пожилых людей, дают возможность для конструирования и проектирования социальных проектов и программ.

Так, в ГБСО РО "Рязанский геронтологический центр имени П.А. Мальшина" для преодоления депрессии у пожилых людей был предложен социальный проект под названием «Депрессии – НЕТ!» Цели проекта:

1. Нормализация настроения и самочувствия пожилых людей.
2. Повышение социальной активности пожилых людей.
3. Реализация возможностей самоподдержки пожилых людей.
4. Перенос навыков, приобретенных в ходе социально-психологического тренинга, в реальную жизнь.

Задачи проекта:

1. Развитие навыков социальных контактов.
2. Уменьшение интенсивности проявлений отдельных депрессивных симптомов.
3. Повышение социальной активности.
4. Улучшение общего самочувствия.
5. Изменение установок.
6. Установление рационального режима дня.

Методы и методики, использованные в проекте: теоретико-методологический анализ научных источников; диагностические методы: шкала депрессии А.Т. Бека, методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона, методика «Смысложизненных ориентаций» Д.А. Леонтьева; методы математико-статистического анализа: коэффициент корреляции Пирсона.

Описание работ, которые должны быть выполнены в рамках проекта:

1. Информирование пожилых людей о сущности депрессии, об особенностях и последствиях патологических форм её проявления, способах преодоления депрессии.
2. Создание программ по работе с депрессией пенсионеров.
3. Осуществление этих программ в рамках данного проекта.

Требования к реализации услуг: систематичность (в соответствии с графиком работы); интегративный характер деятельности (совместно с другими специалистами (психологом); ориентация на активизацию сил подопечных.

Сроки реализации проекта – октябрь – декабрь 2020 г.

Ожидаемый результат – преодоление депрессии пожилых людей с помощью упражнений социально-психологического тренинга.

Календарный план-график мероприятий включает следующие направления:

1. Диагностику депрессии у пожилых людей.

2. Выявление факторов депрессии у пожилых людей с помощью диагностики.

3. Нормализацию настроения и самочувствия (тренинг «Работа с собственным эмоциональным состоянием»).

4. Повышение социальной активности пенсионеров (тренинг «Социальная активность»).

5. Реализацию возможностей самоподдержки (тренинг «Искусство жить»).

Таким образом, применение технологий психосоциальной работы с депрессией пожилых людей позволяет сделать вывод о том, что с их помощью пожилым людям можно максимально дольше оставаться в привычной среде, улучшить как физическое, так и психическое состояние здоровья, обеспечить доступность, повышение качества и эффективность предоставляемых социальных услуг [3].

Список литературы

1. Басов Н.Ф. Социальная работа с людьми пожилого возраста. – Ростов н/Д: Феникс, 2009. – 346 с.

2. Будякова Т.П., Андрющенко О.А. Библиотерапия посредством библейских текстов как форма психореабилитации лиц пожилого возраста // Отечественный журнал социальной работы. – 2015. – № 3. – С. 125-130.

3. Корчагина Л.М. Психотерапевтические технологии в социальной работе с пожилыми людьми // Заметки учёного. – 2020. – № 10. – С. 302-305.

4. Корчагина Л.М. Терапия воспоминаниями как технология психосоциальной работы с пожилыми людьми // Отечественный журнал социальной работы. – 2020. – № 3. – С. 101-105.

5. Социально-психологические технологии работы с различными группами населения: учеб. пособие для студентов вузов / А.Н. Сухов и др.; под ред. А.Н. Сухова. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2019. – С. 205.

УДК 364.62+378
ББК 51.12+60.95

Крючкова И.М.

ПРОФИЛАКТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 И ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В ВУЗЕ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный университет имени С.А. Есенина», г. Рязань

В статье описываются профилактической аспекты медико-социальной работы. Автор представляет опыт организации деятельности вуза в условиях пандемии COVID-19.

Ключевые слова: медико-социальная работа; профилактическая деятельность, социальная дезадаптация, образовательный процесс в вузе.

Kryuchkova I.M.

COVID-19 PREVENTION AND EDUCATIONAL PROCESS AT THE UNIVERSITY

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ryazan State University named after S. A. Yesenin", Ryazan, Russia

The article describes the theoretical aspects of preventive medical and social work. The author presents the experience of organizing the activities of the university in the context of the COVID-19 pandemic.

Key words: medical and social work; preventive activities, social maladjustment, educational process at the university.

Актуальность медико-социальной работы за последние несколько лет в нашей стране существенно выросла. Способствуют этому различные причины: реализация национальных и региональных проектов в области здравоохранения; желание следовать модной тенденции, направленной на поддержание и ведение здорового образа жизни всех возрастных категорий населения; ухудшение эпидемиологической обстановки, которая связана с выявлением и распространением опасных по своим масштабам и последствиям для человечества неинфекционных и инфекционных заболеваний. Особенно это становится заметным на фоне событий 2019-2021 года, которые Всемирная организация здравоохранения объявила пандемией в

связи с распространением вирусного заболевания COVID-19. Эти обстоятельства определяют особенно пристальное внимание к медико-социальным проблемам населения.

В общественном сознании представление о новой коронавирусной инфекции чаще всего связывается с обывательскими страхами из-за пресловутой «короны». Это объясняется как массовым распространением и тяжелым протеканием самого заболевания, высокой смертностью, возможными тяжелыми последствиями после выздоровления, а также длительным плохим самочувствием у переболевших и т.п. Отсутствие достоверной информации, замалчивание ее, или же, напротив, информационный фонтан устрашающих фактов, нагнетание негативного эмоционального фона приводят к депрессивным состояниям граждан, нарастанию чувства тревоги. В добавление к этому отсутствие естественных социальных контактов при объявленной социальной изоляции, нарушение привычного ритма жизни и т.п. усугубили психотравмирующее действие на психическую составляющую личности [2].

Эти обстоятельства актуализируют роль технологий социальной работы в учреждениях здравоохранения в рамках профессиональной медико-социальной работы. Под понятием «медико-социальная работа» понимают профессиональную мультидисциплинарную деятельность медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленную на восстановление, сохранение и укрепление здоровья» [4, с.82]

Цель такой работы является достижение высокого уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц, имеющих проблемы со здоровьем или же имеющих социальное неблагополучие.

Отсюда можно сделать вывод что объектами медико-социальной работы выступают различные категории населения, имеющие выраженные медицинские или социальные проблемы, которые оказывают взаимное влияние друг на друга и усугубляют их. Таким образом, люди, у которых проявляются характерные признаки социальной дезадаптации, становятся объектами и медико-социальной работы.

В литературе медико-социальную работу принято разграничивать на два направления: патогенетическое и профилактическое. Последнее направление предусматривает выполнение мероприятий по предупреждению социально-зависимых нарушений соматического, психического, репродуктивного здоровья, формирование установок на здоровый образ жизни, обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья [4, с.85]. В этом тезисе видна взаимосвязь понятий «социальное здоровье» и «медико-социальная

профилактика». Достижение социального здоровья — здоровья общества — не может быть реализовано без практической профилактической деятельности и ответственности граждан в этом вопросе [1].

Примером реализации на практике профилактического направления медико-социальной работы в образовательных учреждениях в условиях сложной эпидемиологической обстановки является деятельность Рязанского государственного университета имени С.А. Есенина.

Так, с марта 2020 года по февраль 2021 года руководство вуза в связи с распоряжениями Президента РФ было вынуждено ввести особые условия работы для сотрудников и учебы для учащейся молодежи [3]. Данные меры, как и на территории всей страны, призваны сократить масштабы распространения заболевания коронавирусной инфекции (COVID-19) и сократить число инфицированных людей. К числу наиболее заметных действий необходимо отнести нижеперечисленные.

1) Введение дистанционного (удаленного) режима организации учебного процесса как в период учебных семестров, так и во время академической сессии.

2) Специальные ограничения для работы сотрудников старше 65 лет или имеющих особые заболевания из установленного списка, а также для сотрудников из числа профессорско-преподавательского состава, имеющих детей в возрасте до 14 лет.

3) Организация обучения в аудиториях с соблюдением всех требований безопасности: социальное дистанцирование, обязательное нахождение в корпусах в индивидуальной защитной маске, обработка рук дезинфицирующими средствами, обязательное проветривание учебных аудиторий между занятиями.

4) Термометрия сотрудников и студентов на входе в учебные корпуса.

5) Запрет на пребывание в местах массового скопления людей (торговые центры, кинотеатры и др.) и на поездки в социальные учреждения с воспитательно-образовательными целями или волонтерской направленности; организация и проведение их в дистанционном формате.

6) Для студентов, проживающих в общежитии, было объявлено о необходимости возвращения по месту своего постоянного проживания. Данная мера не была категоричной, т.к. многие иногородние и иностранные студенты столкнулись с проблемой транспортной доступности и сложностями обучения через интернет при труднодоступности интернет-соединения.

7) В общежитиях в некоторых отсеках обустроены изоляторы для заболевших студентов.

8) Силами студентов при поддержке профкома студентов была организована гуманитарно-материальная помощь для иностранных студентов, проживающих в общежитии.

9) После объявления старта вакцинации в стране профессорско-преподавательский состав, а также желающие студенты могли записаться для добровольной прививки от COVID-19.

10) Любая информация, которая должна быть доведена до участников образовательного процесса транслировалась по всем каналам распространения информации: официальный сайт университета, корпоративная почта сотрудников и студентов, социальные сети, информационные доски на факультетах и институтах.

Безусловно, эти ограничения существенно изменили привычную жизнь и студенческого сообщества, и преподавательского коллектива. К этим новым условиям приходится адаптироваться всем участникам образовательного процесса.

Таким образом, говоря о социально-психологической готовности к мерам по осуществлению медико-социальной работы профилактической направленности в образовательном учреждении можно сделать определенные выводы.

Так, с одной стороны, и на государственном уровне, и на уровне социальной организации (РГУ имени С.А. Есенина) проводятся все необходимые мероприятия по защите и профилактике населения от распространения коронавирусной инфекции.

С другой стороны, оценить влияние борьбы с коронавирусной инфекцией на психическое здоровье общества и социально-экономические последствия для всего общества пока не представляется возможным. Но применительно к образовательному процессу в высшей школе все это, безусловно, отразилось нежелательным образом на успеваемости и профессиональной подготовке студентов, их социально-психологических характеристиках, психоэмоциональном фоне.

Список литературы

1. Байкова, Л. А. Социальное здоровье детей и молодежи: методология, теория, практика: монография / Л. А. Байкова; РГУ имени С. А. Есенина. – Рязань: РГУ, 2011. – 224 с.

2. Кононов А.Н. Тревога о будущем в условиях пандемии коронавирусной инфекции: исследование методом контент-анализа // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. – 2020. – № 3. – С.18-28.

3. Рязанский государственный университет имени С. А. Есенина [Электронный ресурс] URL: *https://www.rsu.edu.ru/* (Дата обращения 24.02.2021).
4. Технологии социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: Учеб. пособие / Под ред. проф. П.Д. Павленка. – М.: ИНФРА-М, 2011. – 379 с.

УДК 364.2
ББК 51.1

Лисовская О.Н., Борисюк О.Л., Лисовский С.Т.

МУЖСКОЕ РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ ПРОБЛЕМА

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», Учреждение образования «Гродненский государственный университет имени Янки Купалы», г. Гродно, Республика Беларусь

В статье дана характеристика медицинских и социальных проблем мужского репродуктивного здоровья, изучена информированность юношей-студентов различных факультетов УО «Гродненский государственный университет имени Янки Купалы» по вопросам профилактики, сохранения и укрепления их репродуктивного здоровья.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье мужчин, медицинские и социальные проблемы репродуктивного здоровья.

Lisovskaya O.N., Borisyuk O.L., Lisovskiy S.T.

MALE REPRODUCTIVE HEALTH AS A SOCIO-MEDICAL PROBLEM OF OUR TIME

Educational institution «Grodno State Medical University» Professorial Advisory Center, Educational institution «Yanka Kupala State University of Grodno», Belarus

The article describes the medical and social problems of male reproductive health, studied the awareness of young male students of various faculties of the educational institution «Yanka Kupala State University of Grodno» on the prevention, preservation and strengthening of reproductive health.

Key words: male reproductive health, medical and social problems of reproductive health.

Актуальность проблемы репродуктивного здоровья мужчин актуальны для многих стран. В качестве неблагоприятных процессов можно отметить значительное ухудшение состояния здоровья мужского населения, несовершенство медицинского обслуживания, ухудшение качества питания, загрязнение окружающей среды, рост стрессовых ситуаций в повседневной жизни, недостаточный объем профилактических программ, направленных на формирование здорового образа жизни у молодых мужчин.

В Республике Беларусь охрана репродуктивного здоровья имеет особую, целевую государственную поддержку. Приняты Государственные программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь на 2021 – 2025 годы», «Национальная стратегия укрепления здоровья детей и подростков в Республике Беларусь на 2018 – 2021 годы», «Профилактика ВИЧ-инфекции на 2019 – 2023 годы», Республиканская программа «Молодежь Беларуси» и другие. Разработан комплекс государственных мероприятий, направленных на укрепление демографической безопасности страны, профилактику репродуктивного здоровья.

Репродуктивное здоровье является важной составляющей «общественного здоровья». Под репродуктивным здоровьем, в соответствии с определением ВОЗ, подразумевается состояние полного физического и социального благополучия, отсутствие заболеваний репродуктивной системы, нарушение ее функций, процессов. Таким образом, репродуктивное здоровье означает возможность удовлетворенной и безопасной сексуальной жизни, способность к воспроизведению (рождению детей), возможность субъектов решать, сколько и в каком возрасте иметь детей [1].

Формирование репродуктивного здоровья человека начинается задолго до его рождения и зависит от родителей, их соматического здоровья, множества эндогенных и экзогенных факторов риска, воздействующих в период эмбриогенеза.

Наиболее часто встречающимся нарушением репродукции является бесплодие, играющее значительную негативную роль в снижении качества жизни современного мужчины, жизнедеятельность которого протекает в условиях экономической, психологической, социальной напряженности, а также усугубляет негативную демографическую ситуацию в обществе.

Мужское бесплодие приобретает особую медицинскую и социальную значимость как у нас в стране, так и за рубежом. Изучение мужского фактора бесплодия считается важным научно-практическим направлением во всем мире. Согласно статистическим данным, репродуктивный потенциал

мужского населения в мире ежегодно снижается, бесплодных пар становится все больше.

Бесплодие в браке – распространенная проблема, которая затрагивает около 15 % супружеских пар. Порядка 40 % случаев бесплодия связаны с так называемым мужским фактором. На первом месте среди мужского бесплодия (30 %) стоит идиопатическое бесплодие. Второй по частоте (14,8 %) причиной бесплодия служит варикоцеле: 80 % случаев вторичного бесплодия у мужчин связано именно с ним [4].

К основным медицинским факторам, влияющим на развитие нарушений фертильности мужчин, относятся: инфекции, передаваемые половым путем (хламидийная, трихомонадная, уреаплазменная, хламидийно-кандидозная), нервно-психический фактор (тяжелые психические травмы), врожденные и генетические патологии, инфекционно-токсический фактор, экзогенные интоксикации, нарушения функции эндокринных и других внутренних органов (щитовидной железы, надпочечников, эпифиза, поджелудочной железы), сосудистые нарушения, травмы половых органов, аутоиммунные поражения половых желез, алиментарные факторы (недостаточное питание, полное или частичное голодание) [3].

В настоящее время установлено, что на формирование здорового образа жизни, ответственности граждан за формирование биоэкологически здорового общества влияет система здравоохранения в целом и лечебно-диагностические мероприятия в частности. Суммарный вклад социального института здравоохранения в формирование репродуктивного и общественного здоровья достигает 35 %. К факторам риска относятся:

неэффективные профилактические мероприятия;

низкое качество медицинской помощи;

несвоевременность медицинской помощи;

неэффективность взаимодействия социального института здравоохранения с другими социальными институтами, участвующими в формировании общественного и репродуктивного здоровья: системой образования, органами государственной власти, средствами массовой информации, финансовыми институтами (в том числе страховыми компаниями) и другими [2, с. 16].

Высокий риск возникновения болезней, влияющих на репродуктивное здоровье мужчин, связан с вредными профессиональными, психосоциальными и психосоматическими факторами. Важное место среди них занимают условия труда и качество окружающей среды. Наиболее часто бесплодие встречается у мужчин, занятых в производстве эфира, синтетических масел, анилиновых красителей.

В перечень веществ, опасных для репродуктивного здоровья мужчин, входят тяжелые металлы, органические растворители и красители, пестициды, сложные хлорорганические соединения, некоторые лекарственные препараты. Влияние физических факторов производственного процесса на мужскую репродукцию установлено в отношении вибрации. Непосредственное воздействие ряда химических веществ на генеративные структуры мужских гонад обуславливают нарушения сперматогенеза [5].

С целью изучения влияния социальных факторов на репродуктивное здоровье мужчин были проанализированы 43 амбулаторные карты пациентов, обратившихся к специалистам-андрологам в профессорский консультативный центр г. Гродно, по вопросам бесплодия в 2019 году.

Анализ анамнестических данных из медицинской документации показал, что нарушение репродуктивной системы у мужчин, в частности мужское бесплодие, наиболее часто (12 случаев – 27,9 %) вызваны инфекциями, передающимися половым путем, перенесенные инфекционные заболевания (эпидемический паротит) и наличие соматических патологий (сахарный диабет) оказали влияние на фертильность мужчин в 4 случаях, что составило 9,3 %, патология органов репродуктивной системы (варикоцеле, крипторхизм, травмы) была выявлена у 9 мужчин (20,9 %), на перенесенную ранее химиотерапию и лучевую терапию указали 3 пациента (6,9 %). Из социальных факторов, указывающих на развитие нарушений репродуктивной системы у обратившихся пациентов, были выявлены следующие: работа во вредных условиях труда 8 случаев – 18,6 %, привычные интоксикации (мужчины наблюдались у врача-нарколога по поводу алкогольной и наркотической зависимостей) 7 случаев – 16,2 %.

Для того, чтобы предотвратить репродуктивные проблемы мужского здоровья, молодым людям необходимо знать медико-социальные факторы, влияющие на их здоровье, пути формирования установки на ЗОЖ. С целью определения уровня знаний и информированности юношей-студентов, получающих высшее образование на различных факультетах УО «Гродненский государственный университет имени Я. Купалы», было проведено исследование методом анонимного опроса с применением специально разработанной анкеты. Опрошено 100 студентов. Из них – 38 юношей физико-технического факультета, 22 человека, обучающихся на факультете физической культуры, 22 студента инженерно-строительного факультета, 18 студентов факультета математики и информатики. Возраст респондентов составил от 17 до 23 лет. Студенты первого курса (17 – 18 лет) – 64 человека, студенты второго и третьего курсов (19 – 21 год) – 20 юношей, студенты четвертого курса (22 – 23 года) – 16 человек. Состоят в официальном

браке 3 (3 %) респондента, 2 (2 %) человека состоят в гражданском браке, остальные юноши не женаты.

Результаты. Анализ проведенного анкетирования показал следующее: большинство юношей считают, что репродуктивное здоровье – это «способность к воспроизводству потомства» (59 %); «удовлетворение и безопасная сексуальная жизнь» – 21 %; репродуктивное здоровье – это «состояние полного физического, умственного и социального благополучия» – 24 % опрошенных.

Ответы на вопрос: «Как Вы считаете, являются ли причинами нарушения репродуктивного здоровья у мужчин?», распределились следующим образом:

– раннее начало половой жизни – 13 % респондентов;

– вредные интоксикации (курение, алкоголь) – 74 % юношей;

– инфекции, передающиеся половым путем, – 71 % опрошенных.

– воздержание – 19 % студентов;

– ни один из перечисленных вариантов не подходит – 3%.

Принципов здорового образа жизни, таких, как занятие физической культурой и спортом, правильное и рациональное питание, соблюдение режима дня, активный образ жизни, отсутствие вредных привычек, соблюдение правил личной гигиены придерживаются 64 % опрошенных юношей. К сожалению, среди студентов немалый процент (36 %) тех, кто не соблюдает правила ЗОЖ. Не имеют вредных привычек 79 % юношей. Курят, иногда употребляют спиртные напитки, имеют зависимость от социальных сетей – 21 % опрошенных.

Большинство анкетируемых юношей (50 %) считают, что они достаточно хорошо информированы о репродуктивном здоровье; «можно было бы и лучше» ответили в 37 % случаях; «слабо информированы» – 13 %.

Информацию о репродуктивном здоровье студенты получают из различных источников: от родителей, старших братьев или сестер – 25 % анкетируемых; от педагогов – 27 %. В большинстве случаев (76 %) молодые мужчины информацию о репродуктивном здоровье получают из интернета; от сверстников и друзей – 31 %; из других источников (книги, журналы, жизненный опыт) – 2 % респондентов.

Опыт сексуальных отношений имеют 47 % опрошенных студентов. Средний возраст начала половой жизни – 17 – 19 лет.

Оптимальным возрастом для вступления в сексуальные отношения 70 % мужчин считают 17 – 20 лет, 20 – 25 лет – 26 % и 14 – 16 лет – 4 %.

На вопрос: «Что побудило Вас к первому сексуальному опыту», участники опроса ответили следующим образом (рисунок 1).

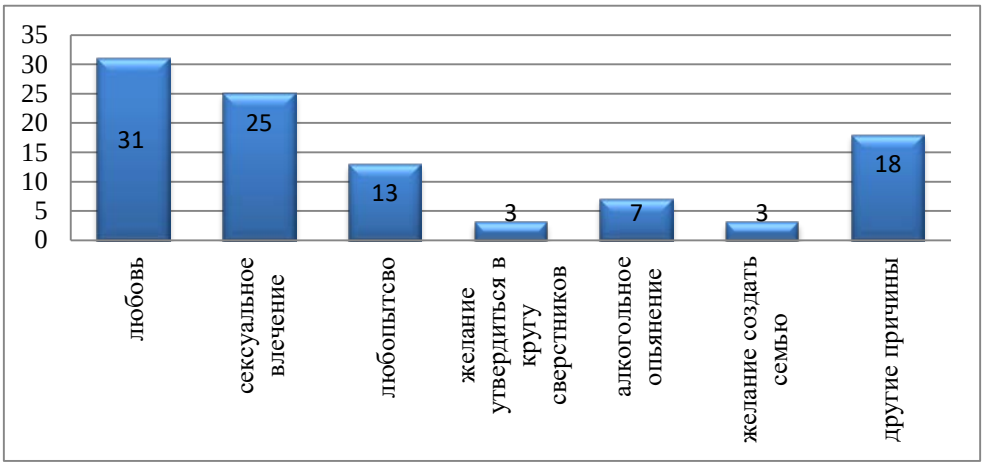

Рис. 1. Мотивы первого сексуального опыта у юношей-респондентов

Как видно, наиболее частой причиной первого сексуального опыта для юношей становится любовь – 31 %; сексуальное влечение – в 25 % случаев; любопытство – в 13 %. Желание утвердиться в кругу сверстников и желание создать семью побудило молодых людей к сексуальным отношениям в 3 % случаев; алкогольное опьянение – в 7 %. Другие личные причины стали поводом для первых сексуальных отношений у 18 % опрошенных.

Юноши достаточно хорошо информированы о существующих методах и средствах контрацепции, однако полученные результаты свидетельствуют о том, что респонденты не до конца уверены в том, какие виды контрацепции наиболее эффективны и безопасны. Наиболее эффективным средством контрацепции считают презерватив 80 % студентов, на второе место мужчины выносят оральные контрацептивы – 29 %, на третье место – внутриматочные спирали – 9 %. Физические методы назвали 6 % опрошенных, не знают про методы и виды контрацепции – 4 % участников анкетирования.

Ответственность за предохранение от нежелательной беременности по мнению опрошенных юношей в 74 % случаев несут оба партнера, мужчина – в 19 % и женщина – в 7 % случаев.

Приемлемыми для себя добрачные сексуальные отношения только с любимым человеком считают 55 % опрошенных мужчин; с любой понравившейся девушкой – 33 %; только с будущей супругой – 14 %; недопустимы вообще – 5 % респондентов.

Хорошо юноши-студенты осведомлены о клинических проявлениях инфекций, передающихся половым путем. При появлении симптомов обратятся к врачу 100 % участников опроса.

Ответы на вопрос: «Как Вы думаете, насколько часто бесплодие в браке связано с проблемами здоровья у мужчины?», ответы распределились следующим образом:

– менее, чем в 10 % случаев, – 23 % респондентов;

– в 30 % случаев – 46 % юношей;

– 50 % случаев – 31 % опрошенных.

Самым оптимальным возрастом для мужчины для вступления в брак и рождения ребенка 25 – 30 лет считают 54 % опрошенных респондентов; 20 – 25 лет – 21%; старше 30 лет – 18%; младше 20 лет – 7% мужчин.

Двух детей планируют иметь 47 % участников анкетирования, одного ребенка – 20%, трех – 17%, многодетными отцами хотят стать 4 % опрошенных, не планируют иметь детей 19 % мужчин.

Заключение. Полученные данные проведенного анкетирования среди студентов учреждения образования «Гродненский государственный университет им. Я. Купалы» свидетельствуют о недостаточной осведомленности юношей о мужском репродуктивном здоровье, мерах и средствах по его укреплению и сохранению. Уровень грамотности по вопросам инфекций, передающихся половым путем, и методам контрацепции достаточно низкий, причиной этого является использование некомпетентных и недостоверных источников получения информации.

Отмечается более раннее начало половой жизни студентов, не подразумевающее ни вступление в брак, ни рождение детей, что указывает на нарушение репродуктивных установок у молодых мужчин. Молодежь испытывает высокую потребность в получении достоверной информации из авторитетных источников о репродуктивном здоровье, видах и методах контрацепции, сексуальной культуре, способах заражения инфекциями, передающимися половым путем.

Существует необходимость в совершенствовании образовательных программ в области мужского репродуктивного здоровья, в улучшении организации профилактической и лечебной помощи молодежи. Требуется систематическая работа по формированию установки на здоровый образ жизни, оптимизации репродуктивного поведения студентов, своевременное выявление проблем и разработка мер по их реализации.

Список литературы

1. Калачикова О.Н. Репродуктивное здоровье населения: опыт исследования // Охрана материнства и детства. – 2012. – № 1. – С. 39.

2. Лисицын, Ю.П. Теории медицины XX века / Ю. П. Лисицын, М.: Медицина, 1999. – 176 с.

3. Лопаткин Н.А. Урология. Клинические рекомендации / под ред. Н.А. Лопаткина. – 2-е изд., переработанное, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 105 с.
4. Приходько А.В., Беляева Л.Н. Результативность применения методов ВРТ для лечения бесплодия у мужчин 40 лет и старше с обструктивной азооспермией // Урология. – 2020. – № 1. – С. 132.
5. Скворцов В.С. Влияние производственных и непроизводственных факторов на репродуктивное здоровье молодых мужчин // Экология и здоровье населения. Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых. ФГБНУ «Восточно-Сибирский институт медико-экологических исследований», 2015. – С. 147-155.

УДК 616.7
ББК 51.13

Логачев В.А., Шестопалов Н.П., Акименко М.Ю., Величенко О.Л., Пихлак А.Э.

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Социально-реабилитационный центр ветеранов войн и Вооруженных Сил» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы», Москва

Объединение усилий академических и муниципальных структур является одной из составляющих развития и модернизации системы медико-социальной реабилитации лиц старшего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата. Заложенная медико-социальная направленность в Соглашении о сотрудничестве МГМСУ им. А.И. Евдокимова и Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы подтвердила важность длительного взаимодействия для решения этой задачи и позволило успешно использовать полученный научный и практический опыт социального партнерства в рамках развития концепции «Третьей миссии университета».

Ключевые слова: медико-социальная реабилитация, остеопороз, старшая возрастная группа.

Logachev V.A., Shestopalov N.P., Akimenko M.Yu., Velichenko O.L., Pikhak A.E.

EXPERIENCE IN IMPLEMENTING THE COMPREHENSIVE REHABILITATION PROGRAM FOR OLDER AGE GROUPS WITH MUSCULOSKELETAL DISORDERS

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia
State Budgetary Institution of Moscow "Social Rehabilitation Center for Veterans of Wars and the Armed Forces" of the Department of Labor and Social Protection of Population of Moscow, Moscow, Russia

Combining the efforts of academic and municipal structures is one of the components of the development and modernization of the system of medical and social rehabilitation of elderly patients with musculoskeletal disorders. The Agreement on Cooperation between the MSUMD and the Department of Labor and Social Protection of Population of Moscow laid down the medical and social focus to confirmed the importance of long-term perspective for solving this problem and makes it possible to successfully use the educational, scientific and practical experience for social partnership within the framework concept of the “University's Third Mission”.

Key words: medical and social rehabilitation, osteoporosis, elderly patients

Проблемы старения населения в последние годы неизменно находятся в центре внимания мирового сообщества. Пожилые люди становятся отдельной, требующей специального подхода, демографической, социальной и медико-биологической категорией [1]. Согласно Указу Президента России В.В. Путина «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» одной из поставленных задач является увеличение ожидаемой продолжительности жизни граждан РФ до 78 лет к 2030 году [10].

По данным ВОЗ, заболевания опорно-двигательного аппарата являются одним из ведущих факторов инвалидизации и смертности пожилых людей в развитых странах [8], а остеопороз занимает четвертое место после сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и сахарного диабета 2 типа [3]. Результаты программы «Остеоскрининг Россия», проведенной в более чем 50

городах страны [7], определили серьезные последствия низкоэнергетических (остеопорозных) переломов. Такие переломы, а также снижение качества жизни после них оказывают существенную медицинскую, социальную и экономическую нагрузку как на самих пациентов, так на систему здравоохранения [4, 6]. По прогнозам Российской ассоциации остеопороза в связи с увеличением продолжительности жизни, а также ростом доли пожилых людей к 2050 году число жителей России с высоким риском переломов может увеличиться на 47% по сравнению с 2010 годом [3].

С 2003 года по инициативе и при участии кафедры ревматологии и медико-социальной реабилитации МГМСУ им. А.И. Евдокимова и активной поддержке Департамента труда и социальной защиты населения Москвы, Московского Дома ветеранов войн и Вооруженных Сил (МДВ) на базе Социально-реабилитационного центра ветеранов войн и Вооруженных Сил (СРЦ ВВ и ВС) реализуется Программа по медико-социальной реабилитации ветеранов Великой Отечественной войны с костно-суставной патологией, в том числе и остеопорозом.

Цель Программы – улучшение качества жизни и её продолжительности у лиц старших возрастных групп, страдающих костно-суставной патологией. Программа включает в себя образовательную, диагностическую, лечебную и профилактическую составляющие, а также организацию ухода за ветеранами, потерявшими мобильность. В основе Программы лежит комплексная организационно-методическая модель, направленная как на выявление пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата и относящихся к категории «группы риска по остеопорозу», так и на осуществление диагностических, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Для реализации Программы в СРЦ ВВ и ВС создан «Кабинет профилактики и лечения остеопороза», оснащенный наглядными пособиями, демонстрационными макетами, тренажерами корректора осанки, подоскопом, наиболее распространенными моделями дополнительных средств опоры, экспозицией макетов лекарственных препаратов и продуктов питания.

В технологии Программы применяется специальная методика, позволяющая с помощью анкетирования, алгоритма FRAX и опросников оценить анамнестические данные, факторы риска, клиническую картину. На сегодняшний день исследование минеральной костной плотности методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA) играет важную роль в оценке риска развития остеопороза, являясь стандартным методом диагностики данного заболевания [2]. Проводимые исследования на установленных Университетом специально для реализации Программы

аппаратах GE Lunar и Osteometer дают возможность получить сведения о минеральной костной плотности (МПК) поясничного отдела позвоночника, проксимальных отделов бедренных костей и дистальных отделов костей предплечий, оценить динамику процесса и эффективность терапии.

С учетом результатов обследования рекомендуется алгоритм лечения, разрабатываются индивидуальные подходы по формированию здорового образа жизни, даются рекомендации по проведению последующих этапов реабилитации.

Была проведена оценка распространенности остеопороза среди пациентов старшей возрастной группы (от 70 до 96 лет), определена частота выявления и выраженности остеопороза в исследуемых областях скелета. При этом отмечена отчетливая корреляция снижения МПК с увеличением возраста, выявлены особенности интерпретации полученных результатов, обосновано проведение DXA костей предплечья у данной категории пациентов, особенно при наличии выраженных дегенеративных изменений костно-суставной системы [11]. Особый научный интерес вызывает длительное динамическое наблюдение, достигающее у части пациентов 20 лет.

Важной частью Программы является образовательная составляющая, представленная «Школой пациентов с остеопорозом», в рамках которой пациенты обучаются основным аспектам этой патологии, базовым навыкам медико-социальной реабилитации, а также получают индивидуально разработанные рекомендации для продолжения Программы на амбулаторном и бытовом этапах реабилитации. В ходе занятий, проводимых с учетом требований по соблюдению мер эпидбезопасности, активно используются презентационные и иллюстративные материалы, наглядные пособия, интерактивные формы коммуникации. В результате у пациентов вырабатываются необходимые психологические установки к выполнению рекомендаций по обследованию, лечению, соблюдению режимов питания, отдыха, двигательной активности, мотивированию личной ответственности за свое здоровье. Важным подспорьем в овладении навыками реабилитации является специально подготовленные пособия для пациентов и раздаточные информационные материалы. В них подробно и доступно рассматриваются причины наиболее распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата, факторы риска, клинические признаки, методы диагностики, даны рекомендации по нормализации питания, двигательной активности, коррекции поведенческих и бытовых навыков, описаны основные группы медикаментов.

Современные методы реабилитации, проводимые в условиях Центра, позволяют эффективно влиять на течение заболевания. Аппаратура, установленная в физиотерапевтических кабинетах Центра, дает широкую возможность использовать методики лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата [5]. Большое внимание уделяется лечебной физкультуре, проводимой по специально разработанным запатентованным методикам. Кроме этого, существенную роль в реабилитации пациентов Центра оказывают психологи, специалисты по социальной работе, а также патронажная служба.

Совершенствование профессиональных знаний и навыков, расширение компетенций врачей и среднего медицинского персонала системы стационарных учреждений Департамента являются важными составляющими эффективности оказания помощи пациентам. Решение этих задач осуществляется через образовательную часть Программы (в рамках «Школы практического врача» и «Школы старшей медсестры»). Такой подход доказал свою высокую эффективность и стал важным этапом в системе повышения квалификации медицинских работников.

В 2011 году Указом мэра Москвы за разработку и внедрение в практику московского здравоохранения программы медико-социальной реабилитации ветеранов Великой Отечественной войны с костно-суставной патологией коллектив сотрудников МГМСУ им. А.И. Евдокимова, МДВ, СРЦ ВВ и ВС удостоены звания Лауреатов Премии города Москвы в области медицины [9]. При ее вручении мэр Москвы С.С. Собянин особо отметил важность объединения усилий городских, общественных и академических структур для реализации социально-значимых проектов.

Комплексная Программа медико-социальной реабилитации ветеранов Великой Отечественной войны с костно-суставной патологией была высоко оценена и отмечена грамотами и благодарностями Министра здравоохранения РФ, министра Правительства города Москвы, руководителей московских ветеранских организаций, руководства Университета.

Результаты внедрения Программы, в которую за 18-летний период ее существования было включено свыше 8000 ветеранов Великой Отечественной войны, были опубликованы в специализированных российских и зарубежных журналах, а также представлены на совместных мероприятиях с международным участием, организованных кафедрой ревматологии и медико-социальной реабилитации МГМСУ им. А.И. Евдокимова и проходивших под патронатом Правительства Москвы, Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы, Департамента здравоохранения города Москвы.

Приобретенный опыт реализации Программы показывает значимость интегрирующей роли Университета в образовании, науке и взаимодействии с обществом. В настоящее время российская модель «Третьей миссии» находится в стадии становления. Расширение вклада в социальную сферу, внедрение мультидисциплинарного подхода, активное сотрудничество с государственными и общественными организациями позволит Университету полноценно реализовать свою гуманистическую направленность.

Список литературы

1. Арстангалиева З.Ж. Возраст как фактор здоровьесбережения // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2012. – Том 2. – № 11. – С. 863-867.
2. Кочиш А.Ю., Лесняк О.М., Беленький И.Г. и др. Комментарии к рекомендациям EULAR/EFORT по лечению пациентов старше 50 лет с низкоэнергетическими переломами и профилактике у них повторных переломов // Гений ортопедии. – 2019. – Т. 25. – № 1. – С. 6-14.
3. Марченкова Л.А., Макарова Е.В., Герасименко М.Ю. Распространенность остеопороза, ассоциирующихся с ним переломов и уровня информированности по проблеме среди пациентов, проходящих медицинскую реабилитацию // Леч. врач. № 2/2020. С. 54-57.
4. Мельниченко Г.А., Белая Ж.Е., Рожинская Л.Я. и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике остеопороза // Пробл. эндокр. – №6/2017. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/federalnye-klinicheskie-rekomendatsii-po-diagnostike-lecheniyu-i-profilaktike-osteoporoza.
5. Осадчих А.И., Пихлак А.Э., Шестопалов Н.П. Комплексная медико-социальная реабилитация при патологии опорно-двигательного аппарата. М.: МГМСУ, 2018. – 116 с.
6. Осадчих А.И., Пузин С.Н., Ачкасов Е.Е. Основы теории и практики комплексной медико-социальной реабилитации: руководство в 5 т. – М.: Литтерра, 2020.
7. Программа «Остеоскрининг Россия» [Электронный документ] – URL: http://https://www.takeda.com/ru-ru/social-projects/past-csr-projects/osteoscreening/.
8. Пихлак А.Э., Гаркави А.В., Логачев В.А., Терешенков В.П. Остеоартроз: клиника, диагностика, лечение – Учебное пособие для врачей. –М.: МГМСУ, 2017. – 144 с.
9. Указ Мэра Москвы от 28 июня 2011 г. N 47-УМ «О присуждении премий города Москвы 2011 года в области медицины» [Электронный документ] – URL: https://dokipedia.ru/document/5245412.

10. Указ Президента России «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года». Опуб. 21.07.2020 г. [Электронный документ] – URL:http://www.kremlin.ru/events/president/news/63728.
11. Logachev V.A., Pikhlak A.E., Velichenko O.L., Nosovsky A.M., Muteva N.A. Comparative evaluation of bone mineral density in women of older age groups // International Journal of Rheumatic Diseases. 2016. Т. 19. № S1. С. 22.

УДК 364-7: 329.7: 614.1 / 2
ББК 60.99

Максимова М.Н.

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ В РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ И ПРОЕКТОВ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ДЕМОГРАФИЯ» В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань

В статье анализируется реализация специалистами социальной работы Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан национального проекта «Демография» совместно с работниками Министерства здравоохранения Республики Татарстан, в части региональной составляющей федерального проекта «Финансовая поддержка семей при рождении детей».

Ключевые слова: социально-медицинские услуги; региональные проекты в рамках нацпроекта «Демография»; финансовая поддержка семей при рождении детей; программа безвозмездного обеспечения детей первых трех лет жизни специальными молочными продуктами питания «Белекеч – Малыш»; республиканские выплаты для сельских мам; дополнительные «республиканские» меры социальной поддержки.

Maximova M.N.

SOCIAL MEDICAL SERVICES IN THE IMPLEMENTATION OF INTEGRATED PROGRAMS AND PROJECTS IN THE FIELD OF HEALTH PROTECTION (NATIONAL PROJECTS "DEMOGRAPHY", "HEALTHCARE")

Kazan State Medical University» of the Ministry of Healthcare of Russian Federation, Kazan, *Russia*

The article analyzes the implementation of the national project "Demography" by the specialists of social work of the Ministry of Labor, Employment and Social Protection of the Republic of Tatarstan together with the employees of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, in terms of the regional component of the federal project "Financial support of families at the birth of children".

Key words: social and medical services; regional projects within the framework of the national project "Demography"; financial support for families when children are born; the program of gratuitous provision of children of the first three years of life with special dairy products "Belekech - Malysh"; republican payments for rural mothers; additional "republican" measures of social support.

Целью национального проекта «Демография» является обеспечение устойчивого естественного прироста численности населения, а также увеличение продолжительности здоровой жизни, снижение смертности населения трудоспособного возраста, увеличение суммарного коэффициента рождаемости.

В рамках реализации национального проекта «Демография» в Республике Татарстан (РТ) реализуется 5 региональных проектов, в трёх из них участвуют специалисты социальной работы [4]:

1. Финансовая поддержка семей при рождении детей (отв. Минтруд и Минздрав РТ);
2. Содействие занятости женщин – создание условий дошкольного образования для детей в возрасте до трех лет (отв. Минтруд и Минобраз РТ);
3. Старшее поколение (отв. Минтруд и Минздрав РТ);
4. Укрепление общественного здоровья (отв. Минздрав РТ);
5. Спорт — норма жизни (отв. Минспорт РТ).

В целях реализации национальной цели развития Российской Федерации, установленной в Указе Президента Российской Федерации от 21 июля 2020 года № 474 по сохранению населения, здоровья и благополучие людей РТ реализует мероприятия национального проекта «Демография», в части региональной составляющей федерального проекта «Финансовая поддержка семей при рождении детей».

Ключевым показателем данного регионального проекта является суммарный коэффициент рождаемости, значение которого по итогам 2018 г. составляет 1,621. Задача – до 2024 г. достичь в РТ суммарного коэффициента рождаемости 1,771, а в 2019 г. – 1,662.

В целом на реализацию национального проекта «Демография» в 2020 г. предусмотрено 8 699,4 млн руб. (в т. ч. из бюджета РФ — 6 323,8 млн руб., из

бюджета РТ — 559,3 млн руб., дополнительно из бюджета РТ (вне соглашений о софинансировании) — 1 816,3 млн руб.).

На реализацию регионального проекта «Финансовая поддержка семей при рождении детей» предусмотрено 5 832,3 млн руб. (РФ — 4 141,1 млн руб., дополнительно из бюджета РТ — 1 691,2 млн руб.).

С 2018 г. в рамках объявленного Указом Президента РФ от 29 мая 2017 г. № 240 «Десятилетие детства» семьям в связи с рождением (усыновлением) первого выплачивается ежемесячная выплата. С 1 января 2020 г. данная выплата предоставляется семьям, имеющим среднедушевой доход, не превышающий двух-кратную величину прожиточного минимума (ПМ) трудоспособного населения, до достижения ребенком возраста 3 лет.

Размер выплаты в 2020 г. составлял 9373 руб. (ПМ для детей за II квартал 2019 г.) для семей, среднедушевой доход которых не превышает 20 170 руб., или 60 510 руб. на семью из трех человек (двух-кратный ПМ для трудоспособного населения – 10 085 руб. (П квартал 2019 г.). Из бюджета РФ на данную выплату в 2020 г. выделено 4,1 млрд. руб. Количество получателей выплаты по состоянию на 1 ноября 2020 г. — 27 261 чел.

В 2021 г. размер выплаты будет составлять 9713 руб. (ПМ для детей за П квартал 2020 г.) для семей, среднедушевой доход которых не превышает 20 588 руб., или 61 764 руб. на семью из трех человек (2-кратный ПМ для трудоспособного населения — 10 294 руб. (П квартал 2020 г.). Из бюджета РФ на данную выплату республике в 2021 г. предусмотрено 4,4 млрд. руб. Прогнозное количество получателей на год не менее 24 тыс. чел.

При поддержке Президента Республики Татарстан Р.Н. Минниханова с 1 июня 2020 г., на месяц раньше первоначально запланированного срока, началось предоставление ежемесячных выплат на детей в возрасте от 3 до 7 лет включительно, с доходом менее одного ПМ на душу населения в РТ и уровня имущественной обеспеченности которых ниже уровня имущественной обеспеченности семьи (гражданина), установленного Законом РТ от 8 декабря 2004 г. № 63-ЗРТ «Об адресной социальной поддержке населения в Республике Татарстан».

Размер данной выплаты 4 686,5 руб. или 50% от величины ПМ для детей в РТ (в РТ – ПМ для детей за II кв. 2019 г. — 9 373 руб.). Предусмотрено в бюджете на 2020 г.: 2,5 млрд руб. в т.ч.: 1,5 млрд руб. — бюджет РФ, 1 млрд руб.— бюджет РТ. Выплата для 51 тыс. детей.

С мерами социальной поддержки семей с детьми по линии Минздрава РТ в рамках национального проекта «Демография» реализуется программа безвозмездного обеспечения детей первых трех лет жизни специальными молочными продуктами питания «Белекеч – Малыш» из семей,

среднедушевой доход которых ниже величины ПМ, установленного на территории РТ, и детей в возрасте до трёх лет жизни с хроническими заболеваниями по утвержденному перечню (пациенты с анемией, белково-энергетической недостаточностью, ВИЧ-инфицированные дети и дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей) [4].

Ежегодно на данную программу в бюджете РТ предусматривается более 532 млн. руб., количество получателей более 37 тыс. чел. ежегодно.

В целях повышения рождаемости проводятся процедура лечения бесплодия путем экстракорпорального оплодотворения в учреждениях частной формы собственности на условиях размещения государственного заказа частным медицинским организациям на данный вид услуг.

Ежегодно количество бесплатных процедур увеличивается: с 1215 процедур в 2016 г. до 1887 процедур в 2019 году, на ноябрь 2020 г. проведено 1587 процедур. Финансирование осуществляется из бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования, более 200 млн. руб. ежегодно.

Благодаря реализации данного проекта в структуре рождений в 2019–2020 г. в РТ доля первых детей сохранилась на уровне 38 – 39%, по третьим и последующим детям — наблюдается прирост на 2%.

Сохранение уровня первых и рост третьих рождений в большей степени связано с введением республиканских выплат для сельских мам. В целях преодоления сложившейся демографической ситуации с 2018 г. в РТ введены дополнительные денежные выплаты из бюджета республики женщинам в возрасте до 25 лет за рождение первых детей (50 тыс. руб.), женщинам в возрасте до 29 лет за рождение третьих детей (100 тыс. руб.).

Условия назначения единовременной выплаты женщинам, постоянно проживающим в сельской местности, при рождении ребенка [4]:

рождение первого ребенка после 1 января 2018 года;

наличие гражданства Российской Федерации;

срок постоянного проживания в сельской местности на территории Республики Татарстан на дату обращения составляет не менее трех лет.

Выплату уже получили 6,4 тыс. женщин. Ежегодно на данные выплаты в бюджете РТ предусмотрено 164,7 млн. руб.

Благодаря вышеуказанным выплатам в 2019 г. увеличилась численность первых рождений в сельской местности, например, в районах Атнинском (с 24 до 29), Бавлинском (с 42 до 57), Верхнеуслонском (с 22 до 30), Менделеевском (с 33 до 49) и др. районах.

Увеличилась доля рождений третьих и последующих детей в районах Агрызском (с 45 до 56), Азнакаевском (с 77 до 93), Алькеевском (с 20 до 30),

Бугульминском (с 73 до 110), Верхнеуслонском (с 15 до 23), Заинском (с 42 до 54), Камско-Устьинском (с 15 до 23), Кукморском (с 73 до 91), Спасском (с 23 до 28), Сабинском (с 49 до 75), Чистопольском (с 77 до 85) и др. районах.

В РТ с 2020 г. введены дополнительные «республиканские» меры социальной поддержки на сумму 483,3 млн. руб., позволившие поддержать в условиях пандемии наиболее нуждающиеся семьи с детьми, а именно [4].

1. Ежемесячное пособие членам малоимущих семей с пятью и более детьми, имеющие среднедушевой доход ниже ПМ на душу населения на момент обращения за выплатой (в III кв. 2020 г. – 9752 руб.) – 11 258 чел. Затраты бюджета РТ в 2020 г.: 223,5 млн руб., в 2021 г. — 161,6 млн. руб.
2. Увеличение дополнительной компенсации за детский сад многодетным семьям со среднедушевым доходом ниже ПМ на душу населения на момент обращения за выплатой. В октябре произведены начисления 4 639 человекам. Размер компенсации: 10 096. Затраты бюджета РТ в 2020 г. – 44,7 млн руб.
3. Выплата на приобретение лекарственных средств для детей до 3-х лет из семей со среднедушевым доходом ниже ПМ на душу населения на момент обращения за выплатой — 20 561 чел. Размер: 10 000 руб. (выплачивается 2 раза в год по 5 000 руб.). Затраты бюджета РТ в 2020 г. – 176 млн. руб., в 2021 г. – 176 млн. руб.
4. Подарочные комплекты «Коробка новорожденного» малообеспеченным семьям с новорожденными детьми со среднедушевым доходом ниже ПМ на душу населения на момент обращения за выплатой – 3 195 человек. Стоимость комплекта: 8 847 руб. Затраты бюджета РТ в год: 39,06 млн руб. Данный проект продолжается в 2021 году.

Дополнительно, за 10 лет более 91 тыс. семей в РТ улучшили свои жилищные условия при помощи различных республиканских программ, из них порядка 75 тыс. семей получили квартиры по программе социальной ипотеки. Данной мерой в 2021 г. смогут воспользуются 6 тыс. молодых семей. Решение жилищной проблемы – это возможность для молодых семей решиться на рождение ребенка.

По инициативе Президента Республики Татарстан с мая 2020 г. стартовала масштабная благотворительная акция «Ярдэм янэшэ! Помощь рядом!» – поддержка нуждающихся категорий граждан в период пандемии. Роздано 209 677 продуктовых наборов, из них более 74% (более 156 тысяч наборов) были розданы разным категориям семей с детьми.

В период пандемии социальные работники эффективно взаимодействовали с СО НКО в предоставлении социально-медицинских услуг и др. помощи [2].

Особенно с самыми большими СО НКО РТ: Национальный исламский благотворительный фонд «Ярдэм»; СО НКО – Благотворительный фонд «АК БАРС СОЗИДАНИЕ». Фонд «Ярдэм» ежедневно с 1 апреля по 23 мая поставлял медикаменты и бесплатное горячее питание (более 74 тыс. чел.) инвалидам, участникам ВОВ, матерям, воспитывающим детей-инвалидов и др. жителям г. Казани. На реализацию этой акции, опубликованной в соцсетях, откликнулось более 4 тыс. неравнодушных человек. Общая потраченная сумма более 12 млн. руб. Благополучатели-инвалиды Фонда «Ярдэм» по группам инвалидности: 1 группа 52%, 2 группа 39% и третья группа около 9%. Люди от 80 до 90 лет (более 32%). Помощь семьям оказывалась в основном тем, которые имели детей-инвалидой, и частично многодетным семьям [3].

Благотворительный фонд «АК БАРС СОЗИДАНИЕ» оказывает поддержку детям РТ и в субъектах РФ. В условиях пандемии 55 тыс. малообеспеченных семей с детьми, одиноких пожилых граждан, безработных получили по четыре набора с продуктами на сумму 1 200 руб. каждый [1].

В Общенациональном Плане действий, обеспечивающих восстановление занятости и доходов населения, рост экономики и долгосрочных структурных изменений в экономике определена инициатива по предоставлению адресных денежных выплат наиболее уязвимым группами населения, прежде всего семьей с детьми [5]. Реализация данных мер способствует решению задачи по росту реальных доходов граждан, восстановлению платежеспособности спроса и прежде всего семей с детьми.

Список литературы

1. Благотворительный фонд «АК БАРС СОЗИДАНИЕ» [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.akbarssozidanie.ru.

2. Максимова М.Н., Гинсбург М.В. Социально-экономические результаты услуг некоммерческих организаций в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции // Социальная политика и социология. 2020. № 4.

3. Национальный исламский благотворительный Фонд «Ярдэм» [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.yardemfond.ru/.

4. Национальный проект «Демография» // Министерство труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://mtsz.tatarstan.ru.

5. Новая социальная стратегия: Федеральный форум «Сильные идеи для нового времени» [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://idea.asi.ru/

УДК 614.1
ББК 51.1ж

Мигунова Ю.Ю.

РОЛЬ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИТИКИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ МНОГОДЕТНЫХ СЕМЕЙ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Майкопский государственный технологический университет», г. Майкоп

В статье рассматриваются проблемы многодетных семей на основе мониторинга статистических данных, а также изучаются мнения самих семей на основе авторского исследования. Медико-социальная работа освещается в качестве современного направления семейной политики. Подчеркивается роль социального работника в решении проблем многодетных семей.

Ключевые слова: медико-социальная работа, многодетные семьи, здоровье семьи, семейная политика, социальный работник.

Migunova J.J.

THE ROLE OF FAMILY POLICY IN SHAPING THE HEALTH OF LARGE FAMILIES

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Maykop State Technological University» Maykop, Russia

The article deals with the problems of large families based on the monitoring of statistical data, as well as the opinions of the families themselves based on the author's research. Based on the data of the conducted survey, the role of medical and social work as a modern direction of family policy is studied.

Key words: medical-social work, large families, family health, family policy, social worker.

Сокращение воспроизводства населения является основной причиной демографического кризиса многих стран. В России неизгладимый след в истории оставила Великая Отечественная война, последствия которой отразились и на демографической ситуации. Для наиболее быстрого восполнения баланса в процессе воспроизводства населения еще после войны 1945 года Правительство СССР начало вести активную политику, направленную на стимулирование рождаемости. Особенным почетом пользовались многодетные семьи, как залог будущего страны [4, с. 16-33].

Защита государством этих категорий находится в совместном ведении как Российской Федерации, так и ее субъектов. На общегосударственном уровне, прежде всего, гарантируется обеспечение государственной поддержки семьи, материнства, отцовства и детства Конституцией Российской Федерации, а также рядом федеральных законов. Так, например, согласно ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 22) государство должно проявлять заботу об охране здоровья членов семьи. На уровне субъектов Российской Федерации реализуются нормативные правовые акты, также направленные на поддержку указанных категорий в зависимости от демографической ситуации региона и возможностей регионального бюджета.

Стоит учесть, что эффективно реагировать на происходящие изменения в соответствии с требованиями современного общества, представляется возможным только на основе комплексного подхода к проблемам семьи, на основе принципов социального партнерства. Взаимодействие должно происходить не только на уровне органов государственной власти Российской Федерации, ее субъектов, а также общественных организаций. При принятии соответствующих решений проблем семьи должны учитываться и реальные пожелания самой семьи.

Нами были исследованы многодетные семьи Республики Адыгея, учтены и изучены их насущные потребности, отмечена необходимость проведения медико-социальной работы с данной категорией и подчеркнута роль социального работника в осуществлении связи между семьей и субъектами социальной помощи.

В Российской Федерации нет единого понятия, какая же семья считается многодетной. Указом Президента Российской Федерации от 05.05.1992 г. № 431 «О мерах по социальной поддержке многодетных семей» органы исполнительной власти краев и областей самостоятельно определяют категории многодетных семей, нуждающихся в дополнительной социальной поддержке, с учетом национальных и культурных особенностей в социально-экономическом и демографическом развитии своего региона.

Мониторинг современных региональных нормативно-правовых документов показал, что каждый субъект определил категорию многодетной семьи как семью, состоящую из трех и более детей. Различие состоит лишь в возрастных рамках этих детей.

В Москве законодательством определяется многодетная семья с тремя и более детьми «до достижения младшим из них возраста 16 лет, а обучающимся в образовательном учреждении, реализующем общеобразовательные программы, - 18 лет». В Республике Адыгея законом «Об охране семьи, материнства, отцовства и детства» многодетная семья считается той, где дети

не достигли 18 лет, либо до 23 лет продолжают учиться на очной форме обучения или проходят военную службу. Подобные особенности играют значительную роль в жизни каждой многодетной семьи, расширяют или усложняют возможности для получения полагающихся льгот и пособий.

Мониторинг данных Росстата позволил составить динамику многодетности в нашей стране с 2010 года, когда проводилась последняя перепись населения. Анализируя полученные данные, становится очевидным рост количества многодетных семей, что в целом может дать положительную характеристику проводимой государственной семейной политике. При этом необходимо учитывать, что показатель многодетности возрос не только за счет реального увеличения количества детей в одной семье, а также и за счет того, что региональные законы расширили понятие многодетной семьи продлив допустимый для этой категории возраст самого старшего ребенка с 16 до 18, а в некоторых субъектах и до 23 лет.

По данным Росстата за 2019 год, несмотря на принятые меры поддержки, половина из всех семей (51%) продолжают жить за чертой бедности [1]. Заместитель Председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голикова, говоря о снижении числа бедного населения России до 12,9%, отметила, что, несмотря на улучшение показателей бедности, «самой обиженной частью населения» продолжают оставаться семьи, особенно многодетные.

Более 50% семей России не испытывают стеснений при покупке еды и одежды, однако не могут позволить приобретение товаров длительного пользования. Среди многодетных семей более 25% испытывают сложности с приобретением одежды и оплатой коммунальных услуг. Лишь 16% семей отмечают, что достаточно средств на все, кроме крупных покупок (квартиры, автомобиля). Среди этой группы многодетных семей всего 3% [3]. Для сравнения в 2010 году этот процент составлял 1,2%, что говорит о небольшом увеличении доли обеспеченных многодетных семей [1].

Все это говорит о том, что наряду с политикой увеличения рождаемости должны реализовываться концепции улучшения качества жизни семей, включая и состояние здоровья всех ее членов.

Стоит отметить, что проблемы многодетных семей не отличаются от проблем семей, имеющих 1-2 детей. Однако к ним прибавляются и препятствия, связанные с наличием повышенной нагрузки на родителей, большим количеством членов семьи, находящихся на иждивении, меньшими возможностями для получения средств к существованию и т.п. [2, С. 63-64]. Именно поэтому, как подтверждают исследования Д.И. Зелинская,

С.А. Рожковская, О.В. Медведева, состояние здоровья членов многодетной семьи значительно уступает семьям, где детей мало или вообще нет.

Деятельность государства, направленная на укрепление социальных функций семьи, сохранение семейных ценностей и повышение роли в жизни общества определяется понятием «семейная политика». Основные ее принципы задачи и приоритетные меры, направленные на повышение качества жизни семей и профилактику семейного неблагополучия изложены в Концепции государственной семейной политики РФ. Согласно этому документу ответственность за воспитание, образование, сохранение физического, психического и социального здоровья всех членов семьи возлагается как на саму семью, так и на органы государственной власти и уполномоченные общественные организации.

Однако, как показало наше исследование, проведенное среди многодетных семей Республики Адыгея, несмотря на широкий перечень задач, реализуемых данной Концепцией, на практике ощущается ее ориентация лишь на экономическую поддержку. Так считают 75% опрошенных семей.

Нами были проанализированы предлагаемые Концепцией методы решения поставленных задач. На основе анализа был составлен шкальный вопрос, позволяющий оценить степень важности той или иной задачи в жизни многодетной семьи. Результаты опроса показали, что на первом месте стоит решение задачи по развитию экономической самостоятельности семьи, на втором – создание механизмов поддержки семей, нуждающихся в улучшении жилищных условий, и на третьем месте – задачи по развитию жизнеохранительной функции семьи.

Поддержание уровня жизни и улучшение жилищных условий семей не может являться залогом ее благополучного существования. Независимо от количества детей в семье – уровень здоровья ее членов является не менее важной, а иногда и даже самой важной проблемой. Ведь бывают ситуации, когда экономическое неблагополучие семьи наступает именно из-за плохого состояния здоровья работоспособных членов семьи, или появления в семье ребенка-инвалида. Все эти проблемы должны быть решены комплексно, на основе реализации принципов семейной политики посредством участия социальных работников, оказывающих помощь на профессиональной основе.

Учитывая важность жизнеохранительной функции семьи медико-социальную работу также необходимо признать в качестве одного из приоритетных направлений семейной политики России. При этом именно социальный работник сможет профессионально помочь преодолеть трудности, максимально расширить ресурсы социальной помощи, привлечь

средства благотворительных и иных общественных организаций, научить семью самопомощи и взаимопомощи.

Федеральные социальные программы поддержки многодетных семей должны учитывать показатель многодетности и ее дифференциацию в соответствии с тем или иным регионом. Учитывая конституционное право семьи на охрану здоровья, необходимо признать ее автономность в принятии решений, что должно оказать влияние на формирование государственной семейной политики.

Дальнейшие исследования в области семейной политики с учетом потребностей многодетных семей, а также региональных особенностей каждого субъекта Российской Федерации продемонстрируют уровень эффективности использования комплексного межведомственного подхода к охране здоровья каждой семьи.

Список литературы

1. Азарова Е.Г. Многодетная семья и проблемы ее социального обеспечения // Журнал российского права. – 2014. – № 3 (207). – С. 63-78.
2. Великая Отечественная война. Юбилейный статистический сборник: Стат. сб./Росстат. – М. 2015. – 190 с.
3. Государственный доклад Минздравсоцразвития России «О положении детей в РФ. 2010 год». – Доступ из системы ГАРАНТ.
4. Официальная статистика Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://www.gks.ru/folder/10705 (дата обращения: 25.11.2020).
5. Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года. – Доступ из системы ГАРАНТ.

УДК 343.148.22:159.923.3-053.2
ББК 51.13

Морозова О.Н., Данилова Д.Е., Кузнецова В.М.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ У ДЕТЕЙ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань

В статье представлены результаты исследования, посвященного особенностям проведения медико-социальной экспертизы у детей, в том числе

условия признания гражданина (ребенка) инвалидом и порядок направления гражданина (ребенка) на медико-социальную экспертизу.

Ключевые слова: ребенок инвалид, установление инвалидности, ограничение жизнедеятельности, болезнь, особенности медико-социальной экспертизы детей.

Morozova O. N., Danilova D. E., Kuznetsova V. M.

FEATURES OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE IN CHILDREN

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kazan State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Kazan, Russia

The article presents the results of a study devoted to the peculiarities of conducting medical and social expertise in children, including the conditions for recognizing a citizen (child) as a disabled person and the procedure for sending a citizen (child) for medical and social expertise.

Keywords: disabled child, establishment of disability, disability, disease, Features of medical and social expertise of children.

Детская инвалидность является актуальной и остро стоящей проблемой в любом обществе и рассматривается с позиций государственной социальной политики и перспектив состояния здоровья взрослого населения в Российской Федерации.

В 1979 году впервые был введен статус «ребенок-инвалид» при проведении Международного года ребенка. Это говорит о том, что государственная социальная политика вышла на новый уровень, обращая внимание на проблемы детей-инвалидов. Это послужило основой для формирования и становления медико-социальной экспертизы детей. В это же время вышел документ Минздрава России о порядке выдачи заключения на категорию ребенок-инвалид и назначении ему от органов социальной защиты пенсии.

Как пациент, ребенок, прежде всего, отличается от взрослого по социальному статусу. Ребенок находится в процессе социализации и недостаточно адаптирован к социуму, в связи с этим применение критериев для оценки социальной недостаточности некорректно.

Медико-социальная экспертиза детей – это многоэтапный процесс, осуществляющийся на основании комплексной оценки состояния организма, включая анализ социально-бытовых, психологических, клинико-

функциональных данных ребенка и включающий в себя несколько особенностей, среди них:

отсутствие социальной дееспособности у ребенка в результате физиологической зависимости от родителей;

экспертиза ребенка предполагает возрастную периодизацию жизни ребенка, которая позволяет объективно оценить отклонения в поведении, умениях в зависимости от возрастных норм;

основные критерии жизнедеятельности детей, связанные с деятельностью, в которой главным фактором является возраст ребенка.

Среди основных категорий жизнедеятельности у лиц до 18 лет следует выделить: возможность к передвижению; способность к самообслуживанию в быту; навыки общения и коммуникации; способность к ориентации в пространстве; возможность обучаться, узнавать новое; волевые способности; способность к ведущей возрастной деятельности.

Для установления инвалидности недостаточно только наличие болезни. В практике нашей страны для решения задач медико-социального характера рассматриваются «последствия болезни» на трех уровнях: на уровне организма (нарушения функций организма), на уровне личности (в виде ограничения жизнедеятельности), на уровне социума (в виде нарушений определенных социальных ролей ребенка). Следует отметить, что инвалидность чаще всего устанавливается по причине психических расстройств, в том числе умственной отсталости и аутизма. Тяжелое течение болезней опорного аппарата, органов эндокринной системы, легких, в том числе способствуют получению категории ребенок-инвалид.

Особенности медико-социальной экспертизы детей:

1. Категория «ребенок-инвалид» присваивается при наличии у ребенка степени выраженности стойких нарушений функций организма (диапазон 40-100%), с сопутствующими заболеваниями, последствиями травм и дефектами;

2. В свою очередь способность ребенка к основному виду деятельности в соответствии с нарушением роста, развития ребенка, возрастными параметрами является определяющим в установлении категории «ребенок-инвалид»;

3. У детей раннего возраста оцениваются навыки и умения, соответствующие их биологическому возрасту;

4. При установлении инвалидности принимаются во внимание возрастные «кризовые периоды», динамика выраженных функциональных нарушений на фоне высоких компенсаторных возможностей, развитость навыков самоконтроля за течением заболевания с учетом возраста, при котором он возможен.

В настоящее время в Российской Федерации условиями признания гражданина (ребенка) инвалидом являются [2]:

а) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

б) ограничение в жизнедеятельности;

в) необходимость в социальной защите, включая реабилитацию.

Следовательно, наличие различных заболеваний у ребенка не является основанием для направления ребенка на медико-социальную экспертизу.

Необходимые показания – наличие и степень выраженности расстройств функций и структур организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами. В территориальном бюро медико-социальной экспертизы выдается заключение с указанием статуса, заболевания и ограничение жизнедеятельности.

Ребенок направляется на прохождение медико-социальной экспертизы в соответствии с правилами:

а) направление ребенка на медико-социальную экспертизу осуществляется врачебной комиссией медицинской организации при наличии данных, которые подтверждают стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, а также последствиями травм, дефектами;

б) после проведения всех лечебных, диагностических и реабилитационных мероприятий, при наличии фактов, которые подтверждают стойкое нарушение функций организма, лечебно-профилактическая организация направляет гражданина на медико-социальную экспертизу;

в) организации, оказывающие лечебно-профилактическую помощь, органы несут ответственность за достоверность и полноту сведений, указанных в направлении на медико-социальную экспертизу;

г) при отказе гражданину в направлении на медико-социальную экспертизу, ему выдается справка, на основании которой гражданин (либо его законный представитель) имеет право обратиться в бюро самостоятельно. По завершении осмотра, специалисты бюро на основании его результата, составляют программу дополнительного обследования гражданина, после выполнения которых рассматривают вопрос о наличии у него ограничений жизнедеятельности;

д) право направления на медико-социальную экспертизу предоставляется направляющим учреждениями в бюро медико-социальной экспертизы в виде электронного документа при использовании единой системы межведомственного электронного взаимодействия, а при отсутствии доступа к данной системе — в бумажном виде с соблюдением необходимых предъявляемых требований в области защиты личных данных.

Достоверность и доставка документа, содержащего информацию о направлении на медико-социальную экспертизу лечебно-профилактической организацией, в бюро медико-социальной экспертизы зависит от руководителя врачебной комиссии медицинской организации.

При допущении различного рода ошибок, выявлении неточностей при проведении медико-социальной экспертизы могут возникнуть неверные решения относительно потребностей ребенка в реабилитации, мерах социальной защиты, которые приводят к возникновению различных конфликтных ситуаций и ухудшению состояния ребенка-инвалида. Несовершеннолетние инвалиды – это самая уязвимая группа населения. Им крайне необходима медицинская, социальная помощь и гарантия соблюдения прав со стороны государства.

С целью проведения процедуры освидетельствования граждан, живущих в отдаленных местностях, районах, где отсутствует регулярное транспортное сообщение, либо стоимость проезда до места проведения медико-социальной экспертизы будет большой, предоставляется возможность провести экспертизы в заочном формате, с целью повышения доступности проведения данной процедуры и ее эффективности.

Список литературы

1. Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 (ред. от 26.11.2020) «О порядке и условиях признания лица инвалидом» [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru (дата обращения 15.02.21).
2. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 № 181-ФЗ [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru (дата обращения 15.02.21).

УДК 364
ББК 51.14

Морозова О.Н., Сафиуллина Н.Н.

АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН НА ПРИМЕРЕ ДОЛГОСРОЧНОЙ ПРОГРАММЫ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ФОНДА «ЗВЕЗДА» – «ЦЕНТР РАННЕЙ ПОМОЩИ «УВЕРЕННОСТЬ»

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань

В статье рассматривается реализация службы ранней помощи в Республике Татарстан на примере благотворительного фонда «Звезда». Анализируется динамика оказанных услуг семьям с детьми раннего возраста, у которых обнаружены нарушения в развитии.

Ключевые слова: ранняя помощь, детская инвалидность, семья с детьми раннего возраста.

Morozova O.N., Safiullina N.N.

ANALYSIS OF THE DEVELOPMENT OF EARLY AID IN THE REPUBLIC OF TATARSTAN ON THE EXAMPLE OF THE LONG-TERM PROGRAM OF THE CHARITY FOUNDATION «ZVEZDA»- «EARLY AID CENTER « CONFIDENCE»

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Kazan State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Kazan, Russia

The article deals with the implementation of the early aid service in the Republic of Tatarstan on the example of the charitable foundation "Zvezda". The article analyzes the dynamics of services rendered to families with young children who have been found to have developmental disorders.

Key words: early care, children with disabilities, families with young children.

Детская инвалидность является актуальной проблемой во всем мире, что доказывается данными официальной статистики, в соответствии с которой все больше прослеживается направленность к увеличению числа инвалидов во всех странах.

В РФ по состоянию на 1 января 2021 года численность детей-инвалидов составила 703 969 детей-инвалидов, по состоянию на 1 января 2020 года на территории РФ проживало 688 787 детей-инвалидов [6]. По данным единой базы Федерального реестра инвалидов в Республике Татарстан по состоянию на 1 января 2021 года численность детей-инвалидов достигла 16 020 чел., а в 2020 году проживало 15 674 детей-инвалидов. Численность детей-инвалидов в Российской Федерации и Республике Татарстан ежегодно увеличивается [5].

Профилактика детской инвалидности и повышение эффективности социальной поддержки семей, воспитывающих ребёнка-инвалида, выступает одним из важнейших направлений государственной политики в сфере защиты детства. Оказание ранней помощи детям с ограниченными возможностями

здоровья, инвалидностью и задержкой развития выступает приоритетом во всех уровнях.

В Республике Татарстан технология ранней помощи интенсивно расширяется. Благотворительный фонд «Звезда» вносит важный вклад в дальнейшее развитие системы ранней помощи в Республике Татарстан.

Фонд начал свою работу в 2016 году, на сегодняшний день, в его стенах реализуется системные проекты, направленные на предоставление помощи семьям с детьми, у которых проявилось отставание или задержка в развитии. «Центр ранней помощи «Уверенность» – является одной из долгосрочных программ, на основании которой предоставляется бесплатная ранняя помощь таким семьям [3].

С 2017 года Фонд вошел в состав Ассоциации профессионального сообщества и родительских организаций по развитию ранней помощи в Российской Федерации, деятельность которой состоит в содействие защиты прав детей раннего возраста при предоставлении ранней помощи.

Также немаловажным является тот факт, что сотрудники не только оказывают услуги ранней помощи, но и активно готовят работников для служб ранней помощи на территории Республике Татарстан.

Услуги ранней помощи – это широкий набор немедицинских услуг помощи детям до 3-х лет с нарушениями развития, нацеленный на формирование навыков, необходимых детям в повседневной жизни [3].

Фонд «Звезда» в рамках реализации программы предоставляет различные услуги, нацеленные на развитие следующих компетенций:

физических способностей (формирование моторики, ходьба, рисование);

развитие когнитивных навыков (внимание, мышление, обучение);

коммуникативных навыков (речь, невербальные коммуникации, слушание);

навыков самообслуживания (еда, переодевание);

социальных навыков (совместная игра, общение с другими).

Ранняя помощь охватывает следующую целевую группу [4]: дети в возрасте до трех лет; дети с ОВЗ; дети-инвалиды; дети, у которых обнаружено отставание от норм развития в какой-то области жизнедеятельности (речевой, когнитивной, двигательной и т.п.); дети социального риска.

Технология ранней помощи является стандартной моделью управления случаем. В ее основе лежит семейно-ориентированный подход к решению проблемы ребенка и его семьи. При оказании ранней помощи у ребенка развиваются новые навыки, а родители осваивают, как эти навыки закреплять в повседневной жизни, специалисты учреждений служб ранней помощи,

обучают родителей техникам формирования навыков ребенка, дают рекомендации по правильному использованию технических средств реабилитации и т.д. [2]

Фондом «Звезда» в 2018 году было проведено 2482 занятий в службе ранней помощи, 970 консультаций для детей раннего возраста с особенностями развития и 230 детей получили услуги ранней помощи. В этом же году Фонд начал работать в качестве поставщика социальных услуг семьям с детьми раннего возраста, в рамках которого был заключен договор между Фондом и Министерством труда и социальной защиты РТ, что привело к тому, что ранняя помощь стала более доступной.

В 2019 году Фонд предоставил услуги ранней помощи 248 детям, было проведено 3085 консультаций в центре ранней помощи семьям с детьми раннего возраста, 37 детей поступили в детской сад после получения помощи по индивидуальной программе.

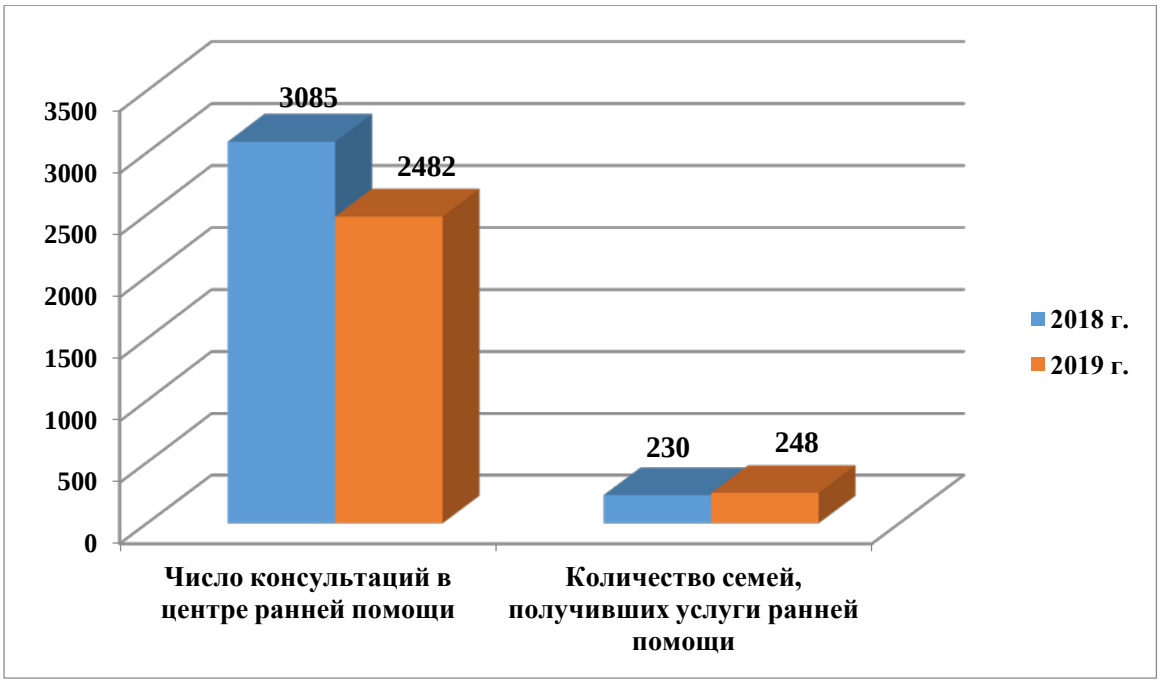

Рис 1. Динамика числа семей, получивших услуги ранней помощи и количества консультаций в Центре ранней помощи «Уверенность»

В феврале 2020 года в Центр ранней помощи фонда обратились 22 семьи впервые, было проведено 234 занятий с семьями и детьми раннего возраста с особенностями развития, а 35 детей получили помощь на постоянной основе.

В марте в связи со сложной эпидемиологической обстановкой услуги ранней помощи в обычном режиме были приостановлены, в связи с чем возникла необходимость внедрение оказание услуг в дистанционном формате. В условиях карантина сотрудниками был освоен дистанционный формат

предоставления услуг, ими было проведено 129 очных занятий и 18 онлайн-консультаций с семьями. За помощью в центр 17 семей обратились впервые, а 23 детям помощь оказана была на постоянной основе в марте 2020 года.

В апреле Центр ранней помощи фонда обратились впервые 19 семей, сотрудниками было проведено 129 онлайн-консультаций, а в мае количество проведенных онлайн-консультаций составляло 142, а впервые обратились за помощью 8 семей. В июне впервые обратились за помощью – 14, в июле – 9, а в августе – 7 семей, за три месяца было проведено 563 онлайн-консультаций.

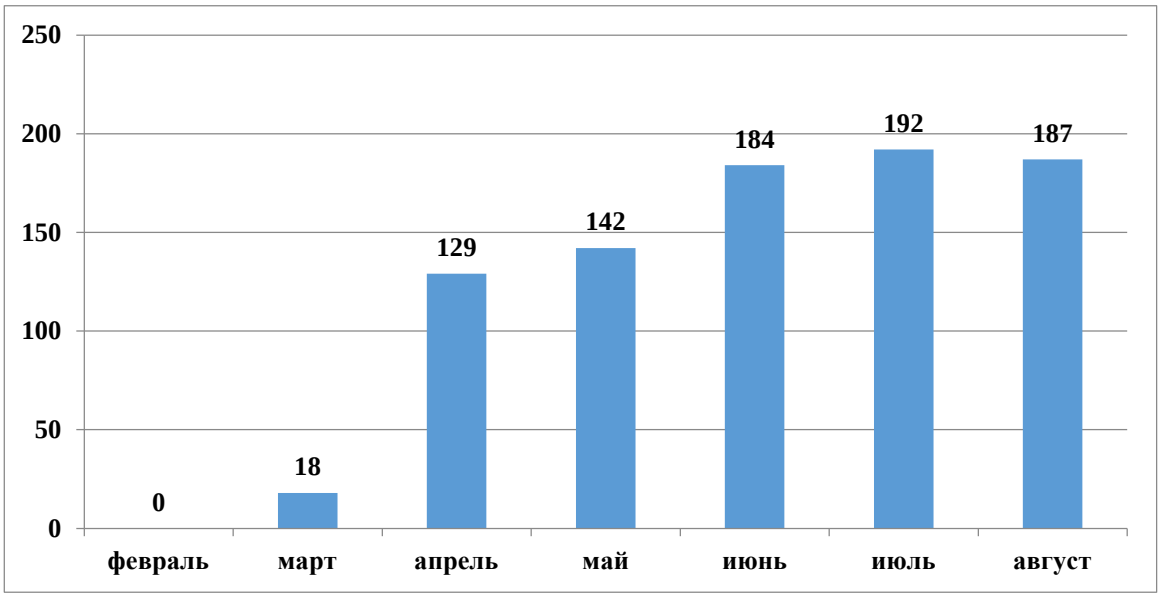

Рис 2. Динамика количества проведенных центром ранней помощи фонда «Звезда» онлайн-консультаций

Выявление патологий в развитие детей в раннем возрасте, предоставление комплекса мер, оказание сопутствующих услуг его семье обеспечивает предупреждение имеющихся нарушения [1].

Функционирование служб ранней помощи в Республике Татарстан рассматривается как важнейший компонент социальной интеграции ребенка с нарушениями в развитии в среду сверстников, систему социальных отношений, что создает условия для реализации равных возможностей всем детям. Система ранней помощи является эффективным способом предотвращения инвалидизации у детей раннего возраста.

Список литературы

1. Батаева Н.С., Бойцова С.В. Особенности реализации модели ранней помощи в Костромской области // Социальное обслуживание. – 2019. № 5. С. 20–23.

2. Бронников В.А., Григорьева М.И., Серебрякова В.Ю. развитие ранней помощи в Государственном бюджетном учреждении Пермского края «Центр

комплексной реабилитации инвалидов» // Социальное обслуживание. – 2019. № 11. С. 22–28.
3. Официальный сайт благотворительного фонда «Звезда» [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.zvezdafond.ru (Дата обращения: 22.02.2021).
4. Распоряжение Правительства РФ от 31 августа 2016 г. № 1839-р «Об утверждении Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года» [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://mintrud.gov.ru (Дата обращения 22.02.2021).
5. Федеральная государственная информационная система Федеральный реестр инвалидов Информация «Статистика инвалидов» [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://sfri.ru. (Дата обращения 22.02.2021).
6. Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации [Электронный ресурс]. Режим доступа: // http://www.gks.ru (Дата обращения: 22.02.2021).

УДК 616-006
ББК 55.6

Новиков Г.А., Рудой С.В., Вайсман М.А., Подкопаев Д.В.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ О СОСТОЯНИИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

В статье представлены результаты научно-исследовательской работы, проведенной в Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А.И. Евдокимова в 2018-2020 гг., посвященной определению наличия и роли социальной поддержки при оказании паллиативной медицинской помощи в субъектах РФ, а также актуальность дальнейшего изучения этого вопроса в перспективе.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, социальная поддержка, качество жизни, социальная работа, специалист по социальной работе, социальный работник.

Novikov G.A., Rudoy S.V., Vaisman M.A., Podkopaev D.V.

RESULTS OF AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY ON THE STATE OF SOCIAL SUPPORT IN PROVIDING PALLIATIVE MEDICAL CARE TO PATIENTS

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

The article presents the results of research work carried out at the Moscow State University of Medicine and Dentistry. A.I. Evdokimov in 2018-2020, dedicated to determining the presence and role of social support in the provision of primary care in the subjects of the Russian Federation, as well as the relevance of further study of this issue in the future.

Key words: palliative care, social support, quality of life, social work, specialist in social work, social worker.

Несмотря на определенные сложности, обусловленные современной ситуацией с новым коронавирусом, продолжает свое развитие паллиативная медицинская помощь (ПМП), в первую очередь, в субъектах Российской Федерации. В регионах ведется работа по повышению ее эффективности и качества, она становится более доступной для всех пациентов, нуждающихся в улучшении качества жизни [1, 2]. В это же время остаются нерешенными проблемы, относящиеся, в частности к социальной сфере, с которыми часто сталкиваются в первую очередь родные и близкие неизлечимых пациентов, осуществляющие уход. К ним относятся, например, трудовая занятость ухаживающих по месту основной работы, низкий уровень информированности о возможностях оказания социально-медицинских услуг в регионе, а также социальные и психологические проблемы [6, 7, 9].

Сложившаяся ситуация требует *усиленного развития медико-социальной работы в рамках межведомственного взаимодействия для расширения мер социальной защиты и улучшения качества медицинского обслуживания населения. Оказание качественной ПМП должно основываться на междисциплинарном подходе, включая социальную поддержку, что будет значительно способствовать улучшению качества жизни пациентов и повышению эффективности оказываемых социально-медицинских услуг* [3, 4, 8].

В Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А.И. Евдокимова по результатам научно-исследовательской

работы (Государственное задание № 056-00149-18-00 на 2018 - 2020 гг.) разработаны организационно-методологические модели оказания первичной и специализированной ПМП пациентам с учетом региональных особенностей субъектов РФ, которые предусматривают необходимость межведомственного взаимодействия при ее оказании (рис. 1).

Рис. 1. Роль и место медицинских психологов, психотерапевтов, специалистов по социальной работе и социальных работников при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам

Как видно из рис.1, современное представление о ПМП неотъемлемо связано с определением роли и функциональной нагрузки социального работника и специалиста по социальной работе. Проведенный анализ полученных результатов (см. табл. 1), показал, что должность специалиста по социальной работе отсутствует более чем в половине медицинских организаций (58.13%–60.61%) и чуть менее, чем в 45% подразделений ПМП. Около 21% респондентов, работающих в поликлиниках и стационарах медицинских организаций, затруднились ответить на этот вопрос (19.48%-22.66%), и только 3.74% таких ответов было получено от респондентов из подразделений ПМП. Менее 20% поликлиник и стационаров медицинских организаций (19.21%-19.91%) и почти половина подразделений ПМП (47.06%) имеют в своем штатном расписании такую должность.

Таблица 1

Наличие в штатном расписании медицинской организации должности специалиста по социальной работе

№	Наличие должности	Место работы респондентов

		Поликлиника МО (n=231)	Поликлиника МО (n=231)	Поликлиника МО (n=231)
1	да	46 (19.91%)	46 (19.91%)	46 (19.91%)
2	затрудняюсь ответить	45 (19.48%)	45 (19.48%)	45 (19.48%)
3	нет	140 (60.61%)	140 (60.61%)	140 (60.61%)

В табл. 2 отражены результаты опроса о наличии в штатном расписании медицинских организаций должности социального работника: отрицательный ответ был получен более чем от половины всех опрошенных (52.94%-65.80%), положительный ответ дали 41.17% респондентов из подразделений ПМП и от 10.82% до 13.30% врачей, работающих в поликлиниках и стационарах медицинских организаций, при этом около четверти их них (23.38%-24.14%) затруднились ответить на этот вопрос. Заслуживают внимания ответы респондентов, работающих в подразделениях ПМП, где затруднялись ответить на вопрос о наличии в штатном расписании должности социального работника и специалиста по социальной работе менее 5.88% и чуть более 8% соответственно.

Таблица 2

Наличие в штатном расписании медицинской организации должности социального работника

№	Наличие должности	Место работы респондентов		
		Поликлиника МО (n=231)	Поликлиника МО (n=231)	Поликлиника МО (n=231)
1	да	25 (10.82%)	25 (10.82%)	25 (10.82%)
2	затрудняюсь ответить	54 (23.38%)	54 (23.38%)	54 (23.38%)
3	нет	152 (65.80%)	152 (65.80%)	152 (65.80%)

Отдельного внимания заслуживают результаты опроса о работе в медицинских организациях социальных работников или специалистов по социальной работе. Как видно из табл. 3, на вопрос о физическом наличии этих специалистов отрицательно ответило большинство всех респондентов (56.68%-81.82%). И если в подразделениях ПМП зафиксировано наличие 27.80% социальных работников и 15.51% специалистов по социальной работе, то в поликлиниках и стационарах медицинских организаций их наличие варьировалось лишь от 7.79% до 11.69% соответственно. То есть, практически

около 80% поликлиник и стационаров медицинских организаций оказывают ПМП без участия социального работника и специалиста по социальной работе.

Таблица 3

Физическое наличие в медицинской организации специалиста по социальной работе или социального работника

№	Наличие должности	Место работы респондентов		
		Поликлиника МО (n=231)	Поликлиника МО (n=231)	Поликлиника МО (n=231)
1	да, социальный работник	18 (7.79%)	22 (10.84%)	52 (27.80%)
2	да, специалист по социальной работе	27 (11.69%)	22 (10.84%)	29 (15.51%)
3	нет	189 (81.82%)	162 (79.80%)	106 (56.68%)

При этом подавляющее большинство всех опрошенных респондентов (75.37%-86.63%) положительно ответили на вопрос о повышении эффективности оказания паллиативной медицинской помощи при осуществлении социальной работы (табл. 4). Затруднились ответить от 11.76% до 20.20% респондентов и только от 1.60% до 4.43% ответили отрицательно. Заметим, что минимальное количество затруднений и отрицательных ответов было получено от респондентов из подразделений системы ПМП: 11.76% и 1.60% соответственно.

Таблица 4

Мнение респондентов о повышении эффективности оказания паллиативной медицинской помощи при осуществлении социальной работы

№	Мнение респондентов	Место работы респондентов		
		Поликлиника МО (n=231)	Поликлиника МО (n=231)	Поликлиника МО (n=231)
1	да	184 (79.65%)	153 (75.37%)	162 (86.63%)
2	затрудняюсь ответить	39 (16.88%)	41 (20.20%)	22 (11.76%)
3	нет	8 (3.46%)	9 (4.43%)	3 (1.60%)

Таким образом, как видно из полученных результатов анализа наличия в штатном расписании медицинских организаций должностей социального работника и специалиста по социальной работе, и их физическое наличие в

штате не соответствуют нормативным требованиям для оказания ПМП, что на сегодняшний день значительно осложняет ее качественное оказание и не способствует полноценному осуществлению мероприятий по улучшению качества жизни пациентов.

Вместе с тем, подавляющее большинство респондентов, независимо от места их работы, отмечают повышение эффективности оказания паллиативной медицинской помощи при осуществлении социальной поддержки при наличии в команде межведомственного взаимодействия социального работника и специалиста по социальной работе.

В заключение можно констатировать, что полученные результаты подтверждают целесообразность оценки эффективности и качества оказания паллиативной медицинской помощи пациентам с участием социального работника и специалиста по социальной работе, а также актуальность дальнейшего изучения этого вопроса в перспективе [8-11].

Такой подход позволит найти эффективное решение целого ряда медицинских и социальных проблем нуждающихся в паллиативной медицинской помощи пациентов и их близких, повысить качество их жизни, повысить удовлетворенность качеством медицинской помощи, снизить социальную напряженность в обществе.

Список литературы

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (редакция, действующая с 1 января 2017 года) http://docs.cntd.ru/document/902312609.
2. Приказ Минздрава России и Минтруда России № 345н/372н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья».
3. Воробцова Е.С., Мартыненко А.В., Овчинникова С.В. Мнение врачей о деятельности профессиональных социальных работников в организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. –2020. – № 2. – С. 270-274.
4. Новиков Г.А., Вайсман М.А., Рудой С.В., Зеленова О.В., Подкопаев Д.В. Определение показателей эффективности оказания паллиативной медицинской помощи пациентам: данные эпидемиологического исследования // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2020. – № 4. – С. 5-8.
5. Новиков Г.А., Вайсман М.А., Рудой С.В., Подкопаев Д.В. Оценка эффективности оказания паллиативной медицинской помощи

онкологическим пациентам // Паллиативная медицина и реабилитация. - 2020. - № 2. – С. 5-11.
6. Новиков Г.А., Введенская Е.С., Зеленова О.В., и др. Эпидемиологическое исследование с целью оценки потребности онкологических пациентов в паллиативной медицинской помощи в России. //Паллиативная медицина и реабилитация. – 2018. – № 1. – С. 5-9
7. Новиков Г.А., Зеленова О.В., Введенская Е.С., Рудой С.В., Вайсман М.А., Абрамов С.И. Социологическое исследование потребности населения страны в качественной паллиативной медицинской помощи // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2018. – № 2. – С. 5-8
8. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. https://www.canceradvocacy.org/wp-content/uploads/2013/10/ASCO-Provisional-Clinical-Opinion.pdf
9. Rangachari D, Smith TJ. Integrating palliative care in oncology: the oncologist as a primary palliative care provider. Cancer J. 2013;19(5):373-8.
10. Weissman DE, Meier DE: Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: A consensus report from the Center to Advance Palliative Care. J Palliat Med 14:17-23, 2011.
11. WHO Definition of Palliative Care. WHO, 2007 www.who.int/cancer/palliative/definition/en.

УДК 364.4
ББК 60.94

Овчинникова С.В., Левина В.В.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИНЦИПА АДРЕСНОСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В УСЛОВИЯХ ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В г.МОСКВЕ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва
Государственное бюджетное учреждение города Москвы Территориальный центр социального обслуживания «Новогиреево», г. Москва

В статье представлены результаты исследования проблемы реализации принципа адресности в условиях изменения правового регулирования

оказания социальных услуг на дому в организациях социального обслуживания г. Москвы.

Ключевые слова: социальные услуги, адресность предоставления социальных услуг, нуждаемость, нуждающийся в социальном обслуживании.

Ovchinnikova S.V., Levina V.V.

THE IMPLEMENTATION OF THE PRINCIPLE OF TARGETING IN THE DELIVERY OF SOCIAL SERVICES IN THE CONTEXT OF THE CHANGES LEGAL REGULATION OF SOCIAL SERVICE IN MOSCOW

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia
State budgetary institution of the city of Moscow Territorial Social Service Center "Novogireevo», Moscow, Russia

The article presents the results of a study of the problem of implementing the principle of targeting in the conditions of the changes legal regulation of the provision of social services at home in social service organizations in Moscow.

Keywords: targeting of the provision of social services, neediness, in need of social services.

Проблема адресности оказания социальных услуг в системе социального обслуживания нашей страны не перестает терять своей актуальности вот уже почти тридцать лет. Суть ее заключается чаще всего в том, что социальные услуги получают более осведомленные о социальной помощи граждане РФ, при том, что их положение не всегда соответствует их нуждаемости.

В соответствии с ФЗ-442 "Об основах социального обслуживания граждан РФ" определено, что получателем социальных услуг является гражданин, который признан нуждающимся в социальном обслуживании. Принцип адресности предоставления социальных услуг, изложенный в Федеральном законе в разделе "Основные принципы" (ст.14, п.2), как один из основополагающих, предполагает оказание услуг только тем гражданам, которые признаны нуждающимися, т.е. к этой категории относятся граждане не способные самостоятельно справиться со сложной жизненной ситуацией в силу объективных причин.

Гражданин должен сам или его законный представитель подать в письменной или электронной форме заявление о предоставлении социального обслуживания либо обращение в его интересах иных граждан, обращение

государственных органов, органов местного самоуправления, общественных объединений непосредственно в уполномоченный орган субъекта Российской Федерации либо переданные заявление или обращение в рамках межведомственного взаимодействия.

На основании ст. 15 указанного Закона нуждающимся в социальном обслуживании признается гражданин в случае, если существуют следующие обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия его жизнедеятельности:

1) полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности;

2) наличие в семье инвалида или инвалидов, в том числе ребенка-инвалида или детей-инвалидов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе;

3) наличие ребенка или детей (в том числе находящихся под опекой, попечительством), испытывающих трудности в социальной адаптации;

4) отсутствие возможности обеспечения ухода (в том числе временного) за инвалидом, ребенком, детьми, а также отсутствие попечения над ними;

5) наличие внутрисемейного конфликта, в том числе с лицами с наркотической или алкогольной зависимостью, лицами, имеющими пристрастие к азартным играм, лицами, страдающими психическими расстройствами, наличие насилия в семье;

6) отсутствие определенного места жительства, в том числе у лица, не достигшего возраста двадцати трех лет и завершившего пребывание в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

7) отсутствие работы и средств к существованию;

8) наличие иных обстоятельств, которые нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации признаны ухудшающими или способными ухудшить условия жизнедеятельности граждан [2].

Далее на основании этой статьи принимается уполномоченным органом субъекта Российской Федерации решение о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании либо об отказе в социальном обслуживании в течение пяти рабочих дней с даты подачи заявления. О принятом решении заявитель информируется в письменной или электронной форме. Решение об оказании срочных социальных услуг принимается немедленно. Также решение об отказе в социальном обслуживании может быть обжаловано в судебном порядке.

В ст. 20 перечисляются виды социальных услуг с учетом индивидуальных потребностей. Остановимся на социально-бытовых (поддержание жизнедеятельности получателей социальных услуг в быту) и социально-медицинских, направленных на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья.

Ст. 29 указывает на необходимость профилактики обстоятельств, обусловливающих нуждаемость гражданина в социальном обслуживании путем:

1) обследования условий жизнедеятельности гражданина, определения причин, влияющих на ухудшение этих условий;

2) анализа данных государственной статистической отчетности, проведения при необходимости выборочных социологических опросов.

В зависимости от финансовой обеспеченности (ст. 31) бесплатно оказываются услуги в форме социального обслуживания на дому, в полустационарной и стационарной формах социального обслуживания несовершеннолетним детям; лицам, пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций, вооруженных межнациональных (межэтнических) конфликтов.

Социальные услуги в форме социального обслуживания на дому и в полустационарной форме социального обслуживания предоставляются бесплатно, если на дату обращения среднедушевой доход получателя социальных услуг, рассчитанный в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации, ниже предельной величины или равен предельной величине среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно, установленной законом субъекта Российской Федерации.

Нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации могут быть предусмотрены иные категории граждан, которым социальные услуги предоставляются бесплатно.

Порядок определения среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно для целей ФЗ № 442 устанавливается Правительством Российской Федерации.

Размер предельной величины среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно устанавливается законами субъекта Российской Федерации и не может быть ниже полуторной величины прожиточного минимума, установленного в субъекте Российской Федерации для основных социально-демографических групп населения [2].

Ситуация не только в Москве, но и во всей стране в целом, с определением нуждаемости в соответствии с принципом адресности и изложенных выше статей ФЗ № 442 стали основанием для новых подходов к определению нуждаемости граждан в социальных услугах, изложенных в приказе ДТСЗН г. Москвы от 31 декабря 2019 г. № 1459 "Об особенностях предоставления социального обслуживания в г.Москве с 1 января 2020 г." Приказ основан на успешной апробации новой методики учета степени ограничения к самообслуживанию для определения индивидуальной нуждаемости в социальном обслуживании и преследует цель совершенствования процедуры признания граждан нуждающимися в социальном обслуживании, использования современных инструментов, с помощью которых будет определяться индивидуальная нуждаемость в социальных услугах и установлении особенностей правового регулирования отношений, связанных с признанием граждан нуждающимися в социальном обслуживании на дому и в стационарной форме [3].

Приказ, основанный на принципе адресности и изменившихся подходах к определению механизма выявления нуждаемости, дает возможность с помощью новой методики учета степени ограничения к самообслуживанию всесторонне организовать проверку нуждаемости, дать обоснование для предоставления бесплатных услуг, сформировать единый банк данных получателей социальных услуг, а также позволит координировать деятельность органов и служб социальной защиты с медицинскими организациями системы здравоохранения г.Москвы, предлагает сочетание государственной и негосударственной помощи гражданам, признанным нуждающимися.

В течение 2020 года организации социального обслуживания г.Москвы перестраивали свою работу в соответствии с этим приказом. В интервью с работниками центров социального обслуживания, абсолютно все сотрудники высказали мнение о том, что год был чрезвычайно сложным не только из-за увеличения объема работы, обусловленной пандемией коронавирусной инфекции, но и в связи с переходом на новое правовое регулирование отношений, связанных с признанием граждан нуждающимися в социальном обслуживании. Наше внимание, как исследователей проблем в оказании надомных социально-бытовых и социально-медицинских услуг центрами социального обслуживания, было направлено на выявление трудностей, с которыми сталкивались руководители, их заместители, заведующие отделениями социального обслуживания на дому и социальные работники при реализации основных положений данного приказа.

Для выявления сложностей перехода на новую систему определения индивидуальной нуждаемости в социальном обслуживании, перспектив перехода и в связи с изменениями правового регулирования отношений, нами получены ответы на предложенную сотрудникам центров социального обслуживания анкету. Анкета в течение месяца (январь 2021 г.) была размещена в Google-форме, но, видимо, из-за напряженной работы ответили на нее всего 31 человек, из них двое мужчин. Две трети респондентов - руководители, заместители и заведующие отделениями, около трети - социальные работники и один специалист по социальной работе.

Стаж работников представлен следующим образом: у 66% опрошенных стаж - свыше 10 лет, от 3 до 5 и от 5 до 10 лет представлено равным количеством, в общей сумме - одна треть.

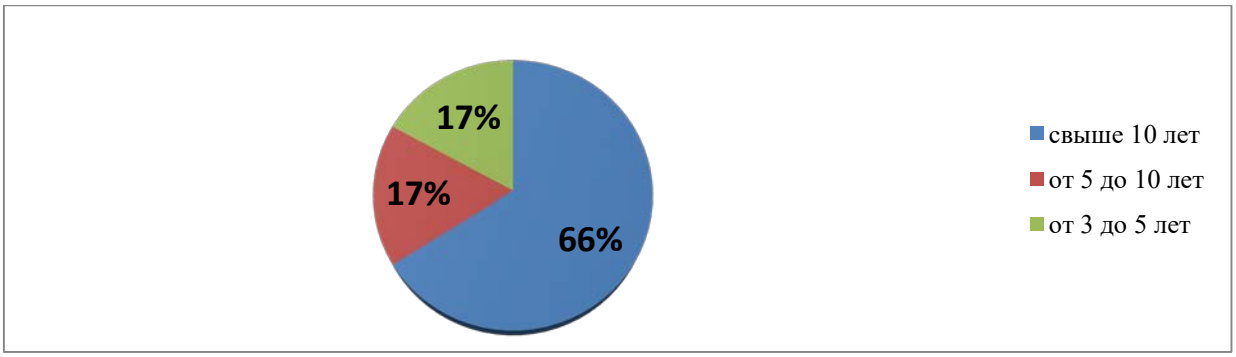

Рис. 1. Стаж работы респондентов

На вопрос: «Считаете ли Вы, что принцип адресности в сфере социального обслуживания в нашей стране не в полной мере реализован», почти две трети (62,5%) высказались, что социальные услуги оказывались в соответствии с этим принципом и треть респондентов отметили, что социальные услуги часто оказывались тем, кто не имел на них права (37,5%). Ни один из ответивших не отметил, что он не имеет представления о том, как в соответствии с этим принципом осуществляется социальное обслуживание.

Вопрос: «Считаете ли Вы, что приказ № 1459 ДТСЗН г. Москвы "Об особенностях предоставления социального обслуживания в г. Москве" является актуальным и необходимым», 62,5% респондентов отметили, что имеется достаточно нормативных документов для определения нуждаемости получателей социальных услуг (ПСУ) и 37,5% считают, что давно назрела необходимость четче определять индивидуальную нуждаемость ПСУ. На вопрос, полностью ли изложенный в приказе №1459 ДТСЗН г. Москвы Временный порядок признания граждан нуждающимися в социальном обслуживании позволяет справиться с этой задачей, чуть более половины

ответили (56,5%), что в приказе прописаны все критерии признания граждан нуждающимися и 43,5% опрошенных признали, что некоторых позиций явно не хватает.

На основании рассматриваемого приказа предполагается вместо трехлетней Индивидуальной программы получателя социальных услуг (ИППСУ), разрабатывать ее на один год. И на вопрос о том, будет ли более эффективна, рассчитанная на один год ИППСУ, чем предшествующая, которую составляли на три года, 83,3% ответивших не считают, что она станет более эффективной, т.к. будет затрачено больше сил и средств на ежегодную типизацию ПСУ и 16,7% признают ИППСУ на один год эффективной. На вопрос, отличаются ли согласно приказу № 1459 стандарты социальных услуг, предоставляемых на дому, от предыдущих, 78,3% отметили, что имеются достаточно серьезные отличия; 18,2% ответили, что отличия есть, но их немного и один респондент высказался, что отличий он не видит.

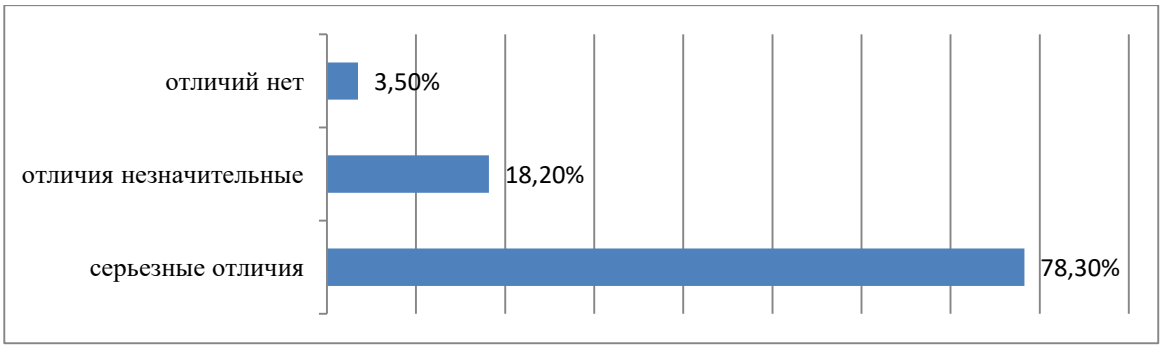

Рис.2.Сравнение новых и предыдущих стандартов услуг

Для проведения достаточно большого объема работы по признанию граждан нуждающимися в социальном обслуживании в ТЦСО г. Москвы были направлены специальные сотрудники, которые прошли обучение по определению функционального статуса граждан, претендующих на социальное обслуживание. На вопрос, каков был уровень оказанной помощи, направленными в Вашу организацию работниками (типизаторами) для осуществления оценки функционального статуса граждан, ответы были следующими:

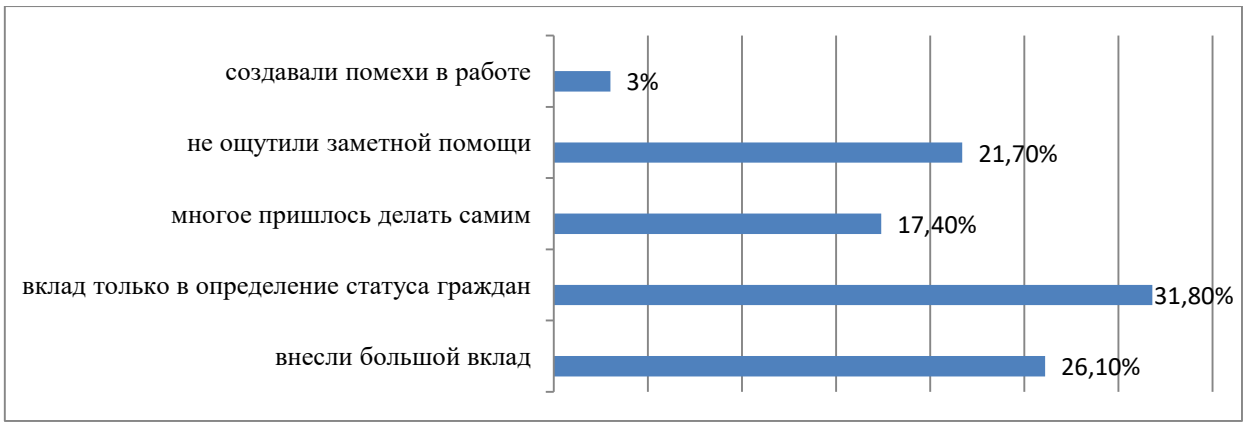

Рис. 3. Оценка работы типизаторов в ТЦСО

Для определения статуса граждан, нуждающихся в предоставлении социальных услуг на дому необходимо представить пакет документов. На вопрос: «Намного ли изменился Перечень необходимых документов для признания гражданина нуждающимся в социальных услугах?», более двух третей опрошенных высказались о значительном увеличении необходимых документов, 12,5% считают, что перечень стал меньше и 8,3% ответили, что изменений нет.

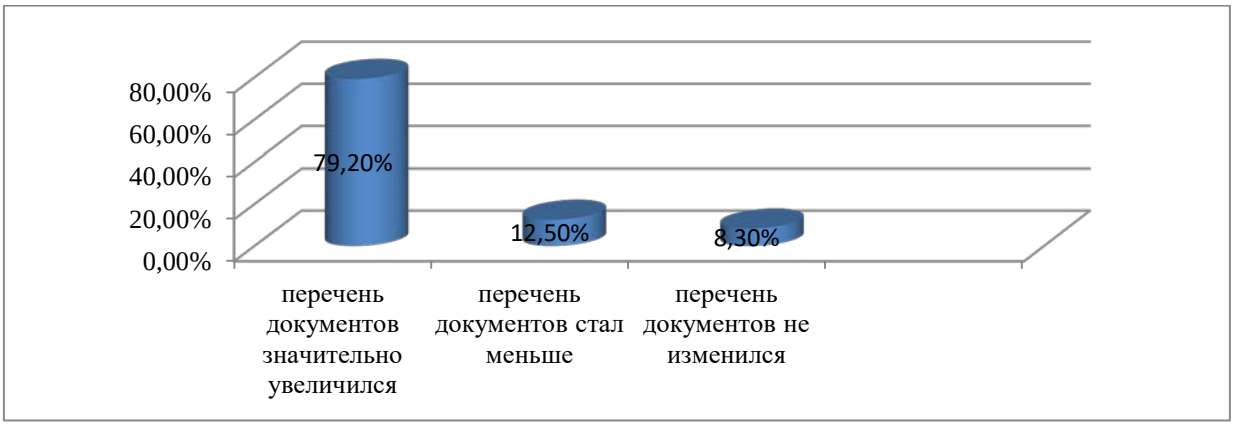

Рис.4. Оценка изменений пакета документов

В соответствии с последней редакцией ст. 38. п.3 Конституции РФ, в которой говорится о том, что "Трудоспособные дети, достигшие 18 лет, должны заботиться о нетрудоспособных родителях" [1], ранее получавшие социальные услуги граждане, имеющие трудоспособных детей, теперь документально должны подтвердить обоснованность предоставления этих услуг на бесплатной основе. Поэтому и на открытый вопрос о том, какие документы из перечня необходимых, труднее всего предоставить претенденту на получение бесплатных социальных услуг, чаще всего отмечались "документы от родственников, подтверждение родственников и их проживание, сведения о доходах членов семьи, документы от детей (2 НДФЛ),

документы от родственников о невозможности оказания ими помощи нуждающимся, выписки из домовой книги из Управляющей компании".

Данная поправка и тщательная функциональная диагностика в определении статуса претендента на бесплатное социальное обслуживание, скорее всего приведет к сокращению ПСУ. И на вопрос анкеты: «Как Вы считаете, проведение функциональной диагностики в соответствие с приказом № 1459 изменит ли количество ПСУ в ТЦСО?», мы получили следующие результаты, представленные на рисунке 5.

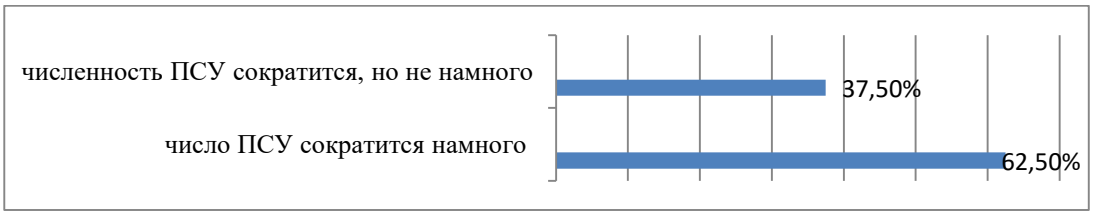

Рис.5. Мнение респондентов о предстоящем изменении численности ПСУ

В приложении № 3 рассматриваемого приказа "Стандарты предоставления социальных услуг" в п.15 раздела социально-бытовые услуги объединены три позиции: доставка на дом ТСР, лекарственных средств и промышленных товаров. Такое объединение явно социально-медицинских и социально-бытовых услуг вызывает некоторое несогласие и на вопрос, считаете ли Вы правильным объединение в одну услугу трех, получены 100% ответы, что, эти услуги в одну не следует объединять.

На вопрос: «Считаете ли Вы, что услуги "подготовка лекарств, доставка на дом ТСР и лекарственных средств" должны находиться в разделе Социальные услуги?», 66,7% респондентов ответили, что, по их мнению, они должны входить в раздел Социально-медицинские услуги и треть опрошенных высказали в равных пропорциях мнение о том, что это социальные услуги (16,7%), и такое же количество респондентов не видят принципиальной разницы, в какой категории эти услуги будут находиться. Услуги «стрижка волос и бритье» входят в раздел Социально-медицинские услуги. Согласились с тем, что это правильно, менее половины (41,7%), менее трети считают, что эти услуги должны относиться к социальным услугам (29,2%) и не видят принципиальной разницы, в каком разделе они находятся такое же количество респондентов (29,2%).

На вопрос: «Может ли удовлетворить ПСУ доставка продуктов на дом только через интернет-сайты и не более 4 заказов в месяц при кратности оказания услуги 1 раз в месяц?», почти все респонденты, кроме одного участника опроса, ответили, что ПСУ не будут удовлетворены такой услугой.

В Стандартах предоставления услуг изложен и временной регламент. Ответы на вопрос о совпадении показателя качества и оценки результативности оказываемых услуг с указанном в регламенте временем проведения манипуляции, выглядят следующим образом: почти половина (41,7%) ответили, что времени на оказания услуг явно недостаточно, 37,5% опрошенных выбрали ответ "Из-за недостачи времени услуга не сможет быть выполнена качественно " и 20,8% респондентов отметили, что в указанный регламент можно уложиться.

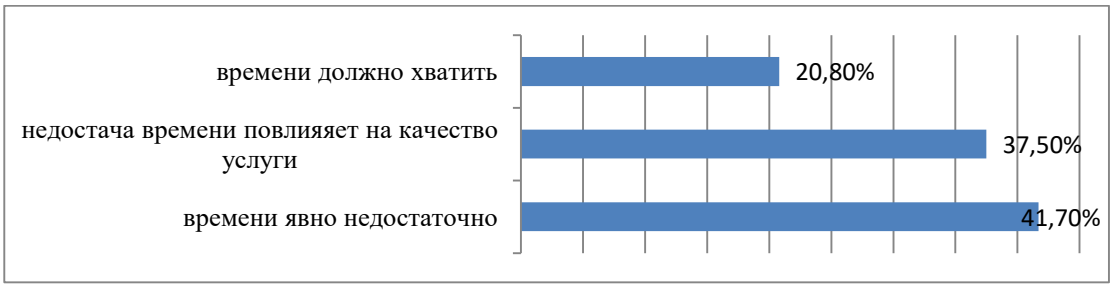

Рис.6. Соотнесение качества оказываемых услуг с временным регламентом

Далее в открытом вопросе респонденты указали, на оказание каких услуг на дому, в соответствии с регламентом по приказу, явно времени не хватает. К ним отнесены: получение и доставка ТСР, стирка, приготовление пищи, прогулка, оплата коммунальных платежей, 111001 (помощь в приготовление пищи), 120105 (проведение гигиенических процедур нижней части тела), получение и доставка лекарственных препаратов, хозяйственных товаров, 110102 (приготовление горячей пищи), 110401 (еженедельная уборка), 110402 (ежемесячная уборка), доставка продуктов, уборка в квартире, купание, оформление материальной помощи, оформление санаторно-курортной путевки.

Проведенное разведывательное исследование и анализ содержания приказа ДТСЗН г. Москвы от 31 декабря 2019 г. № 1459, в соответствии с которым в настоящее время работают организации социального обслуживания г. Москвы, дает нам основание сделать следующие выводы:

1. Оказание социальных услуг на дому в системе социального обслуживания г. Москвы проводится в соответствие с принципом адресности в социальной работе, что приведет, скорее всего, к сокращению ПСУ.

2. Единая база всех данных на получателей социальных услуг, которая бы способствовала быстрому предоставлению информации о нуждаемости каждого гражданина, находится в нашей стране в стадии разработки.

3. Стандарты и время, затрачиваемое на одну манипуляцию, кратность предоставления, периодичность оказания и показатели качества

предоставляемых социальных услуг в г. Москве требуют более тщательного анализа, опирающегося на практику социального обслуживания на дому и оценку качества услуг самими получателями.

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 1 июля 2020 г. //http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/58e82f7427fb7280ac3860e0176dcd68d75f2546/2.
2. Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" // Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 52.
3. Приказ ДТСЗН г. Москвы от 31 декабря 2019 г. № 1459 "Об особенностях предоставления социального обслуживания в г. Москве с 1 января 2020 г." https://dszn.ru/department/Federalnyy-zakon-442-FZ-Ob-osnovah-socialnogo-obsluzhivaniya-grazhdan-v-RF/Spisok-razrabotannyh-i-prinyatyh-normativnyh-pravovyh-aktov.
4. Переход на новую систему определения индивидуальной нуждаемости в социальном обслуживании г. Москвы. Анкета // https://docs.google.com/forms/d/1fDk1bFl65gv6Tx285-92351g4ouYxlR2gusTIXxzqCg/edit#responses.

УДК 614.2+303.824
ББК 60.94

Осипова Н.Н.[1], Машкова И.Ю.[2]

ПРОЕКТИРОВАНИЕ ВОЛОНТЕРСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

[1]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва
[2]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Смоленск

В статье представлен авторский опыт реализации социальных проектов вузов в сфере охраны психического здоровья. Рассматриваются перспективы социального проектирования для развития медико-социальной работы с привлечением волонтеров.

Ключевые слова: социальный проект, охрана психического здоровья, подготовка волонтеров.

Osipova N.N.[1], Mashkova I.Y.[2]

CREATION OF VOLUNTEER PROJECTS FOR PROTECTION OF MENTAL HEALTH

[1]Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia
[2]Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Smolensk State University of Medicine" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Smolensk, Russia

The article presents author's projects in the field of mental health protection. The prospects of social design for the development of medical and social work and volunteering are discussed.

Key words: social project, mental health, training volunteers.

В настоящее время одним из основных вызовов долгосрочному социально-экономическому развитию России является *«возрастание роли человеческого капитала как основного фактора экономического развития».* Это требует внимания к социальному и мировоззренческому потенциалу проблем психического здоровья. Психическое здоровье в условиях современного общества становится все более актуальной темой в связи с интенсивными социальными трансформациями и процессами миграции, строгими требованиями, с которыми индивиды сталкиваются в сфере профессиональной и образовательной деятельности личности, попустительским отношением населения к своему здоровью [7].

Стратегия развития системы охраны психического здоровья в Российской Федерации и решения Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века» обозначают необходимость «совершенствования сотрудничества государственных, общественных институтов и СМИ по широкому кругу вопросов, касающихся темы охраны психического здоровья людей и здорового образа жизни». *«Междисциплинарные и межсекторные стратегии»* признаются сегодня «*наиболее адекватными при решении проблемы сохранения психического здоровья*». Государство и общество заинтересованы в использовании потенциала волонтерского движения, что можно рассматривать как «дополнительный и весомый человеческий ресурс».

Однако в настоящее время в России нет развитой системы подготовки и организации деятельности «волонтеров профилактики» проблем психического здоровья. Вместе с тем, существует потребность молодых специалистов в совершенствовании профессиональных навыков и готовность к оказанию безвозмездных медико-социальных и психологических услуг нуждающимся.

Учитывая актуальность проблем психического здоровья для региона, смоленскими вузами разрабатываются социальные проекты, технологии которых максимально учитывают современные приоритеты в решении этих проблем. В 2017-2018 гг. ФГБОУ ВО «Смоленский государственный университет» реализовал проект «Содействие». Он направлен на подготовку специалистов епархиальной системы церковно-приходской помощи семьям с родственниками, страдающими алкогольной зависимостью. ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России в 2019-2020 гг. реализовал проект «Здоровье души: подготовка православных волонтеров в сфере охраны психического здоровья». Проекты стали победителями и осуществлялись при поддержке Международного грантового конкурса «Православная инициатива» в тесном сотрудничестве со Смоленской митрополией.

Концептуальной основой создания проектов послужила парадигма, согласно которой, здоровье рассматривается как совокупность физического, психического, социального и духовного благополучия. Такое понимание требует комплексного подхода к вопросам лечения и профилактики с воздействием на каждых из четырех компонентов недуга. Конфессионально ориентированные подходы в лечении психических расстройств становятся сегодня пространством научного поиска.

В «Основах социальной концепции Русской Православной Церкви» [4], принятых Архиерейским Собором Русской Православной Церкви в августе 2000 года отмечено, что «в области психотерапии оказывается наиболее плодотворным сочетание пастырской и врачебной помощи душевнобольным при надлежащем разграничении сфер компетенции врача и священника». Важной составляющей социального проектирования в этих условиях становится разработка научно-методической основы, междисциплинарной концепции для понимания проблемы, на решение которой направлен проект.

Определение проблемы является основным компонентом социального проектирования, а потребность в ее решении обусловливает актуальность проекта. Однако при проектировании профессиональной волонтерской деятельности нужно опираться на уже имеющиеся системные ресурсы.

Медико-социальные волонтерские проекты не должны претендовать на решение тех вопросов психического здоровья, которые находятся в компетенции государственной системы здравоохранения. Они призваны развивать дополнительные формы помощи, способствовать большей открытости государственных систем и содействовать повышению активности самих благополучателей.

Можно выделить две целевые группы при проектировании профессиональной волонтерской деятельности в сфере охраны психического здоровья: добровольцы – психологи, врачи и социальные работники, студенты вузов, имеющие или получающие профильное образование, ориентированные на социальное служение, оказание конфессионально ориентированной помощи и развитие собственных профессиональных компетенций; благополучатели – люди, заинтересованные в решении собственных проблем психического здоровья, преодолении семейных кризисов и открытые к получению волонтерской помощи.

Структура проекта определяется задачами четырех типов: создание условий и сопровождение добровольческой деятельности; повышение квалификации и развитие профессиональных компетенций волонтеров; развитие новых форм социального партнерства; мониторинг и оценка эффективности мероприятий проекта.

Первая задача является системообразующей. В рассматриваемых проектах она была решена путем создания специальной службы сопровождения волонтеров в их профессиональной деятельности в рамках проектных целей, финансируемой за счет грантовых средств. Так, была создана научно-методическая служба «Содействие» направленная на сопровождение специалистов-волонтеров, оказывающих социально-психологическую помощь семьям зависимых в религиозных организациях Русской Православной Церкви.

В рамках проекта «Здоровье души» была разработана модель, подготовлена площадка и нормативная документация для открытия ресурсного центра Смоленского государственного медицинского университета "Духовное и психическое здоровье" по сопровождению специалистов, осуществляющих свою профессиональную деятельность в сфере охраны психического здоровья в сотрудничестве с организациями Смоленской митрополии. Основные направления работы ресурсного центра: сопровождение деятельности специалистов целевой группы; выработка рекомендаций для организаций Смоленской митрополии по развитию профессионального взаимодействия и проведению совместных мероприятий, направленных на укрепление психического здоровья; проектное

сопровождение. Центр оснащен диагностическими, коррекционно-развивающими материалами, пособиями, изобразительными средствами, игрушками для обеспечения психологической работы с детьми и взрослыми.

На базе организаций Смоленской митрополии были открыты три площадки, что обеспечивало большую доступность помощи для ее потенциальных получателей. Проводились индивидуальные и семейные психологические консультации, коммуникативные тренинги для подростков, организованы выездные тренинги по профилактике эмоционального выгорания для работников образовательных организаций, мастерские родительского опыта. В профессиональной деятельности волонтеров хорошо себя зарекомендовала социальная технология ведения кейса. В таких условиях каждый волонтер целевой группы проекта при поддержке опытного наставника смог реализовать свой индивидуальный проект в работе с благополучателями и получить ценный профессиональный опыт.

Для решения задачи повышения квалификации были разработаны междисциплинарные образовательные программы: «Современные подходы и технологии помощи семье в преодолении зависимости» и "Охрана психического здоровья: биопсихосоциодуховный подход" (144 академических часа). Обучение вели преподаватели Смоленского государственного медицинского университета, Смоленского государственного университета и Смоленской Православной Духовной Семинарии.

Создание программ способствовало объединению проектной команды, разработке научной концепции в понимании ключевой проблемы проекта и выходу на новый уровень в ее решении [3]. Проведение курсов повышения квалификации с привлечением 30 слушателей послужило хорошей организационной и мотивационной основой для участников целевой группы проекта.

Научное осмысление проблематики проектов и диалог специалистов реализованы в решении задачи по развитию новых форм сотрудничества. В рамках обсуждаемых проектов были проведены научно-практические конференции: «Современные подходы и Православные традиции в решении проблем зависимости»; «Молитва врача. Актуальные вопросы охраны психического здоровья: биопсихосоциодуховный подход». К участию в каждом мероприятии привлечено свыше 100 человек из числа руководителей и специалистов сферы здравоохранения, образования и социального развития нескольких регионов, студентов вузов. Изданы материалы конференций [5, 6].

Для решения задач мониторинга и оценки эффективности мероприятий проекта приглашалась рабочая группа социологической лаборатории Смоленского государственного университета. Привлечение

профессиональной команды обеспечило высокий уровень исследования с использованием социологических методов (анкетирование, метод экспертной оценки, метод глубинного интервью). Это позволило оценить перспективность мероприятий проектов, определить возможные ошибки, выявить ресурсы и «точки роста» дальнейшего проектирования. Аналитические отчеты опубликованы в форме научных статей [1, 2]. Как показывают результаты анализа, мероприятия, направленные на повышение квалификации специалистов оказались более эффективными. Это объясняется тем, что они были достаточно конкретны, направлены на обучение мотивированных специалистов, ориентированы на получение конкретного прогнозируемого результата. Меры по внедрению и сопровождению деятельности волонтеров в сфере охраны психического здоровья и помощи семьям зависимых оценены как менее эффективные. Мероприятия более продолжительны, их труднее прогнозировать, а результат и эффективность внедрения зависит от ряда факторов, в том числе, от готовности нуждающихся получать волонтерскую помощь.

Широкое информационное сопровождение проектов осуществлялось в региональных СМИ и на различных интернет-площадках. Это способствовало не только популяризации проектов, но и укреплению ценностей психического здоровья.

Как показывает представленный опыт, технологии социального проектирования способствуют развитию и профессионализации волонтерского движения, позволяют создавать новые формы организации системной деятельности добровольцев, обеспечивают условие для научного диалога и выработки междисциплинарных концепций в понимании проблем психического здоровья, в целом определяют выход на более высокий уровень в обеспечении медико-социальной помощи населению.

Список литературы

1. Двойнев В. В., Сухова Е. Е., Сидорова А. С. Помощь семьям зависимых на приходах (опыт участников социального проекта «Содействие») // Бюллетень науки и практики. Электрон. журн. – 2018. – Т. 4. – № 2. – С. 395-402.
2. Двойнев В. В., Сухова Е. Е., Сидорова А. С., Машкова И. Ю. Подготовка волонтеров в сфере охраны психического здоровья (опыт социологической оценки эффективности мероприятий в рамках социального проекта «Здоровье души») // Бюллетень науки и практики. – 2020. – Т. 6. – № 8. – С. 244-250.
3. Игумнов С.А. Современные подходы и технологии преодоления зависимости. Учебное пособие / С.А. Игумнов, И.Ю. Машкова, Игумен Тарасий (Ланге). – Смоленск: «Принт-Экспресс», 2017. – 250 с.

4. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. http://www.patriarchia.ru/db/text/419128.html (Дата обращения: 25.02.2021)
5. Указ Президента РФ от 6 июня 2019 г. № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» // Информационно-правовой портал https://clck.ru/NtD6v (Дата обращения: 25.02.2021).

УДК 316. 354.4:616-058-036.12
ББК 60.94

Осипова Н.Н., Николаев С.В., Дмитриев М.В.,
Андреев В.А., Масляный А.С.

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ВОЛОНТЕРСКОЙ ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВОЕ СЕЛО» ПО ВЫЯВЛЕНИЮ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКИХ ПОСЕЛЕНИЙ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Смоленский государственный медицинский университет" Минздрава России, г. Смоленск
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова " Минздрава России, г. Москва

В статье представлены результаты работы добровольческого проекта Смоленского государственного медицинского университета «Межрегиональный центр по оказанию добровольческой помощи сельскому населению».

Ключевые слова: добровольчество, медицинское волонтёрство, качество жизни, социальная помощь.

Osipova N.N., Nikolaev S.V., Dmitriev M.V.,
Andreev V.A., Maslyanyi A.S.

EXPERIENCE OF IMPLEMENTING THE "HEALTHY VILLAGE" VOLUNTEER PROGRAM TO IDENTIFY SOCIALLY SIGNIFICANT AND CHRONIC NON-INFECTIOUS DISEASES AMONG RESIDENTS OF RURAL SETTLEMENTS

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Smolensk State University of Medicine" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Smolensk, Russia
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

The article presents the experience of a volunteer project to provide medical and social assistance to the rural population

Key words: volunteerism, medical volunteering, quality of life, social assistance.

В настоящее время одним из основных вызовов долгосрочному развитию России является негативная тенденция к снижению численности населения за счет распространения социально-значимых и хронических неинфекционных заболеваний. Жители сельской местности – это 26% от общей численности населения Российской Федерации, что составляет более 1/4 населения страны. Именно эта категория населения имеет наибольшие трудности с получением квалифицированной медико-социальной помощи, соответствующих мер социальной защиты и медико-социального сопровождения.

Сельские жители регулярно сталкиваются с нехваткой врачей, медицинских учреждений, медицинских материалов и оборудования. Особо сложная ситуация сложилась в малочисленных населенных пунктах с дефицитом специалистов в сфере медицины и социальных служб. Между тем, первичный социальный контроль является залогом раннего распознавания проблем медицинского характера. Крайне уязвимым оказывается положение пожилых людей, нуждающихся не только в квалифицированной медицинской помощи, но и в социальном мониторинге, направленном на исследование качества жизни, необходимости своевременного медико-социального вмешательства.

С 2018 года по настоящее время в Смоленском государственном медицинском университете успешно реализуется межрегиональный проект по оказанию добровольческой помощи сельскому населению, в результате которого открыт «Межрегиональный центр по оказанию добровольческой помощи сельскому населению». Работа центра направлена на снижение темпов роста и распространения хронических неинфекционных заболеваний на территории Смоленской области с учетом нозологической уязвимости различных возрастных групп.

Наиболее активными участниками проекта, наряду с врачами, являются социальные работники, а также студенты-волонтеры, обучающиеся по направлению «Социальная работа».

Участие специалистов по социальной работе в данном проекте обусловлено необходимостью проведения первичного социального мониторинга, включающего выявление нуждающихся в квалифицированной медицинской помощи сельского населения, информирования местных медицинских служб, непосредственная организация трансфера для получения консультации выездных медицинских специалистов. Крайне важным является также последующее сопровождение пациентов: поскольку у многих из обследованных лиц выявлены хронические заболевания, не исключающие инвалидизации, организация и проведение дальнейших медико-социальных мероприятий (экспертного и реабилитационного содержания) полностью обеспечивается социальными службами.

Организуются выезды в сельские поселения сотрудников клинических кафедр, ординаторов, студентов-волонтеров, с привлечением специалистов сельских социальных служб.

Одной из задач проекта также является углубленный осмотр пациентов сельской местности с целью диагностики заболеваний, в том числе сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, лиц с метаболическим синдромом и других с последующим медико-социальным сопровождением.

Помимо медико-консультативной помощи на выездах организован культурно-образовательный досуг с комплексом мероприятий, направленным на просвещение местной молодежи в вопросах национальной культуры и семейных ценностей, посредством проведения интерактивных образовательных программ, концертов народных творческих коллективов силами добровольцев Волонтерского центра, что приведет к возрождению традиционных культурных ценностей России, и будет способствовать вовлечению молодежи в решение социально значимых для страны задач.

Цель исследования. Выявление социально значимых и хронических неинфекционных заболеваний у жителей сельской местности с учетом нозологической уязвимости различных возрастных групп с последующим медико-социальным сопровождением.

Материал и методы

В результате выезда участников проекта в Смоленскую область (г. Демидов, с. Даньково, с. Темкино) был оказан медико-консультативный прием, который дополнялся аппаратно-диагностическими исследованиями 203 сельским жителям в возрасте от 7 до 91 года (средний возраст 52,2 ± 2,3

года). Из них 91,1% женщин (средний возраст 53,1 ± 2,5 года), 8,9% – мужчин (средний возраст 47,8 ± 5,6 года).

Результаты

На всех участников обследования были заведены индивидуальные регистрационные карты, в которые вносились социальный статус и данные о результатах консультативно-диагностического приема. В результате их обработки получены следующие результаты.

Состоят в зарегистрированном браке 46,2 %, не состоят в браке 53,8%. Из не состоящих в браке более половины являются вдовами (вдовцами). Инвалидность 2 группы имеют 6,5%, 3 группы 4,3%. Достоверных различий по наличию инвалидности на мужской и женской выборке не выявлено ($p>0,05$). Из опрошенных жителей оказалось, что высшее образование имеют 29,03%, профессиональное среднее – 46,2%, среднее – 21,5%, основное – 3,2%. Из их числа работающих 34,5%, пенсионеров – 43,01%, студентов – 16,1%, не работающих – 5,4%.

Наиболее востребованными специалистами были кардиолог, его посетили 17 % пришедших, офтальмолог (18 %), невролог (15%). Прошли обследование УЗИ внутренних органов 17 % местных жителей (рис.1).

Рис. 1. Распределение востребованности специалистов при проведении медико-консультативного осмотра

Среди выявленных диагнозов при обследовании лидирующую позицию занимает артериальная гипертензия 46,5±4,2 %. Ишемическая болезнь сердца 15,9±3,1%, катаракта 13,2±2,8%. Болезни ЖКТ распределились от 2,6% до 9,1%.

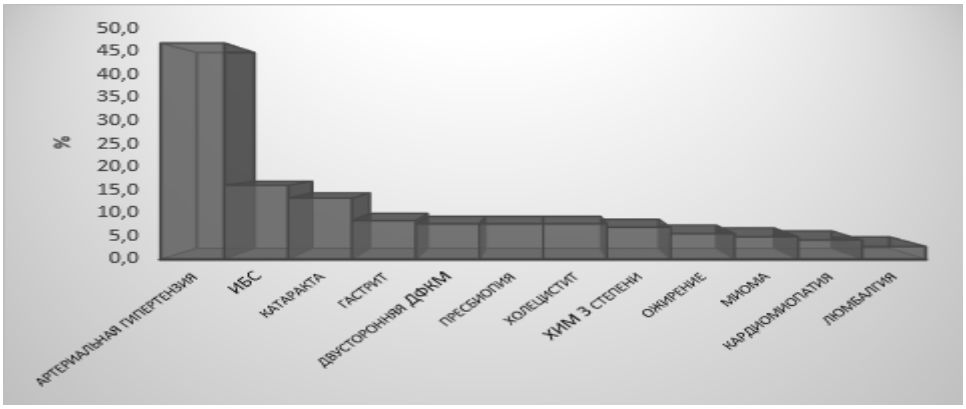

Рис. 2. Распределение диагнозов при проведении медико-консультативного осмотра

Выводы

Организованные выезды в сельские поселения сотрудниками клинических кафедр, ординаторов, студентов-волонтеров университета при активном участии специалистов социальных служб помогают предупреждению, своевременному выявлению заболеваний сердечно-сосудистой системы, органов зрения, желудочно-кишечного тракта и др., что направлено на снижение темпов роста и распространения социально значимых и хронических неинфекционных заболеваний. Поскольку большинство выявленных заболеваний носили хронический характер, такие пациенты нуждаются в постоянном медико-социальном сопровождении для решения экспертных и реабилитационных вопросов, повышения качества жизни в целом. В подобных проектах является необходимым привлечение специалистов по социальной работе.

УДК 614.29
ББК 51.13

Пузин С.Н. [1], Шургая М. А. [2], Погосян Г.Э. [3], Лялина И.В. [4]

ИНВАЛИДНОСТЬ СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ, ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

[1]ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реанимации и реабилитологии» (ФГБНУ ФНКЦ РР) Минобрнауки России, г. Москва;
[2]ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России г. Москва;

[3]ГБУЗ «Городская клиническая больница им. Е.О. Мухина Департамента здравоохранения города Москвы», *г. Москва;*
[4]ФКУЗ «Главный клинический центр медицинской и социальной реабилитации ФСИН» г. Москва

В статье представлены основные показатели первичной инвалидности старшего поколения в Российской Федерации в сравнении с основными возрастными группами взрослого населения. Рассчитан прогноз и сформулированы направления совершенствования медико-социальной реабилитации

Ключевые слова: пожилой, инвалидность, первичная инвалидность, классы болезней, группы, уровень, нарушение функции, ограничение жизнедеятельности, медико-социальная реабилитация

Puzin S. N. [1], Shurgaya M. A. [2], Pogosyan G. E. [3], Lyalina I. V. [4]

DISABILITY OF THE OLDER GENERATION, TRENDS AND PROSPECTS OF MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION

[1]FGBNU Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitology of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation, Moscow Russia;
[2]FSBEI of Further Professional Education "Russian Medical Academy of Continuous Professional Education" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia;
[3]E. O. Mukhina City Clinical Hospital of the Moscow City Healthcare Department, Moscow, Russia;
[4]FKUZ Main Clinical Center for Medical and Social Rehabilitation of the Federal Penitentiary Service, Moscow, Russia

The article presents the main indicators of primary disability of the older generation in the Russian Federation in comparison with the main age groups of the adult population. The forecast is calculated and the directions of improvement of medical and social rehabilitation are formulated.

Key words: elderly, disability, primary, classes of diseases, groups, level, functional impairment, disability, medical and social rehabilitation.

Актуальность проблемы

Масштаб и характер инвалидности меняется на протяжении времени. Одним из главных факторов, который оказывает влияние на данный

важнейший показатель здоровья населения, является демографический. Пристальное внимание международного сообщества привлечено к особой демографической ситуации старения населения, которое охватило страны мира. Прогнозные расчеты, изложенные в докладе ООН о мировых тенденциях старения населения, свидетельствуют о перспективе роста численности старшего поколения – людей пожилого возраста (старше 60 лет) к 2050 г. до 2,5 млрд человек. Именно демографическая характеристика населения в XXI в. приобретет особую ценность и будет определять глобальные экономические тренды развития стран мира [5, 6].

В Российской Федерации (РФ) в соответствии с глобальными тенденциями отмечается рост численности граждан пожилого возраста [1, 4]. Доля граждан старше трудоспособного возраста в РФ по среднему варианту прогноза Федеральной службы государственной статистики в период с 2016 г. по 2025 г. увеличится с 24,6% до 27% и составит 39,9 млн человек. Россия подписала Конвенцию ООН о правах инвалидов и ратифицировала ее в 2012 г., продемонстрировав готовность следовать основополагающим принципам ООН в отношении лиц «третьего возраста» («Независимость», «Участие», «Уход» и «Достоинство»), осуществление которых необходимо для охраны здоровья и обеспечения активного участия пожилых людей в общественной жизни [2, 3].

Цель работы. Провести анализ первичной инвалидности в пожилом возрасте в сравнительном аспекте с основными возрастными категориями населения РФ, оценить тенденции и перспективы медико-социальной реабилитации.

Материалы и методы

Единицы наблюдения: совокупность впервые признанных инвалидами (ВПИ) в РФ. Период исследования 2005-2020 гг. Объектом изучения явились данные о первичной инвалидности по форме государственного статистического наблюдения № 7-собес. Для статистической обработки данных использовались компьютерные программы Microsoft Office Excel 2010, IBM SPSS 20.0. Описательная статистика представлена в виде относительных интенсивных и экстенсивных коэффициентов. Статистическая обработка результатов клинико-экспертной диагностики, проводилась с расчетом средних величин и их ошибок. Принимали величину уровня значимости p меньше 0,05. Подбор параметров прогноза вариантной динамики инвалидности с учетом возраста в РФ до 2025 г. осуществлялся на основе линейных уравнений регрессии, оценку точности модели проводили на основе линейной аппроксимации.

Результаты исследования

Закономерностью эпидемиологии инвалидности взрослого населения в РФ (2005-2020 гг.) является преобладание во все года инвалидов пожилого возраста (68,5%-65,1%). Имеет место гендерная дифференциация – преобладали женщины инвалиды (65,7%). Общая численность старшего поколения, признанных инвалидами на 1 января 2020 г., составила 7732 тыс. человек, в том числе 2653 тыс. мужчин и 5079 женщин.

В контингенте ВПИ по возрасту с учетом классов болезней в РФ лица пожилого возраста превалировали в структуре инвалидности вследствие классов злокачественных новообразований (ЗНО–64,9%), системы кровообращения (БСК–66,4%), костно-мышечной системы (БКМС–44,1%,), эндокринной системы (59,3%), органов дыхания (53,4%), болезней глаза (69,1%) и болезней уха (73,7%), болезней нервной системы (43,6%), болезней мочеполовой системы (БМПС – 48,3%).

Контингент ВПИ граждан пожилого возраста формируют инвалиды вследствие классов ЗНО (1 ранговое место – 39,3%), БСК (2 ранговое место – 33,6%), БКМС (3 ранговое место – 4,3%), психических расстройств (4 ранговое место – 8%), болезней глаза и болезней уха (5-6 ранговое место –3,5%), болезней нервной системы (7 ранговое место – 3,0%), болезней эндокринной системы (8 ранговое место – 2,1%), болезней органов дыхания (9 ранговое место – 1,7%), БМПС (10 ранговое место –1,3%).

Установлено, что динамика тяжести первичной инвалидности в РФ имеет разнонаправленный характер. В частности, в контингенте ВПИ выявлен рост удельного веса ВПИ первой группы (с 12,5% до 26,6%), существенное сокращение ВПИ второй группы (с 64,3% до 34,9%) и рост ВПИ третьей группы (с 23,2% до 38,5%), которая с 2014 г. начинает занимать первое ранговое место в структуре первичной инвалидности по тяжести. При этом произошло снижение уровня первичной инвалидности второй группы относительно 2005 г. в 8,0 раза (R^2= 0,992), а уровня третьей группы – в 2,6 раза (R^2= 0,777), тогда как тенденция снижение уровня первой группы имела менее выраженную динамику (R^2= 0,621).

Прогнозные варианты динамики инвалидности (рис. 1): среди лиц пожилого возраста ожидается продолжение снижения численности ВПИ (оптимистичный прогноз), однако рост первичной заболеваемости как общей, так и по отдельным классам болезней и изменение законодательной базы (порядка и условий признания лица инвалидом) в связи с возможными негативными социально-демографическими тенденциями могут обусловить рост инвалидности и разворот тренда (пессимистичный прогноз) (рис.1).

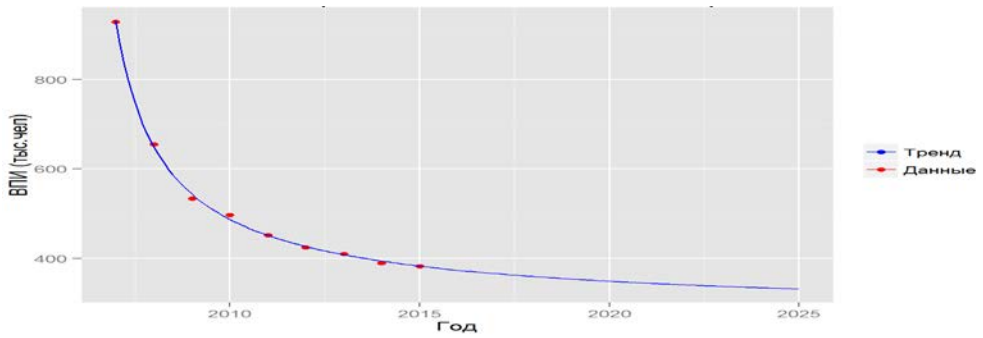

Рис. 1. Линия тренда прогноза численности ВПИ пожилого возраста в РФ

Результаты сравнительного анализа нарушений функций у выборочного контингента инвалидов пожилого возраста, освидетельствованных в БМСЭ (370 инвалидов) и контингента инвалидов, проходивших медико-социальную реабилитацию в условиях стационара социального обслуживания (Пансионат, 308 инвалидов), свидетельствуют о достоверно более высокой частоте ($p<0,001$) различных нарушений функций в контингенте инвалидов Пансионата. В этом контингенте пожилых инвалидов также достоверно чаще имели место различные виды ограничений жизнедеятельности ($p<0,001$), которые у большинства инвалидов носили множественный характер. При этом нарушения психических функций, языковых и речевых, кровообращения, сенсорных, скелетных и связанных с движением (статодинамических), нейромышечных и выделения высокой степени градации (III – IV степени) обусловливали выраженные ограничения жизнедеятельности (2 – 3 степени) у 99,7 ± 0,3% инвалидов и определяли необходимость в постоянном уходе (48,7±2,8% инвалидов).

Нуждаемость инвалидов пожилого возраста в медико-социальной реабилитации (лекарственной терапии, стационарном лечении, технических средствах реабилитации) высокая. По сравнению с когортой инвалидов, находящихся на медико-социальной реабилитации в Пансионате, в когорте инвалидов, реализующих ИПРА в медицинских организациях, достоверно выше показатели достижения компенсации и восстановления нарушенных функций, а также восстановления способности к самообслуживанию ($p<0,001$). В то же время в этом контингенте имели место случаи утяжеления инвалидности (10,8±2,0%), доля которых превысила случаи снижения или снятия группы инвалидности (соответственно 3,5±1,2% и 1,3±0,7%). В когорте инвалидов, находящихся в Пансионате, стабильность тяжелых групп инвалидности имела место у 99,7±0,3% инвалидов ($p<0,001$).

При проведении анкетирования с использованием разработанного инструментария большинство опрошенных граждан пожилого возраста основными проблемами называли проблемы со здоровьем и доступность

медицинской помощи, при этом отмечали высокий уровень тревожности; занимали активную жизненную позицию, оказывали физическую и моральную поддержку своим детям и принимали участие в воспитании внуков; имели низкий уровень просвещенности о перечне государственных учреждений и общественных организаций, осуществляющих деятельность в области социальной защиты, адаптации и поддержки людей пожилого возраста, в том числе в решении медико-социальных проблем инвалидов.

Заключение

Задача измерения инвалидности – базовая, на ее основе можно расставить приоритеты в выборе мер и стратегий, направленных на улучшение положения людей с инвалидностью.

Приоритетами Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года [3] являются увеличение продолжительности жизни, снижение уровня инвалидности, продление активного периода жизни граждан пожилого возраста.

В этом аспекте созданную в результате проведенного исследования базу данных этого многочисленного контингента населения целесообразно использовать при планировании мероприятий, направленных на поддержку старшего поколения, что обеспечит целевое использование ресурсов здравоохранения, оптимальное перераспределение и экономию бюджетных средств.

Ключевыми направлениями повышения эффективности медико-социальной реабилитации необходимо считать развитие медико-социальных центров (отделений) на базе территориальных поликлиник для осуществления патронажа инвалидов со значительным ограничением способности к самообслуживанию и маломобильных. Расширение обеспечения инвалидов современными техническими средствами реабилитации и обучение их использованию для восстановления/компенсации нарушенных функций позволит минимизировать зависимость от посторонней помощи (достижение автономности в среде жизнедеятельности).

С целью стимулирования активного долголетия целесообразна реализация мероприятий содействия занятости населения пожилого возраста, в том числе инвалидов, осуществление профориентационных мероприятий по вовлечению в образовательные программы, профессиональную переподготовку. Актуально формирование оптимальной среды жизнедеятельности, в том числе социальное обслуживание (различные формы дневного и постоянного пребывания), а также повышение ответственности трудоспособных членов семьи за содержание и уход за лицами пожилого возраста, вовлечение их в обучающие программы и психологические

тренинги. Комплексный и непрерывный характер медико-социальной реабилитации является основой для обеспечения достоинства старшего поколения в старости, активного долголетия и интеграции в общество.

Список литературы

1. Алехина А.В., Силютина М.В., Чернов А.В., Тестова С.Г., Таранина О. Н. Актуальные вопросы развития геронтологии и гериатрии в России и мире. // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: естественные и технические науки. – 2020. – № 5. – С. 126-130.
2. Попова С.М., Яник А.А. Проблемы глобального старения населения: анализ документов и стратегии ООН. // Международное право и международные организации. – 2014. – №3. – С. 429 – 443. doi: 10.7256/2226-6305.2014.3.12857.
3. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 5 февраля 2016 г. № 164-р «Об утверждении Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года».
4. Ткачева О. Н. Современная концепция развития гериатрической помощи в Российской Федерации. // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 4. – С 31 – 35.
5. World population prospects: the 2017 revision. United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division.]. New York. – 2017. – 46 p.
6. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva 27. Switzerland. – 2015. – 246 p.

УДК 364.65
ББК 60.991

Семено Н.С., Плотникова О.А.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ГЕМОФИЛИЕЙ

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Киров

В статье представлены результаты исследования, посвященного изучению проблем, с которыми сталкиваются семьи, воспитывающие детей, больных гемофилией, проживающие в Кировской области.

Ключевые слова: семьи, воспитывающие детей с гемофилией; медико-социальные проблемы семей с детьми-инвалидами; гемофилия.

Semeno N.S., Plotnikova O.A.

MEDICAL AND SOCIAL PROBLEMS OF FAMILIES, RISING CHILDREN WITH HEMOPHILIA

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kirov State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Kirov, Russia

The article presents the results of a study devoted to the study of the problems faced by families raising children with hemophilia living in the Kirov region.

Key words: families raising children with hemophilia; medical and social problems of families with disabled children; hemophilia.

В последние несколько лет в России большое внимание на всех уровнях уделяется проблемам детей-инвалидов, а также семьям, которые их воспитывают. Инвалидность ребенка обусловливает глубокую и продолжительную социальную дезадаптацию всей семьи. Появление ребенка с отклонениями в развитии, независимо от характера и сроков его заболевания или травмы, изменяет весь образ жизни семьи. Эта тенденция характерна и для семей, в которых рождается ребенок с диагнозом «гемофилия».

Гемофилия – это сцепленное с Х-хромосомой врожденное нарушение свёртываемости крови, вызванное недостаточностью или отсутствием фактора свертывания крови VIII (FVIII) - гемофилия А или фактора свертывания крови IX (FIX) - гемофилия В [1]. Данная болезнь сопровождается кровоизлияниями в мягкие ткани, суставы и внутренние органы. У пациентов под ударом находится опорно-двигательный аппарат, что провоцирует инвалидность и нетрудоспособность.

По подсчетам Всемирной организации здравоохранения в мире в 2017 году было зафиксировано 400000 больных гемофилией. Согласно Регистру больных гемофилией Министерства здравоохранения РФ в нашей стране насчитывается около 10000 пациентов с гемофилией и болезнью Виллебранда, нуждающихся в лекарственной терапии [2]. Гемофилия при отсутствии необходимой терапии вызывает стойкую инвалидность, а также летальные случаи. Причинами летальных исходов являются: кровотечения во время операций; самоубийство; гепатиты «В» и «С», ВИЧ-инфекция, которыми пациенты заражаются в ходе переливания плазмы крови и криопецитата.

И в тоже время сегодня при адекватном и своевременном лечении течение жизни пациентов может быть таким же, как и у здоровых детей. Дети,

больные гемофилией, при условии постоянного профилактического введения фактора свертывания, могут вести обычный образ жизни.

Постановка ребенку диагноза «гемофилия» и установление инвалидности вызывает у родителей тяжелое стрессовое состояние. Круг проблем семей, имеющих детей с диагнозом «гемофилия», чрезвычайно широк и оказывает серьезное влияние на жизнеспособность семьи в целом.

Всемирная Федерация Гемофилии [4], Всероссийское Общество гемофилии [2] на протяжении нескольких десятилетий ведут активную работу по улучшению качества жизни людей, страдающих гемофилией, и, хотя жизнь современного ребенка кардинально отличается от той, которая была 10-15 лет назад, существует ряд вопросов, которые необходимо решать в ближайшем будущем для улучшения качества жизни больных гемофилией и семей, воспитывающих детей с нарушением гемостаза.

В г. Кирове и Кировской области с диагнозом «гемофилия» проживает 51 ребенок в возрасте от 9 месяцев до 18 лет, при этом есть такие семьи, которые воспитывают двух и более больных детей. В г. Кирове проживает 12 семей, остальные – в районах Кировской области, что создает дополнительные препятствия на пути решения многих проблем, связанных с заболеванием детей.

Цель исследования - выявить проблемы, с которыми сталкиваются семьи Кировской области, воспитывающие детей с диагнозом «гемофилия». Исследование проводилось методом анкетирования. Всего было опрошено 35 семей, что составило 94% от общего количества семей, имеющих детей с данным диагнозом. Из них 26 семей полных, 9 семей неполных. В 4 семьях воспитываются по 2 детей, больных гемофилией, в одной семье - 3 больных ребёнка. Три семьи имеют 1 ребенка, страдающего гемофилией, и 1 здорового. Анализ ответов респондентов на вопросы анкеты показал следующее.

Ввиду особенностей образа жизни из-за болезни ребенка работают в семье чаще всего только отцы – 49%, иногда только мамы – 17%, оба родителя работают в 34% семей.

29% опрошенных осознавали, что их будущий ребенок будет болен гемофилией. 54% родителей не знали о том, что в семье есть данное генетическое заболевание. Несмотря на все трудности, 83% опрошенных мам готовы родить еще одного ребенка, не зная при этом, будет он больной или здоровый, и только 17% не готовы больше иметь детей.

Состояние здоровья ребенка сказывается и на родителях. Они испытывают различный спектр чувств, чаще всего негативного характера. Женщины испытывают чувство вины перед супругами и собственными

детьми (12%), неконтролируемое чувство страха (34%), состояние паники (17%), все это сказывается на психологическом климате в семье.

На вопрос «Насколько сильно гемофилия влияет на качество жизни Вашего ребенка?» 51% семей ответили, что ограничения незначительные. У 23% респондентов гемофилия умеренно ограничивает качество жизни. Семьи не могут распланировать свой график на ближайшее время. Если у ребёнка случается какая-либо травма, родители бросают все свои дела, обращаются в медицинские учреждения за оказанием помощи. 26% опрошенных семей отметили, что гемофилия значительно влияет на качество жизни, так как у ребенка возникают спонтанные кровотечения, зачастую требуется срочная госпитализация. Нет возможности отправить ребенка к родственникам, потому что можно столкнуться с тем, что помощь не будет оказана своевременно.

Профилактическое лечение способствует тому, что дети ведут полноценный образ жизни. 74% опрошенных семей переливают факторы свертываемости крови профилактически (2-3 раза в неделю), что значительно снижает риск получения серьезных травм у ребёнка. Домашнее лечение больного гемофилией подразумевает самостоятельное введение препаратов свертывания крови, что и делают многие родители, начиная с двухлетнего возраста ребенка. Опрос показал, что 60% семей переливают фактор в домашних условиях. 40% родителей обращаются за помощью в стационар. Причины отказа от домашнего лечения: не умение делать внутривенные инъекции, плохой венозный доступ, психологический страх и неприязнь уколов у ребенка и взрослого. Число желающих научиться делать внутривенные инъекции с каждым годом увеличивается.

Важным моментом является то, посещают ли дети образовательные организации. 77% детей в опрошенных семьях посещают детские сады и школы. 23% вынуждены оставаться дома, так как существует клиническая группа пациентов при осложненном диагнозе (факторы свёртываемости вводятся не профилактически, а по требованию). 46% детей с диагнозом «гемофилия» обучаются на дому. 51% пропускают занятия по болезни с разной степенью частоты, и только 3% посещают образовательные учреждения без пропусков. Имеют место психологические проблемы, из-за которых дети не могут обучаться в детском коллективе, - чувство неполноценности, боязнь получить травмы.

Почти половине опрошенных семей (46%) пришлось столкнуться с тем, что ребёнка отказывались принимать в детский сад, школу. В образовательных организациях существует настороженное отношение к детям, страдающим гемофилией. Воспитатели и учителя боятся брать на себя ответственность за

жизнь и здоровье ребенка, мотивируя это получением травм и возможными последствиями (17%). Эта ситуация складывается из-за недостаточной информированности по поводу данного заболевания. 52% опрошенных семей отмечают, что в образовательных учреждениях к их детям относятся хорошо, ничем не выделяя от других детей. Многие учителя находятся в тесной связи с родителями ребёнка, если возможно информируют других ребят в коллективе.

В то же время дети, больные гемофилией, занимаются в спортивных секциях (29%), в основном это плавание, теннис, скалодром. Но большинство (71%) по разным причинам не посещают ни одну из секций, во многом это связано с проблемами здоровья.

Практически все дети с диагнозом «гемофилия» имеют инвалидность, но с разным сроком переосвидетельствования. Прохождение МСЭ не вызывает особых проблем у 66% опрошенных родителей. Но бывают и такие случаи, когда в оформлении инвалидности отказывают, ссылаясь на то, что нет повреждения ни одного из суставов (2%), или на данный момент нет никаких видимых травм у ребенка. 32% семей оспаривали заключение МСЭ в вышестоящих бюро.

Часть семей, принимавшие участие в исследовании, также сталкиваются с проблемой госпитализации (43%). Остальные не испытывали таких проблем ещё и потому что не считают это нужным.

34% опрошенных семей сталкиваются с проблемами при лечении зубов у детей. Стоматологи зачастую отказывают в приеме, если нет рекомендаций гематолога, в большей степени страдают те, кто проживает в отдаленных районах Кировской области. У жителей г. Кирова и близлежащих районов выработан определенный алгоритм действий. Сначала родители идут на консультацию к гематологу, который, в свою очередь, информирует детскую стоматологическую поликлинику о том, что требуется помощь ребёнку с гемофилией.

Остро стоит проблема получения санаторно-курортного лечения. Как показало анкетирование, 17% вообще не знают о такой возможности. 40% столкнулись с отказом в предоставлении путевки. 26% детей с гемофилией дожидаются своей очереди на получение санаторно-курортного лечения через Фонд социального страхования, 17% получают путевки в реабилитационный центр через Министерство здравоохранения. В то же время, при оформлении инвалидности Бюро МСЭ прописывает в индивидуальной программе реабилитации/абилитации нуждаемость ребенка в санаторно-курортном лечении.

Важным аспектом, влияющим на качество жизни детей, больных гемофилией, является доступность препаратов свертываемости крови. Благодаря слаженной работе медицинского сообщества, общественной организации и Министерства здравоохранения РФ больные обеспечены факторами свертывания крови на уровне развитых европейских стран [3]. Поэтому 83% опрошенных не имеют проблем с получением фактора свёртывания крови. 17% отметили, что бывают проблемы с получением фактора. Это связано с несвоевременным проведением аукциона по закупке препаратов, неэффективной логистикой в аптечной сети.

Учитывая уровень жизни семей, и высокую стоимость препаратов свёртываемости крови (которые производятся в основном в Австрии, Бельгии), многие родители испытывают состояние тревоги в связи с нестабильной экономической ситуацией в стране. При задержке лекарства (по разным причинам), некоторые родители начинают обращаться в органы власти (23%). На сегодняшний день в России появились отечественные препараты свертывания крови, поэтому 66% надеются, что государство будет обеспечивать ими всю жизнь.

Таким образом, анкетирование семей, воспитывающих детей с гемофилией, выявило следующие проблемы:

- наличие у родителей психологических проблем;
- отказ образовательных организаций в приеме детей с гемофилией в детский сад, школу;
- сложности при прохождении МСЭ;
- проблемы с госпитализацией ребёнка в стационар;
- трудности получения санаторно-курортного лечения.

В решении указанных проблем активное участие должны принимать специалисты по социальной работе (возможно, сотрудники детских поликлиник). Их деятельность может включать такие направления как: участие в разработке маршрутизации больных гемофилией, в проведении Школ гемофилии для семей; консультирование семей по правовым вопросам; психосоциальное сопровождение семей; посредничество между семьей и образовательной организацией; социальная, социокультурная реабилитация семей и детей; участие в разработке и реализации социальных проектов (например, «Спорт и гемофилия», «Я-МАМА! Опыт женщины»); организация групп взаимопомощи для родителей; информационная деятельность (разработка памяток, брошюр); фандрайзинговая деятельность (привлечение благотворителей для организации мероприятий); взаимодействие с государственными органами власти, организациями здравоохранения и социального обслуживания, Всероссийским Обществом гемофилии.

Системный подход к решению проблем семей, воспитывающих детей с гемофилией, несомненно, поможет повысить качество их жизни.

Список литературы

1. Гемофилия. Клинические рекомендации, 2014 // URL: https://medi.ru/ (дата обращения - 24.02.2021).
2. Официальный сайт Всероссийского Общества гемофилии. URL: https://hemophilia.ru/news/1147-press-reliz-vserossijskogo-obschestva-gemofilii-k-vsemirnomu-dnju-gemofilii.html (дата обращения - 24.02.2021).
3. Соболь Ю. Высокоточная профилактика [Электронный ресурс] // Российская газета. 17.04.2019. URL: https://rg.ru/2019/04/17/vysokotochnaia-profilaktika.html (дата обращения - 24.02.2021).
4. World Federation of Hemophilia. URL: http://www.wfh.org (дата обращения - 24.02.2021).

УДК 614.2
ББК 51.1

Сиджимова Д. А.

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ КОММУНИКАЦИИ В КОНТЕКСТЕ ПАНДЕМИИ COVID-19

Медицинский университет Софии, Факультет общественного здоровья им. проф. д-ра Цекомира Воденичарова, г. София, Республика Болгария

В статье представлены результаты исследования, посвященного отношению болгарской общественности к достоверности публично доступной информации относительно Covid-19.

Ключевые слова: пандемия Covid-19; дезинформация, инфодемия, официальная информация о короновирусной инфекции.

Sidjimova D. A.

STRATEGIC PLANNING OF COMMUNICATION IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

Department of Health Policy and Management,
Faculty of Public Health "Prof. Tz. Vodenticharov", Medical University, Sofia, Bulgaria,

In the article we provide the findings of the research, dedicated to the attitude of the Bulgarian public towards the reliability of publicly available information regarding Covid-19.

Key words: pandemic Covid-19; misinformation, infodemic, official information about coronavirus infection.

Стратегическое планирование коммуникации в сфере здравоохранения является ключевым фактором в современных условиях глобальной пандемии. Широкое распространение дезинформации и фальшивых новостей саботирует усилия здравоохранительных властей овладеть кризисом. На мировом, европейском и национальном уровне предпринимаются разные инициативы для преодоления тенденционной ложной и манипулятивной информации, а также и отправление единых официальных посланий, на основании доказуемых фактов.

В связи с Планом противодействия дезинформации в 2018 году Европейская комиссия ввела Кодекс поведения при дезинформации онлайн [1].

В условиях мировой пандемии Covid-19 возник новый термин „инфодемия“, который указывает на деструктивное воздействие дезинформации по вопросам коронавирусной инфекции [3]. Инфодемия представляет собой переизбыток как онлайн, так и офлайн ложных сведений, которые могут наносить вред физическому и психическому здоровью людей; усиливать стигматизацию; ставить под угрозу важнейшие достижения здравоохранения; порождать пренебрежительное отношение к мерам по защите здоровья населения, тем самым снижая их эффективность и ограничивая способность стран преодолеть пандемию.

Борьба с инфодемией на фоне коронавирусной инфекции и поощрение ответственного поведения и уменьшение пагубного воздействия ложных сведений и дезинформации являются совместной целью ВОЗ, ООН, ЮНИСЕФ, ПРООН, ЮНЕСКО, ЮНЭЙДС, МСЭ, инициативы ООН «Глобальный пульс» и МФКК. ООН 11 мая 2020 г. выпустила руководящие указания по выявлению и пресечению ненавистнической риторики, связанной с Covid-19 [3].

В мае 2020 г. на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения государства-члены ВОЗ приняли резолюцию WHA73.1 о борьбе с Covid-19. Она содержит призыв к государствам-членам распространять достоверную информацию о Covid-19, принимать меры по противодействию ложным слухам и дезинформации и использовать цифровые технологии в рамках всех ответных мер. Резолюция также содержит призыв к международным

организациям принимать меры против распространения ложной и неверной информации в цифровой сфере, содействовать предупреждению деструктивной деятельности в киберпространстве, подрывающей меры реагирования на уровне общественного здравоохранения, и содействовать предоставлению научно обоснованных данных в распоряжение общественности [3].

Целью данного исследования является установление отношения болгарской общественности к достоверности публично доступной информации относительно Covid-19.

Материалы и методы

В целях анализа проведено анонимное онлайн социологическое исследование среди 141 респондента – болгарских граждан, на платформе Google Forms в январе 2021 г.

Анкета содержит 10 закрытых вопросов, но в данной статье будут проанализированы 5 из них, так как остальные связаны со строго национальной спецификой проведения информационной кампании в Болгарии в условиях коронавирусной инфекции, а остальные 5 имеют более международный характер и, таким образом, возможно сделать выводы, имеющие интернациональное значение.

Результаты исследования

Относительно каналов коммуникации, которыми пользуются респонденты и которым в максимальной степени доверяют, с точки зрения достоверности информации о Covid-19, большинство анкетированных указывает на новости по телепрограммам (39,7%). Официальные вебсайты организаций, таких как Министерство здравоохранения Болгарии, Всемирная организация здравоохранения и Европейская комиссия, являются источником данных для 29,8% респондентов. На специализированный сайт https://coronavirus.bg/bg/ - „Covid-19 - Единый информационный портал“ расчитывает 17,7% анкетированных лиц. На данном сайте ежедневно помещается актуальная информация о пандемии в Болгарии и по всему миру. Одинаковый результат получили социальные сети и ответ „Я не интересуюсь данной темой“ – по 6,4% (рис.1).

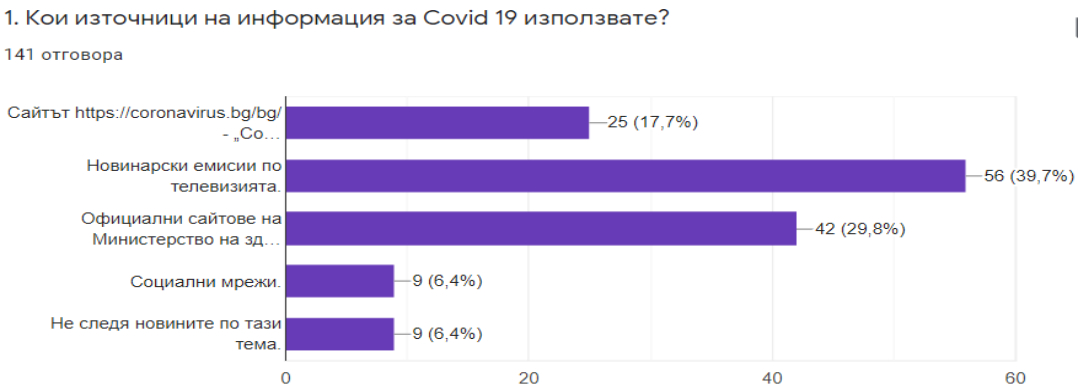

Рис. 1. Источники информации о Covid-19

Вполне логично, что 62,4% респондентов отмечает, что для них характерно изменение поиска информации о Covid-19 в сравнении с началом пандемии в марте 2020 г., когда шок, неизвестность и паника были значительно выше, чем сейчас, когда медицина и наука обладают ответами и эффективными решениями в борьбе с коронавирусной инфекцией (рис. 2).

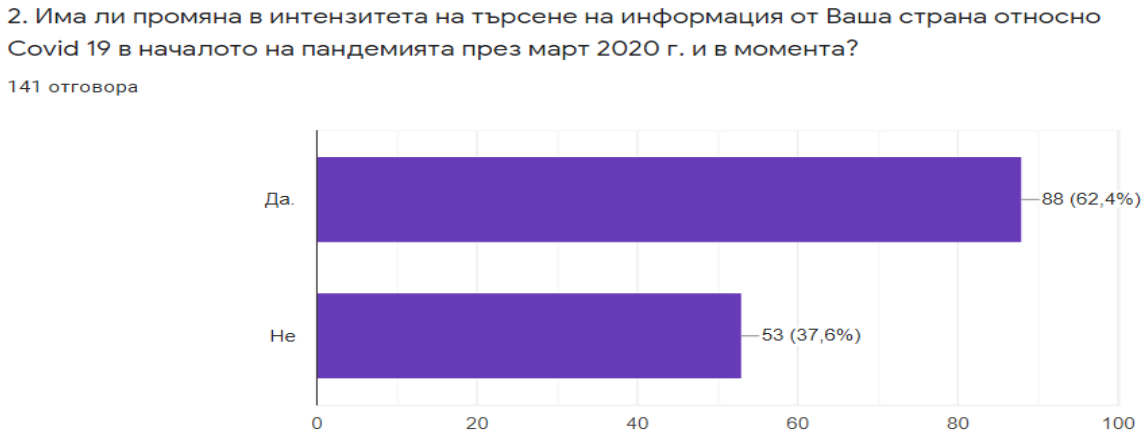

Рис. 2. Изменение интенсивности поиска информации о Covid-19 в начале пандемии в марте 2020 г. и на данный момент

В Болгарии в связи с пандемией сформирован Национальный оперативный штаб (НОШ), во главе которого стоит генерал проф. д-р Венцислав Мутафчийски. Он руководит Военно-медицинской академией в г. Софии. В первые месяцы НОШ каждое утро проводил пресс-конференции, на которых предоставлялась актуальная информация, но манера данных пресс-конференций и тон генерала В. Мутафчийского, который был одет в военную униформу, дополнительно углубляли тревогу общества. При второй волне пандемии был воспринят другой подход: теперь раз в неделю Министр здравоохранения и эксперты проводят прессконференцию с обобщенной информацией о текущих событиях в связи с пандемией.

Посредством анкеты установлено, что 33,3% респондентов оценивают информацию ежедневных пресс-конференций как полезную и своевременную. Четверть анкетированных (25.5%) отмечают, что не интересовались и не следили за прессконференциями. Как достоверную, но нагнетающую напряжение информацию воспринимают данные встречи НОШ с журналистами - 23,4% респондентов, а 17,7% оценивают пресс-конференции как ненужно стрессирующие (рис.3).

Рис.3. Мнение респондентов относительно ежедневных пресс-конференций НОШ в первом этапе пандемии

В связи с манипуляцией посредством фальшивых новостей о пандемии большинство респондентов исследования (56%) отмечает, что доверяет только официальным источникам информации, и на них не повлияла тенденциозная дезинформация. Значительная часть анкетированных (34%) утверждает, что умеет самостоятельно селлектировать и критически оценивать информацию, что не позволило ввести их в заблуждение по вопросам о Covid-19 (рис.4).

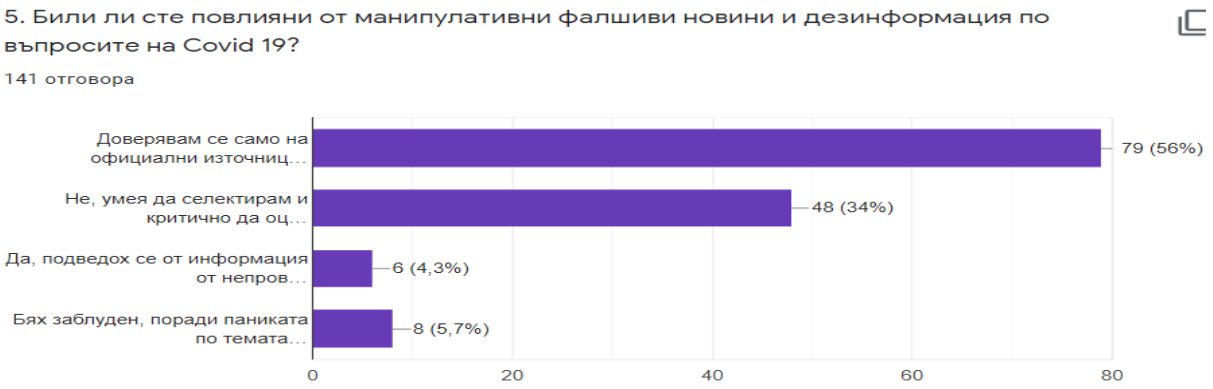

Рис. 4. Влияние на респондентов манипулятивных фальшивых новостей и дезинформации о Covid-19

Решение респондентов в отношении вакцинации от Covid-19 является информированным выбором, который в значительной степени (45,4% анкетированных) обусловлен собственным анализом официальных источников. Другая существенная группа респондентов (37,6%) указывает на решение, взятое на основании комментариев и анализов в средствах массовой информации. Рекомендациям личного врача доверяет 13,5% анкетированных. Конспиративный характер пандемии утверждается среди 3,5% анкетированных лиц (рис.5).

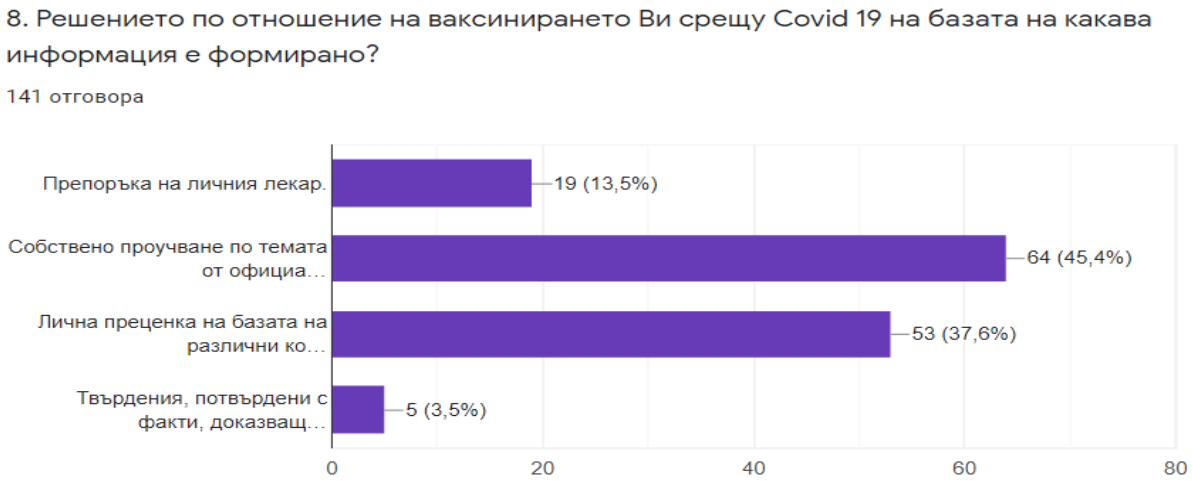

Рис. 5. Источник информации при принятии решения о вакцинации

Вывод

С целью эффективного стратегического планирования коммуникации о коронавирусной инфекции следует своевременно информировать всех членов общества и особенно тех групп, которые подвергаются повышенному риску; распространять достоверную, научно и фактически обоснованную информацию; пресекать циркуляцию ложных слухов и дезинформацию при одновременном уважении свободы выражения мнений.

Список литературы

1. Кодексът за поведение във връзка с дезинформацията една година по-късно: онлайн платформите представят своите доклади за самооценка. [Электронный ресурс] URL: https://ec.europa.eu/bulgaria/news/code-of-practice-on-disinformation-one-year-later_bg (дата обращения:22.02.2021).

2. Събев Н. Здраве и здравни рискове в общността. Авангард принт – Русе. 2015.

3. Managing the COVID-19 infodemic: Promoting healthy behaviours and mitigating the harm from misinformation and disinformation. [Электронный ресурс] URL: https://www.who.int/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-

19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation (дата обращения: 22.02.2021).

УДК 616
ББК 56.1

Соборникова Е.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МОТИВИРОВАНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ В НАРКОЛОГИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Москва
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва

В статье описаны концепция и технологии мотивирования пациентов с аддиктивными расстройствами на основе Психогенетической теории личности Ю.В. Валентика и метода формирования личностной саморегуляции, а также рассматриваются вопросы созависимого и профессионального реагирования специалистов.

Ключевые слова: аддиктивные расстройства; мотивирование к трезвости, лечению, реабилитации; консультирование.

Sobornikova E.A.

MODERN TECHNOLOGIES OF MOTIVATION FOR TREATMENT AND REHABILITATION IN NARCOLOGY

Federal State Budgetary Educational Institution of Additional Professional Education "Russian Medical Academy of Continuous Professional Education" of the Ministry of Health Russian Federation, State Budgetary Healthcare Institution "Moscow Scientific and Practical Center of Narcology" of the Department of Health of the City of Moscow, Moscow, Russia

The article describes the concept and technologies of motivating patients with addictive disorders based on the Psychogenetic theory of personality of Yu. V.

Valentik and the method of forming personal self-regulation, and also discusses the issues of co-dependent and professional response of specialists.

Key words: *addictive disorders, motivation to sobriety, treatment, rehabilitation, counseling.*

«…принципиально проблема мотивирования
сводится к поиску неудовлетворенных потребностей
и актуализации личностных статусов».
Ю.В. Валентик [1]

Мотивирование пациентов с аддиктивными расстройствами к отказу от аддиктивного агента и сотрудничеству с профессионалами остается одной из острейших проблем. В практической деятельности очень важно, что уровень мотивации зависимого пациента является величиной переменной, представляющей продукт межличностного взаимодействия, пациента и специалиста (Austie L., 1999) [7]. Формирование у пациента, страдающего зависимостью, мотивации к пребыванию в трезвости и лечению/реабилитации требует концептуализации усилий специалиста и применения соответствующих технологий.

Побудить к действию, мотивировать к отказу от психоактивных веществ (ПАВ) или психоактивных действий (ПАД), к принятию решения лечиться помогает создание во взаимодействии с пациентом атмосферы поддержки, принятия, конструктивности и ответственности. Созданию такой атмосферы способствует использование основных принципов стиля Мотивационного консультирования (МК) Миллера и Роллника [6, 12]. Так, например, в ходе Мотивационного консультирования следует: подчеркивать личную ответственность, демонстрировать эмпатию, проявлять искренний интерес к причинам, побуждающим к злоупотреблению, предоставлять обратную связь, что подразумевает отказ от формальности. Не следует: осуждать поведение пациента, обвинять пациента, выражать недоверие или спорить с пациентом, навешивать ярлыки на пациента, давать некорректную оценку тому, что значит для пациента вещество, вызывающее зависимость, клеймить злоупотребление, быть чрезмерно директивным.

Концепцию мотивирования пациентов с аддиктивными расстройствами, на наш взгляд, прекрасно дополняет Психогенетическая теория личности Ю.В. Валентика, а практику мотивирования обогащают подходы и специальные методики метода формирования личностной саморегуляции [9, 10].

В многолетних научных исследованиях, проводимых на кафедре наркологии РМАПО Минздрава России под руководством Ю.В. Валентика,

были определены универсальные нормативные ЛС, которые осваиваются каждым человеком в ходе его жизненного цикла. Как составляющие нормативной сферы личности были выделены: ЛС «Я – Телесное», ЛС «Я - Ребенок» (сын/дочь), ЛС «Я – Мужчина/Женщина», ЛС «Я - Партнер» (муж/жена), ЛС – «Я - Родитель», ЛС «Я - профессионал», ЛС «Я – Член групп» [2, 5]. «ЛС – это не внешние приобретения, а развитие внутренних …психобиологических образований». Содержимое каждого статуса – определенные смыслы, ценности, установки и стереотипы восприятия и поведения, характерные для того социокультурального окружения, в котором человек живет [1,2].

Для понимания изменений, происходящих в психологической сфере зависимых пациентов, было введено понятие «Я» – Патологическое» или «Я - Аддиктивное» («Я – Алкоголик», «Я – Наркоман», «Я - курильщик», «Я – игрок»…). «Я – Патологическое» - это псевдо я, - чужеродное структурное новообразование, ответственное за сохранение зависимости [1, 2]. Статус «Я - Аддиктивное» или «Я – Патологическое» - это изменения в эмоциональной, когнитивной и нравственной сферах, возникающие по мере злоупотребления ПАВ, - динамичное личностное новообразование, контрастное по отношению к существующим нормативным ЛС. Развивается статус «Я – Патологическое» во взаимодействии с лицами, злоупотребляющими ПАВ (например, «собутыльниками» в случае алкогольной зависимости) и, в последующем, может быть актуализирован ими в любой момент времени. По мере развития зависимости от ПАВ нормативные статусы искажаются, опустошаются, в то время как ЛС «Я патологическое» становится доминирующим.

В каждый момент времени человек переживает свою идентичность только в одном - актуализированном и доминирующем статусе (либо в одном из нормативных, либо в патологическом).

На практике специалисты нередко сталкиваются с невозможностью применить стиль МК из-за особого психологического состояния больного в данный момент времени. Чаще всего такое состояние рассматривается как следствие актуализации патологического влечения. В таком состоянии пациенты обычно отказываются от лечения и любого сотрудничества, проявляют анозогнозию. Как писал Ю.В. Валентик, если нормативная часть личности находится в субдоминантном состоянии, доминирует патологическая часть личности, обращение на лечение не состоится (Ю.В. Валентик, 2005) [1]. Работа с зависимым человеком, пребывающим в статусе «Я - Патологическое» – бесполезна, т.к. он всеми силами старается защитить, сохранить болезнь. Консультирование возможно и эффективно, когда актуализированы исключительно нормативные статусы пациента, поскольку в

этих состояниях поведение человека регулируется *нормативными* установками, смыслами, ценностями. Напротив, когда у пациента доминирует патологический статус, он руководствуется в своем поведении *патологическими* установками, смыслами и ценностями, опирается на деструктивные стереотипы. В данной ситуации надежным ресурсом является возможность обращения к нормативной личности пациента.

Поведение человека детерминировано биогенетической и социогенетической программами, которые подразумевают наличие потребностей не только физиологических, но и психологических, социальных. Удовлетворение потребностей необходимо для поддержания гомеостаза организма и обеспечения гармоничного состояния психики. Ю. В. Валентиком разработаны определенные совокупности потребностей, характерные для каждого личностного статуса человека [3, 5, 8].

Так, например, потребности, характерные для ЛС «Я – ребёнок»: быть желанным, быть защищённым; в учебе и развитии, в творчестве; в первичной аутоидентификации; в демонстрации достижений; в соответствии родительским указаниям; в благодарности и заботе о родителях. Потребности, характерные для ЛС «Я – член групп»: в принадлежности определенному сообществу (этносу, культуре, конфессии и т.д.); в соответствии нормам, принятым в данной группе; в общении с единомышленниками; в сохранении и передаче группового опыта и традиций. Для ЛС «Я – Профессионал» характерны потребности: в самореализации и успехах в избранной деятельности; в обмене результатами труда и признании окружающих; в востребованности (внесении своего вклада в функционирование социума).

В основе аддиктивных расстройств поведения лежит нарушение способности распознавать свои потребности и регулировать их удовлетворение, отсекая способы, заведомо приводящие к пагубным последствиям [1, 3].

По нашему мнению, можно выделить еще один нормативный статус - универсальный надличностный статус «Я - Духовное» [9,10]. Для статуса «Я - Духовное» характерны следующие потребности: во взаимосвязи с Богом; в развитии; в созидании; в поисках смысла; в осмыслении мироустройства (мироздания) и своего места в мире; в ответах на экзистенциальные вопросы (о любви, одиночестве, выборе, смерти, ответственности); в самотрансценденции; в уединении и тишине; в созерцании; в красоте и гармонии; в самосовершенствовании; в благодарности (Соборникова Е.А., 2010 г.) [9].

Ресурс обращения к нормативной личности пациента и надличностному статусу «Я - Духовное» сохраняется вплоть до терминальных стадий аддиктивного заболевания.

Метод формирования личностной саморегуляции создан на теоретической базе Психогенетической теории личности Ю. В. Валентика и, в настоящее время, развивается на кафедре наркологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. Суть подхода к мотивированию с точки зрения метода формирования личностной саморегуляции заключается в том, чтобы диагностировать в ходе беседы состояние пациента как пребывание в том или ином статусе – либо в одном из нормативных ЛС, либо в патологическом («Я – Алкоголик», «Я –Наркоман», «Я – Курильщик») и, в случае необходимости, целенаправленно «переключать» пациента в нормативную часть личности, создавать условия для стабилизации нормативных ЛС.

В процессе взаимодействия необходимо исключать и ограничивать факторы, способствующие погружению в «Я – Патологическое» и применять способы актуализации подлинных Я человека – Я-нормативных.

Погружению в «Я – Патологическое» способствует: упоминание об аддиктивном агенте; требование признать, что человек – «алкоголик»/«наркоман», обращение к человеку как к алкоголику/наркоману (например, использование клички, вместо имени или ярлыка: «Алкаш», «Наркоман», или специфическое субкультуральное преобразование имени – «Санек», «Серега», «Витек»); использование жаргона, характерного для соответствующей субкультуры, специфического фольклора субкультуры (пословицы, анекдоты, «воспевающие» употребление); использование характерных жестов, связанных с употреблением.

Также погружение в «Я - Патологическое» может произойти: в присутствии созависимого человека или человека, который ведет себя созависимым образом (как «преследователь», «жертва» или «спасатель»); в присутствии человека, употребившего психоактивное вещество или по типу «цепной реакции», если кто-то из окружающих пребывает в «Я»-патологическом.

Ключевые признаки пребывания в «Я – Патологическом» – это отстаивание позиции «неизбежности употребления»; действия, с опорой на установки, характерные для «Я – патологического» (например – «какой же праздник без спиртного?», «у каждого свой кайф»), позиция «обесценивания лечения», смысловое искажение контекста высказываний другого человека в пользу употребления (например, любое упоминание слова «трава» вызывает

ассоциации с коноплей), потеря интереса ко всему, кроме аддиктивного агента, уход от реальности в «патологическое время-пространство» с иными аддиктивными смыслами. Внешне переключение в «Я – патологическое» может выражаться особым блеском глаз, характерными жестами и мимикой, сопровождаться оживлением, возбуждением, раздражением или, напротив, безразличием, равнодушием, скукой.

«Переключение» в нормативную часть личности происходит, если к зависимому человеку обращаются не как к алкоголику, наркоману, человеку виновному в сложившейся ситуации, а как к человеку, страдающему от проявлений болезни, и имеющему возможность справиться с ней. Проявления уважения, эмпатии, принятия, пребывание в доброжелательной обстановке помогают зависимому человеку «переключаться» и удерживаться в нормативной части личности.

Для целенаправленного «переключения» в конкретные нормативные личностные статусы и поддержания их активности можно использовать соответствующие темы в беседе. Так, для погружения в ЛС «Я - Телесное» можно спросить: «Как вы себя чувствуете?»; в ЛС «Я – Ребенок»: – «Как поживают Ваши родители?»; в «Я – родитель»: – «Планируете ли Вы рождение детей?», «Что Вы любите делать вместе со своим ребенком?»; в «Я - партнер»: – «что любит Ваш супруг/супруга?»; в «Я - профессионал»: – «какие перспективы Вы видите для своего профессионального развития?», «Чем бы Вы хотели профессионально заниматься, в какой сфере работать?»; в «Я -Мужчина/Женщина»: - «чувствуете ли Вы внимание к себе людей противоположного пола?», «Какие мужские/женские дела вы делаете с удовольствием?»; в «Я - Член групп» - «у Вас есть единомышленники?», в «Я – Духовное» – «Что Вы хотите оставить после себя на Земле?», «В чем Вы видите смысл своей жизни?».

Проработка актуальных потребностей каждого личностного статуса (поиск фрустрированных потребностей, обсуждение конструктивных способов их удовлетворения) также позволяет человеку вернуться в свое подлинное Я.

В ходе мотивационной беседы в рамках метода формирования личностной саморегуляции предлагается следующий алгоритм действий:

- диагностика статуса пациента - определение, в каком ЛС пребывает пациент в данный момент. Если в нормативном – работаем (беседуем) и постоянно наблюдаем, фиксируем смену статусов;

- если зафиксировано пребывание пациента в патологическом статусе «Я - Аддиктивное», то «переключаем» в один из нормативных ЛС или в надличностный статус «Я - Духовное»;

- диагностика статуса самого консультанта (самодиагностика) происходит параллельно и постоянно во время беседы. В случае необходимости, происходит коррекция актуального собственного ЛС специалиста.

По нашим наблюдениям, *специалист не всегда, консультируя пациента, пребывает в ЛС «Я – профессионал», что серьезно затрудняет работу и снижает ее эффективность.* Иногда он действует из созависимых состояний: «Я - спасатель», «Я - жертва» или из статуса «Я - преследователь». Как правило, это объясняется недостаточной подготовленностью специалиста в области консультирования или непроработанностью личных проблем консультанта.

Пребывание специалиста в созависимом статусе «Я - спасатель» характеризует гипертрофированное чувство ответственности за трезвость пациента, когда врач или психолог желает «наладить» жизнь больного больше, чем он сам. Характерна также готовность прийти на помощь пациенту в любое время, часто неудобное для себя, терпимость к нарушению собственных границ пациентом и его родственниками. Пребывание в статусе «Я - жертва» отличается беспомощностью специалиста: «Я ничего не могу сделать», «Этот пациент не хочет лечиться и сотрудничать», «Все бесполезно, а я столько для него сделал». В «Я - преследователь» специалист «выводит пациента на чистую воду», уличает, обвиняет, стыдит, пытается контролировать.

По нашему мнению, для пребывания консультанта в «Я – профессионал» характерны следующие действия: предоставление адекватной информации о болезни (зависимости), возможностях лечения и реабилитации; делегирование ответственности за лечение и пребывание в трезвости пациенту; предоставление рекомендаций; проявление эмпатии и поддержка нормативной личности пациента.

Таким образом, на современном этапе в процессе мотивирования специалисты, работающие с зависимыми больными, могут опираться на принципы мотивационного консультирования У. Миллера и С. Роллника (Miller W. R., Rollnick S., 1991), принципы проявления эмпатии, а также на технологии метода формирования личностной саморегуляции (Е.А. Соборникова, 2010, 2014) [3, 6, 9, 10, 12].

Список литературы

1. Валентик Ю.В. Научно-методическое обоснование системы оценки и предупреждения различных форм зависимости в детско-молодежной среде (зависимость от азартных игр, компьютерная зависимость, зависимость от новых психоактивных веществ): Методические рекомендации для педагогов, социальных педагогов, школьных психологов. – М.: Изд-во РУДН, 2005. – 132 с.

2. Валентик Ю.В. Психогенетическая модель личности пациента с зависимостью от психоактивных веществ // Наркология. – 2002. – № 9. – С. 21-26.
3. Валентик Ю.В., Соборникова Е.А. Формирование личностной саморегуляции у пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами, в амбулаторной реабилитационной программе // Психотерапия. – 2009. – № 3. – С. 34-42.
4. Маслоу А. Мотивация и личность. – СПб.: Евразия, 1999. – 478 с.
5. Маренич О.Н. Особенности самосознания у лиц с зависимостью от психоактивных веществ: Автореф.дисс. на соискание уч. степени к.психол.н. – М., 1999. – 24 с.
6. Миллер У.Р., Роллник С. Мотивационное консультирование: как помочь людям измениться. – М.: Изд-во ЭКСМО, 2017. – 544 с.
7. Ости Линеке. Мотивационная интервенция / Руководство по мотивационному консультированию. Совет Европы, Группа Помпиду. – 1999. С. 54-79.
8. Соборникова Е.А. Психогенетическая теория личности Ю.В. Валентика – новый взгляд на проблему зависимости // Психотерапия. – 2010. – № 3. С. 15-21.
9. Соборникова Е.А., Булатников А.Н., Савченко Л.М. и соавт. Формирование личностной саморегуляции у лиц с аддиктивными расстройствами: Методическое пособие. – М.: РМАПО, 2010. – 52 с.
10. Соборникова Е.А., Булатников А.Н., Савченко Л.М. и соавт. Формирование личностной саморегуляции у лиц с аддиктивными расстройствами: учебное пособие. – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2014. – 74 с.
11. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. – СПб.: Питер, 2006. – 607 с.
12. Miller W. R. Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach. Approaches to Drug Abuse Counseling. NIDA. Printed Ju-ly 2000. P. 99 – 106.

УДК 364.4
ББК 60.95

Старцева О.Н.

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА В СИСТЕМЕ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ярославль

В статье представлены современные подходы к организации социально-медицинской работы в учреждении долговременного ухода. Рассмотрены вопросы взаимодействия специалистов, оказывающих социально-медицинскую помощь пожилым людям.

Ключевые слова: социально-медицинская работа, учреждения долговременного ухода, пожилые люди.

Starceva O.N.

SOCIAL AND MEDICAL WORK IN LONG-TERM CARE INSTITUTIONS: FROM THEORY TO PRACTICE

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Yaroslavl State Medical University», of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Yaroslavl, Russia

The article presents modern approaches to the organization of social and medical work in a long-term care institution. The issues of interaction of specialists providing social and medical care to the elderly are considered.

Key words: social and medical work, long-term care facilities, older people.

В условиях старения населения огромное значение приобретает совершенствование социально-медицинской помощи людям пожилого и старческого возраста [1]. Отдельную группу составляют пожилые люди, которые не могут самостоятельно без посторонней помощи проживать дома и поступают на постоянное проживание и обеспечение долговременного ухода в условия «защищенной среды», то есть в стационарные социальные учреждения. При этом долговременный уход рассматривается не только как простое выполнение манипуляций, а включает в себя осуществление всех действий и мероприятий, направленных на удовлетворение потребностей каждого конкретного человека на протяжении длительного времени [3, 4, 5].

Социально-медицинская работа проводится на всех этапах стационарного социального обслуживания с учетом гериатрического статуса пожилых людей, выявленных у них дефицитов и ресурсов, и направлена на повышение качества жизни пожилого человека в новых условиях. Эта работа должна осуществляться с использованием современных знаний по геронтологии и гериатрии, геронтопсихологии, теории и практики социальной работы с пожилыми людьми [6, 7, 9].

Основу социально-медицинской работы с пожилыми людьми, постоянно проживающими в стационарном социальном учреждении, составляет комплекс мероприятий адаптационно-реабилитационного, оздоровительного и психологического воздействия с учетом клиентоориентированного подхода и современных требований к организации долговременного ухода. При этом деятельность стационарных учреждений социального обслуживания направлена на выполнение следующих задач: предоставление комфортной среды проживания в учреждении, максимально приближенной к домашней, организацию питания, оказание качественной социально-медицинской помощи и долговременного гериатрического ухода, оказание психологической помощи, особенно на этапе адаптации, организацию реабилитации, отдыха и досуга, соответственно возрасту, состоянию здоровья и функциональному статусу пожилых людей [3, 4, 5, 8, 9, 10, 12].

Решение этих задач в учреждениях долговременного ухода осуществляют различные специалисты – врачи, средние медицинские и социальные работники, психологи, в том числе и медицинские, специалисты по уходу (сиделки). При организации социально-медицинской работы вопрос о взаимодействии всех специалистов учреждения является одним из наиболее важных. К сожалению, в практической деятельности часто имеется недостаточная преемственность в работе данных специалистов, что отражается на качестве оказываемых услуг, качестве медицинской и социальной помощи пожилым людям, находящимся на постоянном проживании в геронтологическом учреждении.

Взаимодействие специалистов разного профиля должно строиться на принципе равноправия, где каждый должен выполнять свою задачу, нести ответственность за свою часть работы. Такое взаимодействие предусматривает обоюдную помощь в выполнении профессиональных обязанностей на всех этапах стационарного социального обслуживания.

Центральная роль в работе отводится медицинскому персоналу. К основным обязанностям врачей и средних медицинских работников относится организация терапевтического (диагностического и лечебного) процесса.

Основная цель диагностического этапа – выявить проблемы пожилого человека, наличие основных гериатрических синдромов, разработать мероприятия по их коррекции и уходу. Для этого осуществляется сбор данных о проблемах здоровья пожилого человека, степени мобильности и возможности самообслуживания, изучаются сведения о составе семьи и ближайших родственниках.

С целью изучения особенностей личности человека проводится анализ его индивидуальных характерологических особенностей, его интересов, привычек и предпочтений. Наряду с оценкой соматического состояния, лечащий врач осуществляет также диагностику психологического и психического статуса пациента, выявляет его проблемы, для решения которых, начиная с первых дней поступления пожилого человека в учреждение, должны применяться не только лечебные и реабилитационные мероприятия, но и все современные социальные технологии, включая технологию социального сопровождения.

С учетом данных, полученных на диагностическом этапе, врачом проводится оценка функционирования пожилого человека и разрабатывается индивидуальный план ухода, в котором указываются индивидуальные мероприятия для конкретного человека (например, по профилактике падений, пролежней и т.д.) с учетом его состояния, условий окружающей среды, определяются ответственные и исполнители мероприятий долговременного ухода. Это важный этап при организации социально-медицинской работы в долговременном уходе, позволяющий оценить функциональный статус пожилого человека, выявить не только его проблемы, а также, что очень важно, наличие ресурсов и способностей, которые могут использоваться для поддержания активности и самостоятельности пожилого человека.

Для проведения восстановительной терапии в учреждениях долговременного ухода широко применяется комплекс медицинского воздействия и реабилитации. С этой целью используется разнообразный набор физиопроцедур, имеются диагностические и лечебные кабинеты, кабинеты медицинского массажа, широкий арсенал современного лечебного и реабилитационного оборудования. Однако опыт показывает, что традиционный общетерапевтический подход, заключающийся в оказании этиопатогенетического и симптоматического воздействия, часто недостаточен и требует оказания разносторонней профессиональной помощи.

С целью психологической поддержки важную роль во взаимодействии с медицинскими работниками занимают психологи и социальные работники учреждения. Сотрудничество с психологами необходимо в различных ситуациях (например, конфликтных, при расселении и совместном проживании), в том числе при решении эмоциональных проблем пожилого человека, особенно на этапе адаптации к новым условиям жизни.

Обязательной практической составляющей социально-медицинской работы в современном учреждении долговременного ухода является использование инновационных техник и методик, в реализации которых участвует социальная служба учреждения. К этим мероприятиям относятся

такие технологии как арт-терапия, библиография, мемуаротерапия, музыко-терапия, мероприятия коррекции нейрокогнитивных функций и др. Новым направлением в работе с пожилыми людьми является применение технологии геронтообразования. Организация обучения правильному питанию, активному образу жизни, компьютерной грамотности направлена на повышение уровня знаний пожилых для поддержания их здоровья и качества жизни [9, 10, 12].

Учитывая, что пожилые люди имеют комплекс проблем медицинского, социального и психологического характера, мероприятия по долговременному уходу возможно реализовать только в условиях междисциплинарного взаимодействия всех специалистов учреждения. Такая схема взаимодействия предполагает создание мультидисциплинарных бригад, состоящих из медицинских и социальных работников, психологов, культработников, инструкторов адаптивной, лечебной и трудовой терапии, а также волонтеров и представителей общественных организаций.

Только в рамках активного взаимодействия всех специалистов, направленного на личность пациента, могут быть достигнуты результаты создания физического и психического благополучия пожилого человека. Обязательным условием является также наличие тесного контакта между пожилым человеком и персоналом, который проводит эти мероприятия.

Работа с пожилыми людьми считается одной из самых сложных во всех отношениях. Для нее необходимы высокая профессиональная подготовка, понимание и знание психологических и возрастных особенностей пожилого и старческого возраста. Поэтому должна проводиться большая работа по повышению квалификации всех сотрудников учреждений долговременного ухода. Основная цель в этом направлении – повысить геронтологическую компетентность персонала, работающего с пожилыми людьми. Важное место должно отводиться профилактике профессионального выгорания, межличностных и внутригрупповых конфликтных ситуаций. В ходе таких занятий весь персонал учреждения должен учиться навыкам саморегуляции и стрессоустойчивости, что также является действенным средством преодоления эйджизма в работе с пожилыми людьми [2, 11].

Таким образом, только комплексный практический подход к организации социально-медицинской работы позволяет решить основную задачу долговременного ухода по обеспечению нуждающихся пожилых людей достойными условиями жизни и гарантировать им непрерывную помощь, преемственность и взаимосвязь всех составляющих, включая социальную и медицинскую помощь (диагностика, лечение, реабилитация, социально-психологическая поддержка, уход, социальная активность).

Внедрение современных принципов оказания социально-медицинской помощи является необходимым условием работы учреждений долговременного ухода, так как позволяет обеспечить более высокое качество жизни пожилому человеку независимо от места его проживания [3, 4, 5, 9, 10, 12].

Список литературы

1. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]: Официальный сайт. – URL: http://www.who.int/ageing/ru.
2. Ильницкий А.Н. Эйджизм и его преодоление в стационарных учреждениях социального обслуживания: метод. рекомендации / А.Н. Ильницкий, О.Н. Старцева и др. – Москва; Ярославль: Филигрань, 2016. – 48 с.
3. Ильницкий А.Н. Долговременный уход за пожилым человеком: фокус на индивидуальную жизнеспособность / А.Н. Ильницкий, О.Н. Старцева и др. // Врач. – 2020. – № 6. – С. 5-9.
4. Модель долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в стационарных организациях социального обслуживания: уч.-метод. пособие / К.И. Прощаев, С.Г. Горелик, О.Н. Старцева, Е.А. Воронина. – Кемерово: ООО «Принта», 2020. – 42 с.
5. Организация долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в городе Москве [Электронный ресурс]: – Москва, 2018. – URL: http://gerontolog.info.
6. Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Жернакова Н.И. Основные гериатрические синдромы: Учебное пособие. – Белгород: 2012. – 228 с.
7. Старцева О.Н. Синдром падений в геронтологическом стационаре / О.Н. Старцева // Медицинская сестра. – 2016. – № 4. – С. 40-42.
8. Старцева О.Н. Неотложная социально-медицинская помощь гериатрическим пациентам в доме-интернате / О.Н. Старцева, А.Н. Бараева // Врач. – 2016. – № 6. – С. 82-84.
9. Старцева О.Н. Терапевтическая среда при когнитивных нарушениях в стационарных социальных учреждениях / О.Н. Старцева // Врач. – 2017. – № 6. – С. 51-53.
10. Старцева О.Н. Разработка и внедрение терапевтической среды для пожилых людей в стационарном учреждении социального обслуживания: автореф. дис. … канд. мед. наук / О.Н. Старцева. – Самара, 2017. – 46 с.
11. Старцева О.Н. Геронтологический эйджизм и его преодоление среди студентов медицинского вуза [Электронный ресурс] / О.Н. Старцева, И.А. Лымарева и др. // Международный электронный научный журнал «Перспективы науки и образования». – 2019. – № 3 (39). – С. 133-142.

12. Терапевтическая среда в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов: учеб.-метод. пособие / под ред. К.И. Прощаева [и др.]. – Москва; Белгород: Белгор. обл. тип., 2012. – 172 с.

УДК 159.95 – 616-053.
ББК 60.95

Тихонова Н.В., Арбузова Е.Ю.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ НА ПРИМЕРЕ ПРОЕКТА «ЭКОЛЕТИЕ»

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет и. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, г. Красноярск

Краевое государственное автономное учреждение социального обслуживания «Краевой геронтологический центр «Уют», г. Красноярск

В статье представлен современный подход к повышению эффективности социально-психологической реабилитации пациентов пожилого возраста путем внедрения в практику работы геронтологического центра пролонгированного проекта «Эколетие», цель которого состоит в реализации мероприятий, направленных на активизацию психической деятельности пожилых пациентов. Описан опыт Краевого геронтологического центра «Уют», г. Красноярк.

Ключевые слова: пожилой пациент, реабилитация, социально-психологическое сопровождение, психическая активность, экопросвещение, проект «Эколетие».

Tikhonova N.V., Arbuzova E.Yu.

PECULIARITIES OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF ELDERLY PATIENTS WHEN IMPLEMENTING PROLONGED SOCIAL PROJECTS ON THE EXAMPLE OF PROJECT "ECOLETIE"

Krasnoyarsk State Medical *University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky, Department of Public Health and Health Care, Krasnoyarsk, Russia*
Regional State Autonomous Institution of Social Services Regional Gerontological Center "Uyut", Krasnoyarsk, Russia

The article presents a modern approach to increasing the efficiency of social and psychological rehabilitation of elderly patients by introducing into the practice of the gerontological center the prolonged project "Ekoletie", the purpose of which is to implement measures aimed at enhancing the mental activity of elderly patients.

Key words: elderly patient, rehabilitation, socio-psychological support, mental activity, environmental education, project "Ecoletie".

В настоящее время в задачи учреждений, оказывающих медико-социальную помощь населению, входит не только оказание качественной помощи, но и создание условий для повышения качества жизни и социально-психологической активности с целью улучшения психического здоровья пациента.

Краевое автономное государственное учреждение социального обслуживания «Краевой геронтологический центр «Уют» - это полустационарное учреждение, оказывающее широкий спектр медико-социальных реабилитационных услуг пожилым пациентам в рамках стандартов санаторно-курортного лечения длительностью 18 дней.

Одним из основных направлений работы геронтологического центра выступает формирование позиции активного долголетия у пожилых пациентов. Комплекс реабилитационных мероприятий включает медицинскую (широкий спектр медицинских услуг) и социально-психологическую реабилитацию, представленную деятельностью специалистов социально-реабилитационного отделения: психолога, специалиста по социальной работе, инструктора по трудовой терапии, культорганизатора. Основные задачи отделения: оказание психологической индивидуальной и групповой (консультативной и психотерапевтической) помощи; психологическое и социальное просвещение; социальное сопровождение; организация культурно-досуговой деятельности; трудотерапия.

Социально-психологическая реабилитация начинается с «Лаборатории социальной супервизии», деятельность которой направлена на развитие у пожилых пациентов мотивации к заботе о собственном здоровье, формирование активной жизненной позиции, навыков психической активности и саморегуляции в повседневной жизнедеятельности.

Деятельность геронтологического центра в рамках оказания психологической помощи позволяет использовать множество методов и средств (арт-терапия, музыкатерапия, фототерапия, библиотерапия, гештальт-терапия, телесноориентированная терапия, семейное консультирование,

приемы НЛП, трансактный анализ, аутотренинг), которые способствуют активизации психической деятельности пожилых людей [1, 2]. Социальное сопровождение осуществляет специалист по социальной работе, оказывающий помощь пациентам в адаптации к условиям центра и составлении маршрута решения социальных проблем (консультирование по вопросам оказания реабилитационных услуг, пенсионного обеспечения и мерам социальной поддержки), реализует проведение просветительских мероприятии и культурно-досуговой деятельности.

Представленная выше форма работы свидетельствует о том, что современные подходы к оказанию психологической помощи реализуются только в учреждении и не предусматривают формирования длительной активизации психической деятельности пожилых пациентов. Данный аспект в условиях геронтологического центра достигается путем внедрения форм долговременного психолого-педагогического воздействия, позволяющих вовлечь пациента в пролонгированные проекты.

Преимущество таких проектов состоит в возможности участия в них пожилых людей после проведения курса реабилитационных мероприятий в рамках конкретного медико-социального учреждения. Следовательно, полученные в проекте новые психологические знания и навыки здоровьесберегающего поведения пациент может применять в практике своей дальнейшей повседневной жизнедеятельности.

Активизация психической деятельности пациентов пожилого возраста должна иметь долговременный характер [3, 4], но с течением времени достигнутая положительная динамика, как правило, снижается, так как все активные методы и приёмы активизации психических процессов, использованные специалистами геронтологического центра во время проведения реабилитации, нуждаются в регулярном использовании самими участниками процесса [5]. В связи с этим в деятельность учреждения активно внедряются социально-психологические проекты долговременного воздействия, одним из которых выступает проект «Эколетие».

Распространением экологических знаний в Российской Федерации занимается большое количество государственных органов исполнительной власти, предприятий, учреждений, общественных организаций. Совершенствуются формы и методы распространения экологических знаний и в Красноярском крае, но в большей степени эти вопросы затрагивают детей и молодежь, в меньшей степени взрослых, а пожилые люди, как правило, исключаются из экологической деятельности.

Экопросвещение для пожилых людей представляет определенную сложность по многим причинам. Прежде всего, это снижение психической и

мотивационной активности, происходящих по причине возрастных психофизиологических изменений. Кроме того, это недостаточность источников информации и доступа к ним в связи с проживанием в удаленности от крупных районных центров и городов. Пенсионеры в большинстве случаев не имеют возможности пользоваться Интернетом, следовательно, им недоступны и основные эколого-просветительские материалы.

При этом, как показало пилотное исследование, проведенное в учреждении, люди старшего поколения хотели бы знать, как жить экологично, как быть разумными потребителями, как обезопасить свою жизнедеятельность, экономить природные ресурсы, разделять отходы, уменьшать их количество и т.д. [6]. Согласно программе исследования с января по февраль 2020 года было проведено анкетирование по вопросам экологической культуры среди 186 пожилых пациентов в возрасте от 60 до 85 лет. Анкета разработана специалистами социально-реабилитационного отделения геронтологического центра, которая для улучшения восприятия пожилыми пациентами была разбита на тематические блоки.

Основная идея проекта «Эколетие» состоит в реализации мероприятий, направленных на активизацию психической деятельности пациентов путем повышения уровня их экологической культуры и внедрения экологических практик в каждодневную деятельность людей пенсионного возраста, проживающих на территории Красноярского края и города Красноярск, получающих социально-оздоровительные услуги в Краевом геронтологическом центре «Уют».

Анкетирование пациентов геронтологического центра показало, что большинство опрошенных хотели бы получать новые знания и навыки о здоровьесберегающих технологиях (80,0% опрошенных). При этом, больше половины респондентов не знают, где получить достоверную информацию и около трети опрошенных ссылаются на невозможность заниматься своим здоровьем по разным причинам и, прежде всего, – нехватка времени из-за «занятости домашними делами, усталости и лени».

При этом на вопрос «Заботит ли Вас экологическое состояние окружающей среды?» - утвердительно ответило 100% респондентов. В оценивании личной экологической культуры 57% отметили средний уровень, 43% затруднились ответить. О готовности принимать реальные действия для защиты окружающей среды положительно высказались 80% участников анкетирования. Все это свидетельствует о том, что у пожилых людей есть желание заниматься своим здоровьем, получать знания и навыки о здоровьесберегающих технологиях, но нет мотивационной психологической составляющей на активные действия в этом направлении.

В связи с этим внедрение в реабилитационную деятельность геронтологического центра социально-психологического проекта «Эколетие» стало особенно актуальным. Содержание данного проекта предусматривает проведение комплекса интерактивных образовательных семинаров о здоровьесберегающих технологиях, лекториев «Экодум», психологических тренингов и практических мероприятий (мастер-классы, круглые столы и т.п.) по апсайклингу «Вторая жизнь вещей», разработанных с учетом психофизиологических особенностей пожилого пациента.

Особое место в реализации проекта принадлежит социально-психологическому сопровождению. С этой целью специалистами социально-реабилитационного отделения геронтологического центра разработан и подготовлен пакет сопроводительных материалов для проведения всего комплекса социально-психологических мероприятий в рамках проекта «Эколетие». Для этого в задачи психолога геронтологического центра включены следующие направления: развитие коммуникативных навыков и умений путем психологической треннинговой работы, создание ситуаций эффективного взаимодействия, социальное сопровождение формирования положительного опыта общения и решения коммуникативных задач; формирование и развитие эмоциональной сферы, коррекция самооценки, психологическая работа с негативными эмоциями, вовлечение в социокультурную деятельность [7].

Возможные методы реализации этих направлений проводятся в геронтологическом центре в рамках коллективной и индивидуальной работы с использованием специальных психологических коррекционных программ. В настоящее время в комплекс мероприятий активно внедряются элементы нейробики – гимнастики для мозга [8]. Кроме того, большое внимание уделяется организации культурно-досуговой деятельности для пожилых пациентов.

Привлечение в проект молодежных волонтерских организаций для проведения образовательных и практикоориентированных занятий позволяет создать условия для неформального общения молодежи и людей пожилого возраста через совместную деятельность [6].

В связи с этим, в мероприятия проекта «Эколетие» включено создание «площадок взаимодействия» пожилых и молодых людей, объединенных общей целью. На базе геронтологического центра в рамках проекта «Эколетие» студентам Красноярского государственного медицинского университета представляется уникальная возможность получить опыт взаимодействия со старшей возрастной группы. В рамках программы

создается площадка эффективного межличностного взаимодействия студентов-медиков с пожилыми пациентами.

Целью организации таких «площадок взаимодействия» является формирование образовательной траектории в рамках обмена знаниями о здоровом образе жизни, а также профилактика «конфликтов поколений» между старшими и молодыми людьми и создание позитивного образа людей разных возрастных групп. Взаимодействие поколений реализуется путем применения элементов коммуникативного тренинга, психологических игр и упражнений, совместной культурно-досуговой и физкультурно-оздоровительной деятельности, а также подготовки и реализации совместных экологических мини-проектов.

Организация и проведение комплекса мероприятий, направленных на сохранение психической активности, формирование экологического мышления людей пенсионного возраста позволяет повысить уровень знаний и получить новые навыки здоровьесберегающих технологий, сформировать бережливое отношение к ресурсам, вовлечь пожилых граждан в простые экологические действия в рамках здорового образа жизни.

Информационное сопровождение проекта осуществляется на сайте Краевого геронтологического центра «Уют» - кгцуют.рф, в группе учреждения в социальной сети Facebook-https://ru-ru.facebook.com/kgcyut, а также информационных ресурсах Министерства социальной политики Красноярского края и сайте КрасГМУ.

Реализация проекта позволит создать инновационную площадку по формированию здоровьесберегающих навыков и экологической культуры у людей пожилого возраста с учетом особенностей усвоения новой информации, психофизических и возрастных возможностей и тиражировать опыт реализации долговременных социально-психологических проектов для данной группы лиц.

Список литературы

1. Алёхин А.И. Методы саморегуляции психических состояний как способы борьбы со стрессом в современных условиях // Молодой ученый. – 2019. – № 2 (240). – С. 315-317.

2. Боженкова К.А. Психологические особенности людей пожилого возраста // Приволжский научный вестник. – 2016. – № 3 (55). – С. 130-132.

3. Вербина Г.Г. Психологические возможности пожилого человека и ретардация уликов Л.В., Юмкина Е.А. Социально-психологические аспекты помощи пожилым людям в сохранении активности // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. – 2017. – Т. 27. – № 1. – С. 36-44.

4. Прокопенкова Д.М., Анисимова О.А. Психологический анализ готовности пожилых людей к освоению возрастных изменений в процессе жизненного пути // Молодёжь и наука: актуальные проблемы педагогики и психологии. – 2017. – № 2. – С. 157-166.
5. Сырцова Л. Е., Абросимова Ю. Е., Лопатина М. В. Профилактическая медицина. Грамотность в вопросах здоровья: содержание понятия. – 2016. – № 19 (2). – С. 58-63
6. Тихонова Н.В. Здоровьесберегающие технологии в практике медико-социальной работы с пожилым пациентом (на примере Краевого геронтологического центра) // The Newman In Foreign Policy. – 2019. – № 49 (93). – С. 13-16.

Раздел 3. РАЗВИТИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

УДК 316.34
ББК 60.94

Сизикова В.В., Аникеева О.А.

РОЛЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ В РАЗВИТИИ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский государственный социальный университет», г. Москва

В статье проанализированы функции и задачи таких общественно-профессиональных организаций как учебно-методические объединения вузов, их роль в разработке образовательных стандартов высшего образования трех поколений, в интеграции рынка труда в социальной сфере и социального образования, роль УМО в повышении качества подготовки профильных специалистов.

Ключевые слова: социальная работа, учебно-методическое объединение, профессиональная подготовка, образовательные стандарты, профессиональные стандарты.

Sizikova V.V., Anikeeva O.A.

OPINION OF DOCTORS ON THE ACTIVITIES OF PROFESSIONAL SOCIAL WORKERS IN PALLIATIVE CARE ORGANIZATIONS

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Russian State Social University», Moscow, Russia

The article analyzes the functions and tasks of such socio-professional organizations as educational and methodological associations of universities, their role in the development of educational standards for higher education of three generations, in the integration of the labor market in the social sphere and social education, the role of UMO in improving the quality of training specialized specialists.

Key words: social work, educational and methodological association, vocational training, educational standards, professional standards.

Регулирование деятельности вузов на основе государственных требований в системе советского высшего образования осуществлялось Министерством высшего и среднего специального образования СССР. «Передаточным механизмом» для групп родственных специальностей служили Научно-методические советы (НМС) [1]. Полномочия НМС были довольно велики: разработка нормативных учебно-методических документов (учебных планов, программ учебных дисциплин и прочих подобных документов), изучение опыта преподавания в вузах своей специальности, организация научно-методической и научно-исследовательской работы, разработка рекомендаций по подготовке кадров преподавателей, анализ состояния и перспектив научных исследований – все для повышения эффективности и качества образования [2].

При этом, как замечают исследователи, к НМС «предъявлялись жесткие требования по структуре советов и составу, к работе привлекался довольно узкий круг специалистов высшей школы, состав НМС формировался без учета представительства регионов и возможности широкого общественного обсуждения в процессе разработки того или иного документа» [7].

Приказом Министерства высшего и среднего специального образования СССР в сентябре 1987 г. были созданы Учебно-методические объединения [3]. Появление объединений нового типа было связано с повышением академических свобод вузов и их объединений, децентрализацией управления в системе высшего образования.

Практически одновременно в 1991 г. появилась новая специальность «Социальная работа» [4]. В том же году в 11 вузах была начата подготовка и переподготовка специалистов по социальной работе. В следующем 1992 г. приказом Государственного комитета по высшей школе Министерства науки, высшей школы и технической политики Российской Федерации от 25 ноября 1992 г. № 711 было создано Учебно-методическое объединение вузов России по образованию в области социальной работы. Приказ Госкомвуза РФ от 28 апреля 1994 г. № 352 закрепил за учебно-методическими объединениями направления и специальности высшего профессионального образования. Этот приказ соответствовал новому Классификатору направлений и специальностей [5].

Каждое УМО закреплялось за определенным базовым вузом, который обеспечивал организационное сопровождение деятельности. Базовым вузом нашего УМО был утвержден Российский государственный социальный институт (в настоящее время – Российский государственный социальный университет, РГСУ). За УМО по образованию в области социальной работы были закреплены направление 521100 (Социальная работа) и специальность

022100 (Социальная работа) [7], а затем специальность 040101 «Социальная работа», направление подготовки бакалавров и магистров 040100 «Социальная работа» и дополнительная квалификация «Работник сферы государственной молодежной политики» (приказ Минобразования России 2001 г.).

Новая специальность «Социальная работа» формировалась практически «с нуля», и УМО в тот период сыграло огромную роль в ее становлении и методическом обеспечении. Эксперты УМО проводили анализ документов, готовили официальные заключения, обязательные для лицензирования организаций. Только в 2007 году на экспертизу в УМО вузов России по образованию в области социальной работы были представлены 35 пакетов документов по открытию подготовки по специальности (направлению) «социальная работа»). Тогда заключение УМО было необходимо каждому вузу, который был готов начать подготовку кадров для социальной работы. С 1991 г. по 2008 г. число таких вузов и филиалов выросло с 11 до 236.

Другое, не менее важное направление работы нового УМО – разработка и грифование учебников и учебных пособий: в 1992–2015 гг. года авторскими коллективами вузов-членов УМО было подготовлено около 5 тысяч наименований учебных изданий по проблемам теории и практики социальной работы. Более 400 рукописей прошли экспертизу УМО и были рекомендованы для использования в процессе подготовки специалистов социальной работы.

К 1993-1999 гг. были разработаны первые в истории высшего образования России Государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования бакалавра социальной работы (1993), специалиста (1995), магистра (1999) г. Эти стандарты определили требования к минимуму содержания и уровню подготовки, обеспечили единство требований к структуре и содержанию высшего профессионального образования в области социальной работы.

Второе поколение стандартов разрабатывалось и внедрялось в 2000–2008 гг., а с 2008 года в систему образования стали внедряться Федеральные государственные образовательные стандарты третьего поколения. Были разработаны учебные планы 20 востребованных профилей по направлению подготовки 040400.62 «Социальная работа», (квалификация/степень «бакалавр») и рабочие учебные планы 4 профилей по направлению подготовки 040400.68 «Социальная работа», (квалификация/степень «магистр»). УМО обеспечивало выпуск научно-практического журнала «Вестник УМО вузов России по образованию в области социальной работы», проводило конкурсы учебников, учебных пособий и монографий по социальной работе, инновационных образовательных ресурсов, конкурс выпускных

квалификационных работ студентов, ежегодную Всероссийскую студенческую олимпиаду (ВСО).

В 2015 г. система учебно-методических объединений была реформирована в соответствии с приказом Минобрнауки России от 2 сентября 2015 г. № 942, созданы Координационные советы по 9 областям образования и 57 новых федеральных учебно-методических объединений. Новые ФУМО стали объединением не вузов, а физических лиц, количественный состав ФУМО значительно сокращен. Теперь расширенное ФУМО 39.00.00. по укрупненной группе специальностей и направлений подготовки (ФУМО по УГСН) «Социология и социальная работа» стало курировать три направления подготовки «Социология», «Социальная работа» и «Организация работы с молодежью». Новое ФУМО не имеет основного «базового вуза», но РГСУ на инициативной безвозмездной основе обеспечивает его работу. В рамках ФУМО созданы учебно-методические совет (УМС) по каждому направлению подготовки.

Деятельность УМС по направлению «Социальная работа» осуществляется по нескольким основным направлениям.

Первое – это разработка Федеральных государственных образовательных стандартов. Новая модификация ФГОС третьего поколения получила название ФГОС ВО 3++. Их особенность – адаптация с разработанными стандартами профессиональной деятельности «Специалист по социальной работе», «Руководитель организации социального обслуживания» [6]. Новые ФГОС 39.00.00. были утверждены в 2018 году приказами Министерства образования и науки РФ.

Второе – это разработка примерных основных образовательных программ высшего образования (ПООП) бакалавриата и магистратуры на основе утвержденных ФГОС 3++, которые приняли на себя основную часть смысловой нагрузки высшего образования по направлению «Социальная работа». И ФГОС и ПООП прошли широкое общественно-профессиональное обсуждение, в том числе на сайте ФУМО umo.expert. Цель новых ПООП – разработка новых учебных курсов в соотношении с профессией и образовательными программами, повышение востребованности выпускников на рынке труда. В традиционный учебный процесс включаются онлайн курсы, сетевое образование, повышается практико-ориентированность образования. Компетентностная структура образовательной программы оценивается на основе индикаторов компетенций и мониторинга ОП [6].

Третье. Большое внимание УМС уделяли методическому обеспечению *системы переподготовки и повышения квалификации кадров* по направлению «Социальная работа», в том числе в форме on-line конференций, для

обсуждения текущих актуальных вопросов развития высшего образования по направлениям ФУМО. Работа строится на основе прочных связей с работодателями, что повышает практико-ориентированность образования. Представители УМС ФУМО являются активными участниками работы нашего профильного *Совета по профессиональным квалификациям (СПК) в сфере безопасности труда, социальной защиты и занятости населения,* выступают ответственными разработчиками профессиональных стандартов социальной сферы.

Четвертое. Члены УМС участвуют *в независимой оценке качества образования, профессионально-общественной аккредитации, проведении экспертизы документов на заключение о подготовленности образовательного учреждения к реализации образовательных программ различных вузов.*

Пятое. Большое внимание УМС ФУМО ВО уделяет *работе со студенческой молодежью*. Это два направления работы: *организация всероссийских студенческих олимпиад (ВСО) и научная работа студентов.* Всероссийская студенческая олимпиада, которая проводится с 1999 г. – это встречи студентов разных вузов, конкурсные мероприятия, праздник общения, события незабываемые для многих сотен студентов. Кроме традиционной ВСО, члены УМС выступили организаторами конкурсов профессионального мастерства *Абилимпикс* для участников с ограничениями возможностями здоровья. С 2018 г. проводятся соревнования по компетенции «Социальная работа» в рамках движения «*WorldSkills Russia*». В 2019 году впервые проведены соревнования по направлению «Социальная работа» в рамках студенческой олимпиады *«Я - профессионал»* платформы «Россия – страна возможностей».

Федеральные учебно-методические объединения – общественно-профессиональные организации, цель которых быть инструментом активного вовлечения преподавателей и студентов вузов в реорганизацию системы высшего образования, в повышение его качества, сближения требований рынка труда в социальной сфере и социального образования.

Список литературы

1. Приказ Минпроса СССР от 12 декабря 1968 г. № 92 «Об утверждении Положения о научно-методических советах Министерства просвещения СССР».

2. Приказ Минпроса СССР от 21 ноября 1979 г. № 202 «Об утверждении Положения о научно-методических советах Министерства просвещения СССР». URL:

http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=ESU&n=25289&dst=100001#0864226042699518
3. Приказ Министерства высшего и среднего специального образования СССР от 18 сентября 1987 г., № 650 «О создании учебно-методических объединений».
4. Приказ Государственного комитета СССР по народному образованию № 376 от 7 августа 1991 года «Об открытии специальности «Социальная работа».
5. Приказ Госкомвуза России от 5 марта 1994 года № 180 «Об утверждении государственного образовательного стандарта в части Классификатора направлений и специальностей высшего профессионального образования».
6. Сизикова В. В., Аникеева О. А., Копнина О. О. Стандарты профессиональной деятельности специалистов социальной сферы: подходы к разработке //Социальная политика и социология. – 2016. № 4. С. 107-115.
7. Татур Ю.Г. Роль УМО в совершенствовании высшего образования России. Сборник: Учебно-методические объединения: итоги, проблемы, перспективы, Москва, РИО МГТА, 1998.

УДК 364.08
ББК 60.94

Гантомор З.,[1] Томордаш З.,[1] Сухбат Т.[2]

ТЕХНОЛОГИИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ НАСИЛИЯ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ В ПРОГРАММАХ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ В МОНГОЛИИ

[1] Монгольский национальный университет медицинских наук, Улан-Батор, Монголия

[2] Монгольский университет науки и технологий, Улан-Батор, Монголия

Насилие среди молодежи – это серьезная проблема общественного здравоохранения, которая может иметь долгосрочные последствия для физического и психического здоровья, а также благополучия подростков и молодежи. В статье представлены результаты исследования, целью которого было оценить результаты включения в Монголии с 2015 года в программу подготовки медицинских социальных работников, методологии предотвращения насилия среди молодежи. Результаты нашего исследования показывают, что включение базовой методологии по предотвращению насилия в молодежной среде имеет положительный результат. Вместе с тем,

необходимы дальнейшие исследования, пропаганда и сотрудничество, чтобы сохранить и расширить текущие достижения в данной сфере.

Ключевые слова: насилие и издевательства в молодежной среде, технологии предотвращения насилия в молодежной среде, образование в области медицинской социальной работы.

Zoljargalan G.[1], Jargalsaikhan T.[1], Tuya S.[2]

YOUTH VIOLENCE PREVENTION METHODOLOGY IN THE UNDERGRADUATE MEDICAL SOCIAL WORK PROGRAMS IN MONGOLIA

[1] *Mongolian National University of Medical Sciences, Ulaanbaatar, Mongolia*
[2] *Mongolian University of Science and Technology, Ulaanbaatar, Mongolia*

Youth violence is a serious public health problem that can have long-term impact on health and wellbeing of adolescences and youth. In this article we present findings of an evaluation study which aimed to identify inclusion of youth violence prevention methodology in the undergraduate social work program since 2015 in Mongolia. Our study findings show that basic prevention methodology on youth violence has been included in the undergraduate social work program. However, further research, advocacy, and collaboration is needed to sustain and extend the current achievement.

Key words: youth violence and bullying, prevention methodology of youth violence and bullying, medical social work education.

Насилие среди молодежи - серьезная проблема общественного здравоохранения, которая может иметь долгосрочные последствия для здоровья и благополучия. Молодежное насилие - это преднамеренное использование физической силы или власти с целью запугать или причинить вред другим молодыми людьми в возрасте от 10 до 24 лет. Обычно молодые люди причиняют боль своим сверстникам, которые не имеют к ним никакого отношения и которых они могут хорошо знать, а могут и не знать. Насилие среди молодежи может включать драки, издевательства, угрозы оружием и насилие со стороны банд [1].

Ежегодно во всем мире происходит около 200 000 убийств среди молодежи в возрасте от 10 до 29 лет, что составляет 43% преступлений этого типа. Помимо убийств и несчастных случаев, насилие в молодежной среде рассматривается как фактор риска по ряду проблем психического здоровья, включая злоупотребление психоактивными веществами [2].

В Монголии 63% мальчиков и 19% девочек в возрасте от 13 до 15 лет участвовали в драках в течение последних 30 дней. Кроме того, 37% мальчиков и 20% девочек из этого количества подвергались издевательствам в течение последнего месяца [3]. Тематические исследования насилия среди молодежи, проведенные в городе Улан-Батор, показали, что издевательства и групповые драки распространены среди учащихся средних школ, а также студентов колледжей. Кроме того, результаты этих исследований показывают, что эта проблема отрицательно сказывается на успеваемости, атмосфере в классе и психическом здоровье молодежи [4, 5].

Поскольку насилие в молодежной среде оказывает многочисленные негативные влияния на благополучие молодежи и общества в целом, крайне важно включить методы профилактики в программу бакалавриата социальной работы, чтобы подготовить социальных работников, обладающих сильными знаниями и навыками по предотвращению насилия в молодежной среде. С 2015 года Институт «Открытое общество», являющийся неправительственной организацией в Монголии, предоставляет гранты кафедрам социальной работы национальных университетов для продвижения методологии предотвращения насилия среди молодежи и укрепления потенциала факультетов социальной работы и студентов.

В данной статье представлены результаты оценочного исследования, целью которого было подтвердить включение методологии предотвращения насилия в молодежной среде в программу социальной работы для студентов с 2015 года.

Методы

В этом исследовании участвовали три национальных университета, которые реализовали проект по предотвращению насилия среди молодежи на своих факультетах социальной работы в рамках грантов, предоставляемых НПО «Форум открытого общества» с 2015 года. Цель исследования заключалась в подготовке социальных работников, обладающих глубокими знаниями и компетенциями по предотвращению насилия среди молодежи. Исследование проводилось на основе следующих вопросов:

1. Какие знания были разработаны для борьбы с насилием среди молодежи?

2. Какие инструменты были разработаны для предотвращения насилия среди молодежи?

3. Как проекты по предотвращению насилия среди молодежи повлияли на программу бакалавриата по социальной работе в выбранных университетах?

4. Какие меры следует предпринять в будущем для улучшения текущей программы бакалавриата?

Был изучен ряд документов, чтобы ответить на первые два вопроса исследования, и провели контент-анализ для получения результатов. Для этого мы рассмотрели 2 учебника, 15 диссертаций на соискание ученой степени бакалавра и магистра, а также 27 научных статей и тезисов. Чтобы ответить на два оставшихся вопроса исследования, мы провели качественное и количественное исследование. Было проведено анкетирование среди студентов (n = 48) и выпускников (n = 20), выполнили всесторонний анализ на факультетах социальной работы (n=6), провели опрос практикующих специалистов (n = 4) и в фокус-группах среди студентов (n = 25), прошедших курс «Практика социальной работы с молодежью».

Результаты исследования

Генерация знаний. Всего с 2015 года было разработано 2 учебника, написаны 23 диссертации на соискание ученой степени бакалавра и магистра, а также 52 научные статьи и тезисы для решения проблем подросткового и молодежного возраста, включая насилие среди молодежи. В рамках этих публикаций были разработаны и доведены до сведения профессионального сообщества следующие знания и методологии (табл. 1.).

Таблица 1

Знания и методология, разработанные для борьбы с насилием среди молодежи

Знания	Методология
1. Определение подросткового и юношеского возраста и описание психосоциальных особенностей, присущих каждому возрасту	1. Скрининговые инструменты для выявления издевательств были включены в первичную профилактику (Эти инструменты в основном используются в США)
2. Определение и объяснение жестокости и видов издевательств среди молодежи	2. Инструменты для оценки самоанализа, локус-контроля, агрессивного поведения, депрессии, беспокойства, а также участия и контроля родителей были включены во вторичную профилактику. Кроме того, было введено несколько инструментов для оценки факторов общественного риска.

3. Теории и подходы / модели, разработанные CDC (Центр по Контролю Заболеваний, США) и ВОЗ, описывающие основные причины и последствия молодежного насилия.	3. Разработано 30 упражнений, которые можно использовать в программах первичной, вторичной и третичной профилактики.
4. Современная ситуация межличностного насилия и его влияние среди монгольской молодежи и подростков.	4. Для третичной профилактики было введено крайне мало инструментов, к ним относятся шкала выражения гнева и риск самоубийства.
5. Подходы к профилактике (первичная, вторичная и третичная)	5. Руководство по разработке и внедрению политики противодействия издевательствам в средних школах.
6. Примеры и обзор международных программ и передовой практики по предотвращению насилия среди молодежи.	
7. Реализация программ первичной, вторичной и третичной профилактики и вовлечение в них родителей, учителей и работников общеобразовательных школ.	

Вклад проектов по предотвращению насилия среди молодежи. Реализация проектов по предотвращению насилия среди молодежи внесла вклад в программы бакалавриата по социальной работе следующим образом:

1. Улучшенная интеграция курсов. В соответствии с Монгольским стандартом программы социальной работы для студентов бакалавриата, утвержденным в 2009 году, курс под названием «практика социальной работы с молодежью» является факультативным. Таким образом, включение методологии предотвращения насилия среди молодежи в программу бакалавриата отличается у каждого университета. Поскольку данный курс является факультативным, университеты интегрируют профессиональные курсы, чтобы увеличить общее количество часов обучения, посвященных предотвращению насилия в молодежной среде. Результаты исследования показывают, что методики предотвращения насилия среди молодежи

включены в такие профессиональные базовые и специализированные курсы, как «психология», «развитие человека», «введение в общественное здравоохранение», «введение в социальную работу» и «практика социальной работы с молодежью и подростками» и т. д. Минимальный объём учебных часов, отведенных на тему предотвращения насилия в молодежной среде, составляет 2 часа лекций и 2 часа семинара.

2. На факультетах улучшаются знания и практические навыки, связанные с методологией предотвращения насилия в молодежной среде. Реализация проектов по предотвращению насилия среди молодежи способствовала расширению областей исследований среди преподавателей, а также студентов и аспирантов. Два университета, участвовавшие в нашем исследовании, оказали методическую поддержку нескольким средним школам и социальным службам в реализации проектов, связанных с насилием и издевательствами среди молодежи. В результате исследований и консультативной работы общий потенциал факультетов в рамках данных проектов был заметно увеличен.

3. Укрепление сотрудничества между университетами и организациями социальных служб. С 2015 года укрепилось взаимное сотрудничество между университетами и организациями, оказывающими социальную помощь, с целью проведения тематических исследований, картирования и оценки сообществ, направленные, в свою очередь, на выявление и понимание причин насилия среди молодежи. Университеты организуют тренинги и семинары для специалитстов, и распространяют инструментарий среди учреждений социальной помощи. В результате, благодаря этому взаимному сотрудничеству, число полевых учреждений возросло.

4. Студенты и выпускники начали приобретать базовые знания и навыки по предотвращению насилия в молодежной среде. Студенты могут приобрести базовые знания и навыки, изучая теории и подходы по профилактике насилия среди молодежи. Эти знания и навыки также используются после окончания учебы при работе с молодежью. Студенты и выпускники подчеркнули, что учебники и пособия, содержащие практические советы, необходимы для применения их знаний и навыков. Кроме того, выпускники не могут использовать свои знания и навыки в полной мере из-за того, что существующей системе предоставления помощи не хватает сплоченности и управления. Следовательно, университеты должны выступать за совершенствование системы предоставления помощи, связанной с благополучием молодежи.

Выводы

1. Предотвращение насилия среди молодежи стало одним из основных направлений исследований среди преподавателей и студентов в области социальной работы с 2015 года. Благодаря успешной реализации проектов по предотвращению насилия среди молодежи на кафедрах социальной работы, базовые методики профилактики были включены в программу бакалавриата. Однако для обеспечения устойчивости этого положительного результата необходимы последующие мероприятия. Практический курс, связанный с молодежью, должен быть базовым курсом для подготовки социальных работников, обладающих сильными знаниями и навыками по предотвращению насилия среди молодежи. Кроме того, необходимы дополнительные исследования для разработки инструментов и мероприятий по предотвращению насилия среди молодежи в Монголии.

2. Практикующим специалистам и выпускникам не хватает ресурсов для борьбы с насилием среди молодежи, кроме того, они нуждаются в совершенствовании своих знаний и навыков. Чтобы удовлетворить эту потребность, университеты должны наращивать потенциал факультетов, разрабатывать практические руководства и учебники, обеспечивать согласованность теории и практики и проводить совместные исследовательские проекты с национальными и международными институтами.

3. Нам не хватает профессиональных человеческих ресурсов для предотвращения молодежного насилия в Монголии. Кроме того, текущая система предоставления помощи молодежи и подросткам не является всеобъемлющей. Следовательно, университеты должны объединить усилия по совершенствованию системы оказания помощи молодежи и сотрудничества между заинтересованными сторонами.

Благодарности

Это исследование было проведено в рамках проекта «Создание потенциала по предотвращению насилия среди молодежи». Благодарим НПО «Форум открытого общества» за финансовую и методическую поддержку в реализации этого проекта. Мы также благодарим факультеты социальной работы, студентов и социальных работников, участвовавших в этом исследовании, за их ценный вклад и участие.

Список литературы

1. Centers for Disease Control and Prevention, "Centers for Disease Control and Prevention," 07 2020. [Online]. Available: https://www.cdc.gov/violenceprevention/youthviolence/fastfact.html. [Accessed 02 2021].

2. World Health Organization, Prevention of youth violence: Review of evidences, 2017.
3. "Global School based student health survey. Mongolia 2013 fact sheet.," [Online]. Available: https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/218.
4. Zoljargalan.G, Erkhembayar.T, Munkhzul.Ya, Enkhjargalan.G, Amarjargal.T,, "Youth violence: A case study remote community in Ulaanbaatar city," 2015.
5. Mandkhaikhatan.Ts, Doljin.N, Ganbayar.U, Gegeen-Orgil.Sh, "Youth violence: A case study of remote district in Ulaanbaatar," 2015.

УДК 614.2
ББК 51

Генс Г.П., Коробкова Л.И., Цалко С.Э.

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ И ДИСЦИПЛИНЫ «МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В ОНКОЛОГИИ» В ПОДГОТОВКЕ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

В статье представлены результаты работы коллектива кафедры онкологии и лучевой терапии лечебного факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова по обучению студентов факультета социальной работы профильной дисциплине «Медико-социальная работа в онкологии».

Ключевые слова: онкология, образование, специалисты социального профиля, технологии медико-социальной работы, мультидисциплинарная профессиональная деятельность.

G. P. Guens, L. I. Korobkova, S. E. Tsalko

THE EXPERIENCE OF THE PROFESSIONAL EDUCATIONAL PROGRAM AND DISCIPLINE "MEDICAL SOCIAL WORK OF ONCOLOGY" IN THE TRAINING OF SOCIAL WORKERS, MEDICAL SOCIAL PROFILE

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

The article presents the results of the work of the staff of the Department of Oncology and Radiation Therapy of the Medical Faculty of MSMSU on teaching students of the medical and social profile of the socially significant discipline "oncology".

Keywords: oncology, education, social specialists, technologies of medical and social work, multidisciplinary professional.

Социальная значимость онкологической патологии и помощи онкологическим больным не вызывает сомнений.

В 2019 году в Российской Федерации выявлен 640 391 случай злокачественных новообразований (в том числе 291 497 и 348 894 у пациентов мужского и женского пола соответственно). Прирост данного показателя по сравнению с 2018 годом составил 2,5 %).

В структуре смертности населения России злокачественные новообразования занимают второе место (16,4%; 2018 г. − 16,1%) после болезней системы кровообращения (46,8%; 2018 г. − 46,8%), опередив травмы и отравления (7,7%; 2018 г. − 7,9%). Удельный вес злокачественных новообразований в 2019 году в структуре смертности мужского населения составил 17,6%; (2018 г. − 17,3%), женского − 15,2% (2018 г. − 14,8%).

У каждого человека диагноз онкологического заболевания вызывает в первую очередь страх, т.к. рак в представлении населения - это болезнь без надежды на излечение, мучительное и калечащее лечение, риск неуспеха лечения, смерть. Страх ощущают также близкие больного – страдания близкого человека, потеря кормильца, необходимость ухода за тяжелобольным, и, как следствие – изменение жизненных планов.

Больной и его родственники, как правило, ощущают информационный «голод» – несмотря на обилие сведений об онкологических заболеваниях в СМИ, интернете, окружении больного, зачастую у больного нет ответа на простые вопросы: «Куда обратиться?», «Как организовать лечение?», «Кто может помочь конкретно в моём случае?» и др.

Это приводит к тому, что больной длительное время не обращается за медицинской помощью, занимаясь самолечением и скрывая истинное положение дел от близких, опухолевый процесс переходит в категорию «запущенного».

Основными целями преподавания дисциплины «Медико-социальная работа в онкологии» для студентов – будущих социальных работников является создание представления об онкологической патологии, видах лечения онкологических больных, роли социального работника в помощи онкологическому больному и его семье.

По замыслу кафедры, социальный работник должен стать, с одной стороны, «навигатором» больного в море информации и организационных трудностей, с которыми сталкиваются больной и его близкие в ходе борьбы с болезнью, а с другой – «мотиватором», т.е. носителем мотивирующей информации для формирования онкологической настороженности и онкологической грамотности у своих подопечных.

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета осуществляет преподавательскую деятельность для студентов факультета социальной работы в течение 5 лет.

Занятия проводятся со студентами 4 курса в 7 семестре. Общая трудоёмкость курса составляет 216 академических часов, итоговый контроль – экзамен.

Работа обучающихся с преподавателем включает в себя: занятия лекционного типа, занятия семинарского типа, групповые консультации, индивидуальную работу обучающихся с преподавателем, присутствие на клинических обходах, где студенты видят реальных больных, а также аттестационные испытания промежуточной аттестации обучающихся: тестовые задания, ситуационные задачи, опрос и финальный экзамен.

Виды самостоятельной работы студентов: работа с нормативными правовыми актами, рекомендованной основной и дополнительной литературой; работа с электронными учебниками; написание сообщений, рефератов; подготовка компьютерных презентаций по отдельным темам дисциплины; работа с периодической печатью; изучение материалов лекций, подготовка к лекциям и практическим занятиям; выполнение обучающих и контролирующих заданий.

В связи с пандемией инфекции COVID-19 занятия в 2020 году проводились в комбинированном, так называемом «гибридном» режиме: очном + дистанционном (с использованием программ ZOOM, WhatsApp, электронной почты).

Основными темами для изучения студентами являются различные разделы общей и частной онкологии: канцерогенез, организация онкологической помощи в Российской Федерации, методы диагностики, лечения, профилактики и реабилитации онкологических больных, частная

онкология – знания об онкологических заболеваниях различных органов и систем, паллиативная помощь в онкологии и др.

Безусловно, в процессе обучения преподавателями – практикующими врачами-онкологами студентов немедицинского профиля имеются определённые трудности.

С точки зрения преподавателей, основной трудностью в обучении является отсутствие у студентов базовых знаний по медицинским дисциплинам – анатомия, биология и др., и, как следствие, затруднения в коммуникации с преподавателем и трудности в освоении раздела «частная онкология».

С целью улучшения качества образовательного процесса, выявления «триггерных точек», затрудняющих студентам изучение дисциплины коллективом кафедры была создана анонимная анкета и с сопроводительным письмом предложена для ответа студентам – выпускникам факультета, прошедшим обучение на кафедре.

При ответе на вопросы анкеты студенты указывали на следующие трудности, существующие, на их взгляд, при обучении дисциплины: отсутствие знаний по базовым медико-биологическим дисциплинам и необходимость дистанционного обучения.

Как следует из результатов анкетирования, представление студентов о своей будущей деятельности в целом соответствует тому объёму знаний, который они получили на кафедре онкологии.

Студентам были интересны все разделы дисциплины, особенно вопросы частной онкологии, но отсутствие базовых медицинских знаний, по мнению студентов, мешало быстро и в полном объёме усваивать информацию.

Студентов просили оценить действия преподавательского состава кафедры: знания, квалификацию, педагогические качества, объективность оценок, проведение дискуссий на тему изучаемого материала, ясное, понятное изложение материала лекций, умение вызвать и поддержать интерес к предмету. По результатам анкетирования, кафедра получила несколько критических предложений – ввести в цикл лекцию и занятие по общей анатомии, занятие по диагностике и лечению рака вести в формате «научно-популярный семинар».

Особо следует отметить тот факт, что большинство студентов считает значимым мнение преподавателя о поведении студентов, эрудированности и желании получать знания.

Большинство из опрошенных студентов считает, что для улучшения качества и осознанности усвоения дисциплины необходимо больше учебного

времени на изучение основ фундаментальных медико-биологических дисциплин (анатомия, биология, физиология и др.).

По результатам опроса известно, что большинство студентов считает раскрытие тем дисциплины в ходе обучения полным, не требующим использования сторонних источников информации.

На вопрос о существующей системе оценки знаний опрошенные ответили, что последняя достаточно объективна и справедлива, доступна и ясна для понимания.

В ходе анкетирования был обсуждён вопрос о сопровождении образовательного процесса: информационном обеспечении, доступе к компьютерным технологиям, оснащенности и укомплектованности библиотеки, удобстве аудиторий и расписания, распределения учебной нагрузки, учебно-методического обеспечения, доступности учебных материалов на электронных носителях, консультативного обеспечения (оказание помощи в решении, учебных, профессиональных и личностных проблем). Все опрошенные студенты дали положительную оценку условиям обучения.

Подводя итог проведённой работе, у коллектива кафедры сложилось следующее мнение: дисциплина вызывает у студентов факультета социальной работы несомненный большой интерес как социально-значимый и актуальный раздел знаний.

Студенты готовы активно воспринимать, осмысливать информацию и реализовывать её на практике.

Основной трудностью в освоении дисциплины, как преподаватели, так и студенты считают отсутствие знаний по фундаментальным медицинским дисциплинам, которые студенты-медики осваивают на начальных курсах обучения, и которые в дальнейшем помогают при освоении клинических дисциплин.

По мнению коллектива кафедры, преодолеть данную трудность возможно путём выделения в учебном плане времени на освоение базовых, фундаментальных медицинских дисциплин, что поможет в дальнейшем более глубокому и осознанному усвоению знаний по дисциплинам клиническим.

Тематика и объём информации по базовым медицинским дисциплинам – предмет дальнейшего обсуждения и совместной работы междисциплинарного коллектива кафедр, реализующих программы, фундаментальных, клинических и медико-социальных дисциплин.

УДК 378. 147: 364.45
ББК 60.94

Кузнецова Е.В.

ФОРМИРОВАНИЕ У ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО НАПРАВЛЕНИЮ ПОДГОТОВКИ «СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА» КОМПЕТЕНЦИЙ ДЛЯ РАБОТЫ С ЛЮДЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Киров

В данной статье дается обоснование формирования необходимых компетенций у обучающихся, будущих специалистов социального профиля, для оказания качественной помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья.

Ключевые слова: компетенции, лица с ограниченными возможностями здоровья, профессионально подготовленные специалисты по социальной работе.

Kuznetsova E.V.

FORMATION AT A STUDENT TRAINING ON DIRECTION OF TRAINING SOCIAL WORK, COMPETENCES FOR WORKING WITH PEOPLE WITH RESTRICTED HEALTH

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Kirov State Medical University» of the Ministry of the Health of the Russian Federation, Kirov, Russia

This article says that at the moment no developed country can do without social work specialists who are called upon to professionally help everyone in need, including people with disabilities. Therefore, it is so important to form the necessary competencies among students, future social specialists, to provide quality assistance to people with disabilities.

Key words: competence, people with disabilities, professionally trained specialists.

В последнее время в современном обществе происходит осознание того, что в мире существует огромное количество инвалидов, и что они являются частью общества и потому имеют с нами равные права. Понятие «обеспечение равных возможностей» означает процесс, благодаря которому различные системы общества и окружающей среды, такие, как обслуживание, трудовая деятельность и информация, оказываются доступными всем, включая лиц с ограниченными возможностями здоровья.

В Конституции РФ, ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», ФЗ «О ратификации Конвенции ООН о правах инвалидов» обращается внимание на создание равных возможностей для лиц с ограниченными возможностями здоровья (далее с ОВЗ). В государственной программе «Доступная среда» на 2011-2025 годы одной из задач совершенствования системы социальной работы с лицами с ОВЗ определена подготовка специалистов социального профиля (педагогов, психологов, специалистов по социальной работе) к работе с лицами с ОВЗ. В области профессиональной деятельности специалистов по социальной работе с лицами с ОВЗ требуется необходимая профессиональная подготовка [1].

Ежегодно в Российской Федерации более 2 млн. человек впервые признаются инвалидами. Люди с инвалидностью относятся к наиболее социально незащищенной категории населения. Их доход, в основной своей массе, ниже среднего, а потребности в медицинском и социальном обслуживании намного выше. Они испытывают трудности при получении образования и дальнейшем трудоустройстве, большинство из них не имеют семьи и малоактивны в общественной жизни. Все это говорит о том, что люди с ОВЗ в настоящее время остаются сегрегированным меньшинством.

Необходимость изучения проблем социальной работы становится предельно актуальной и в связи с тем, что все эти изменения протекают на фоне коренных перемен в отношениях между лицами с ограничениями и обществом. Качество, результативность работы с лицами с ОВЗ связаны как с разработкой технологий социальной реабилитации, так и с подготовкой специалистов социального профиля к такого рода профессиональной деятельности. Определение составляющих в подготовке специалистов по социальной работе для последующей их работе с инвалидами целесообразно с изучения проблем содержания жизнедеятельности лиц с ОВЗ, в том числе инвалидов, детей-инвалидов как наиболее массовой в количественном отношении категории среди лиц с ОВЗ.

Готовность специалиста по социальной работе формируется в процессе профессионально-личностного развития и включает такие качества как:

- профессиональная направленность личности, которая проявляется в мотивационно-ценностном отношении к работе с лицами с ОВЗ;

-профессиональные знания специалиста готового к работе с инвалидами;

- профессиональные умения, обеспечивающие успешную социальную деятельность.

Комплекс профессиональных знаний специалистов социального профиля выступает в качестве базы, основы для формирования профессиональных умений. Профессиональные умения наряду с профессиональными знаниями включаются в содержание профессиональной готовности специалиста по социального профиля к работе с лицами с ОВЗ.

Профессионально подготовленные специалисты, владеющие теоретическими знаниями, способны выходить за рамки своего предмета, своей профессии, они имеют некий творческий потенциал саморазвития, тогда как некомпетентность негативно сказывается на деятельности практикующего специалиста. То есть, применяя имеющиеся теоретические знания в своей профессиональной деятельности, специалист по социальной работе обеспечивает высокое качество своего труда и достижение основательных результатов в работе с лицами с ОВЗ [4, с. 84].

На процесс социальной работы с лицами с ограниченными возможностями здоровья, формирование готовности к реабилитации лица с ограниченными возможностями здоровья направлено:

- освоение специалистом новых теоретических и практических знаний и умений, развитием его как личности и профессионала;

- формирование стремления к постоянному самообразованию и саморазвитию в условиях высокой инновационной динамики и профессиональной деятельности;

- развитие инновационного потенциала специалиста, которое состоит в разрешении индивидуальных образовательных дефицитов, возникающих в процессе осуществления инновационной деятельности.

Данный процесс предполагает обогащение знаний и умений специалиста, формирование профессиональной компетентности, необходимой для успешного выполнения инновационной деятельности в работе с лицами с ограниченными возможностями здоровья [3, с. 41-46].

Перечень профессиональных знаний специалиста, обеспечивающий эффективную работу с лицами с ограниченными возможностями здоровья, выступает в качестве элемента общепрофессиональных знаний. Необходимо отметить, что не всегда

профессиональные знания сами по себе определяют готовность специалиста к социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья. Она также определяется отношением к этим знаниям, умением распорядиться ими, применять в качестве инструмента в работе.

Соответственно в области профессиональной деятельности специалиста социального профиля, работающего с лицами с ограниченными возможностями требуется профессиональная подготовка. Профессиональная подготовка специалиста по социальной работе рассматривается как совокупность общих и специальных знаний и умений, обеспечивающих возможность работы с данной категорией лиц. Они приобретаются непрерывно: в процессе теоретического и практического обучения в вузе и в дальнейшем в процесс профессиональной деятельности [2, С. 38-42].

Люди с ограниченными возможностями здоровья - это люди имеющие ограничения жизнедеятельности, полную или частичную утрату лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью. Основное содержание социальной работы с такими людьми – это их социальная реабилитация, включение их в социокультурную среду.

Сущность процесса подготовки специалистов к работе с лицами с ограниченными возможностями здоровья заключается в совершенствовании личностно-деловых и профессиональных качеств, а также повышения уровня знаний, умений и ключевых компетентностей, необходимых для успешного выполнения социальной работы с лицами с ограниченными возможностями здоровья. Основой в подготовке специалистов социального профиля к работе с лицами с ограниченными возможностями здоровья является развитие личности в процессе освоения профессии и выполнения своей будущей профессиональной деятельности. Главной задачей формирования готовности специалистов социального профиля к работе с лицами с ограниченными возможностями здоровья становится не только трансляция нового содержания современного образования, но и включение специалиста в процесс осмысления его профессиональных целей и ценностей .

Оценка и самооценка способности будущего специалиста по социальной работе с лицами с ограниченными возможностями здоровья устанавливать и поддерживать эмпатийный контакт с клиентом. Человек, имеющий с рождения или приобретший при жизни физические или психические недостатки, как правило, прекрасно осознает свое качественное отличие от

здоровых людей. И обычно это качественное отличие, по понятным причинам, определяется, как отличие в худшую сторону. Инвалид выглядит непривычно, действует непривычно, говорит непривычно, а все то, что непривычно для обычного здорового человека, который, как правило, ценит стабильность во всем, в том числе и в том, что он наблюдает, вызывает у здорового человека отторжение, более или менее сильное. Поэтому инвалид , как никто другой, нуждается в сострадании, понимании, адекватном обращении и эмоциональном контакте на равных. Все это помогает обрести ему душевное равновесие, необходимое каждому человеку. И именно специалист по социальной работе может или даже должен помочь ему в этом.

Выбирая такое направление деятельности как социальная работа, люди не всегда адекватно оценивают сложность взаимодействия с различными клиентами. А следовательно, нельзя поручиться, что все они обладают качествами, необходимыми для специалиста. Разумеется, данные профессиональные навыки можно развивать непосредственно в практической деятельности с клиентами.

Современное общество требует от человека очень многого: он должен быть активным, деятельным, инициативным, добиваться успеха. При этом нередко упускается тот факт, что ресурсы человека, и психофизические, и моральные, имеют предел. Часто у специалиста нет времени дать отдохнуть нервной системе. Но если не уделять ей внимание, то под угрозой окажутся не только здоровье, душевное благополучие и жизнь человека, но и профессиональная деятельность.

Это касается и специалистов по социальной работе, осуществляющих свою профессиональную деятельность с лицами с ОВЗ или инвалидами . Поэтому существует необходимость в процессе образования уделять внимание также их умению преодолевать стрессовое состояние, так как их профессиональная деятельность почти всегда будет связана с высокими нервно-психическими нагрузками.

Таким образом, современная социальная работа в России - относительно молодой вид деятельности, которая, однако, имеет определенный разносторонний опыт. Это касается также такой ее узкой сферы, как социальная работа с людьми с ограниченными возможностями здоровья. Существует множество проблем и противоречий, мешающих осуществлению деятельности социальных работников, и их необходимо решать, обращая внимание, в том числе и на подготовку специалистов по социальной работе.

Список литературы

1. Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2025 годы (утверждена постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2015 г. № 1297, продлена до 2025 г. распоряжением Правительства РФ от 23 февраля 2018 г. № 308-р).
2. Кузнецова Е.В. Формирование профессиональной компетентности бакалавра социальной работы // Актуальные вопросы социальной работы с различными группами населения. Материалы III межрегиональной научно-практической конференции с международным участием 09 декабря 2015 года [Электронный ресурс]. Сб. Кировская государственная медицинская академия. – Киров, 2015. – С. 38-42.
3. Кузнецова Е. В. Формирование инновационных компетенций у студентов, обучающихся по направлению подготовки социальная работа // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 28. – С. 41-46. URL: http://e-koncept.ru/2016/56464.htm (дата обращения: 02.11.2018).
4. Шишкина О.В. Развитие специалистов по социальной работе в процессе профессиональной подготовки // Отечественный журнал социальной работы. – 2008. – № 3. – С. 84.

УДК 159.9
ББК 88.6+88.8

Молчанов А.С., Молчанов К.А.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ СЛЕДСТВИЯ ВНЕДРЕНИЯ И ВОЗМОЖНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ДИСТАНЦИОННОЙ ФОРМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

Рассмотрены современные методы психолого-педагогической подготовки социальных работников в условиях дистанционной формы обучения. Эти новые технологии ведения учебного процесса имеют как положительные, так и отрицательные особенности. Дальнейшее совершенствование дистанционного профессионального обучения возможно на основе применения самообучающихся систем машинного обучения.

Ключевые слова: дистанционная форма обучения, машинное обучение, индивидуальный подход в профессиональном образовании.

Molchanov A.S., Molchanov K.A.

PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL INTRODUCTION EFFECTS AND POSSIBLE DIRECTION FOR DEVELOPMENT OF SOCIAL WORKERS DISTANCE VOCATIONAL TRAINING

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

The modern methods of social workers psychological and pedagogical training under the distance learning are considered. These new training technologies have both the positive, and negative effects. Further development of distance vocational education is possible within potential of the self-training machine learning.

Keywords: distance learning, machine learning, individual approach in vocational education.

Программой подготовки социальных работников предусмотрено изучение целого ряда дисциплин психолого-педагогического направления. К ним относятся такие дисциплины, как: «Педагогика и психология», «Психология социальной работы», которые относятся к базовой части учебного плана, а также такие дисциплины, как: «Возрастная психология», «Социальная педагогика», относящиеся к дисциплинам, изучаемым по выбору.

В процессе освоения указанных дисциплин, у обучающихся формируется целый ряд общеобразовательных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, таких как: умение «...осуществлять социальное взаимодействие и реализовывать свою роль в команде...» (УК-3); учитывать «...межкультурное разнообразие общества...» (УК-5); «...выстраивать и реализовывать траекторию самообразования ... в течение всей жизни...» (УК-6); «...применять современные информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности...» (ОПК-1); «...описывать социальные явления и процессы на основе анализа и обобщения профессиональной информации...» (ОПК-2); осуществлять профилактику «обстоятельств, обуславливающих нуждаемость в социальном обслуживании» (ПКО-3) и др.

Весной 2020 года, в связи с введением дистанционной формы ведения занятий, произошли значительные организационные, психологические и дидактические изменения в учебном процессе, которые не могли не сказаться на качестве подготовки социальных работников. Сотрудниками кафедры психологии и технологии педагогической деятельности МГМСУ им А.И. Евдокимова изучаются уже произошедшие изменения и просчитывается возможность дальнейших психолого-педагогических изменений в высшей школе, которые могут произойти под влиянием информационно-коммуникативных новаций.

Прослежены ряд изменений, часть которых может быть оценена как позитивные, тогда как другие - негативными. Так, безусловным преимуществом дистанционной формы обучения может считаться б***о***льшая доступность высшего образования для лиц, проживающих в отдаленных регионах станы и не имеющих по тем или иным причинам возможности переехать в университетские центры для очного обучения.

Дистанционное обучение в вузе существенно снижает финансовые затраты студентов, связанные с длительным проживанием вне дома, отмечается также явная экономия времени всех участников учебного процесса, ранее уходившая на ежедневный переезд из дома к месту проведения занятий и обратно. Ещё одним несомненным преимуществом дистанционной формы обучения является расширение возможностей применения индивидуального подхода в работе с обучающимися.

Осложняющими учебный процесс обстоятельствами является: разобщенность студентов, затрудняющая формирование навыков совместной трудовой деятельности, ведение воспитательной работы с ними. Особенно это заметно при работе над выполнением задания целой группы студентов, когда сроки и качество его выполнения зависят сразу от нескольких людей. Затруднения возникают тогда, когда в группе исполнителей оказываются студенты с разными стилями деятельности. Добиться от них эффективной совместной работы можно только при ее постоянной координации преподавателем.

В результате анализа литературных данных и собственных наблюдений, были выработаны рекомендации, позволяющие, в условиях дистанционной и комбинированной, очно-заочной, форм обучения, регулировать степень сплоченности, кооперации членов группы, влиять на их межличностные отношения. Делать это можно, изменяя постановку учебной задачи, а также системы оценивания вклада в общую работу каждого исполнителя.

(1) Заданием может быть предусмотрена лишь частичная кооперация исполнителей, если в нем предусмотрены этапы: (а) предварительного

индивидуального ознакомления членов группы с информацией и (б) последующего совместного ее обсуждения, выработки общего решения.

(2) Задание может предполагать более высокий уровень кооперации членов группы, используя принцип взаимного дополнения результатов, когда каждый член группы должен выполнить часть работы, без завершения которой невозможно получить общий результат и сдать его преподавателю.

В первом случае в группе складывается более острый, даже, конфронтационный характер отношений во время обсуждения хода работы, принятия совместных решений. В этом случае часто возникает столкновение мнений, между исполнителями усиливается конкуренция, обостряется борьба между неформальными лидерами, значимую роль начинает играть не качество работы, а статус каждого ее члена в группе. Группа начинается делиться на фракции и партнерство подвергается серьезному испытанию. Такая совместная работа способствует формированию умения аргументированно отстаивать свою точку зрения, соблюдать этические нормы ведения дискуссии, развивает навыки саморегуляции.

Если все исполнители получают одинаковое вознаграждение (одинаковую оценку), то в группе повышается уровень кооперации ее членов, усиливается трудовая или учебная мотивация.

Во втором случае, работая над взаимодополняющими частями задания, повышается сплоченность группы, налаживается конструктивное взаимодействие между ее членами, активизируется взаимный обмен информацией, взаимопомощь, компетентность каждого члена группы поощряется. При такой организации самостоятельной работы, одинаковая оценка всем членам группы имеет большее педагогическое значение.

Важным условием повышения качества учебного процесса является правильное стимулирование мотивации учебной деятельности его участников. Способами ее повышения являются: установление реальных, но жестких сроков выполнения задания, требование неукоснительного их соблюдения, деление процесса выполнения задания на этапы с обязательным промежуточным отчетом каждого исполнителя о ходе его выполнения. В качестве поощрения, наиболее дисциплинированным и старательным студентам можно доверять самостоятельно устанавливать сроки выполнения заданий.

Ужесточение требований к соблюдению сроков выполнения задания является исключительно действенным способом стимуляции самостоятельной работы студентов с U-образным стилем работы (отвлекающихся на другие дела, не закончив его выполнение), а также студентов, привыкших выполнять задание в самый последний момент. Тот же прием, но примененный к

учащимся, работающим систематически и равномерно, приводит к ухудшению качества выполнения ими задания.

Другим направлением совершенствования дистанционного обучения является более эффективное использование информационно-коммуникационных технологий, овладение дополнительными приемами работы, которые предоставляют WEB платформы. Сдерживает их использование отсутствие и у обучающихся, и у преподавателей достаточного опыта работы с ними. Участникам образовательного процесса необходимо углублять знания и улучшать умения работы с WEB ресурсами. Эти умения бывают необходимы на всех этапах учебного процесса.

Дальнейшее внедрение в учебный процесс информационно-коммуникационных технологий, использование всех их возможностей позволит снизить возросшую нагрузку на преподавателей, вызванную необходимостью проверки большого количества письменных работ, выполняемых студентами в домашних условиях.

Еще одним важным направлением совершенствования дистанционного обучения является переход на индивидуальные программы профессиональной подготовки обучающихся, исполнение их с помощью алгоритмов машинного обучения. Такие программы способны подстраиваться к индивидуальным особенностям переработки и усвоения учебного материала каждым обучающимся. Методы машинного обучения позволяют разрабатывать для каждого студента индивидуальные траектории освоения учебной программы, контролировать их выполнение.

В их основе лежит положение о том, что поведение человека в физической и социальной среде формируется методом проб и ошибок [Skinner B.F., 1989]. Средой для обучающихся, на период обучения в вузе, становятся условия организации учебного процесса, а также требования администрации и преподавателей, ведущих учебный процесс.

Индивидуальный опыт каждого учащегося представляет собой череду успешных и неудачных попыток применения различных приемов достижения цели (получения профессии, завершение обучения в вузе, получение соответствующего документа). Приемы, позволяющие успешно проходить этапы обучения, закрепляются и повторно используются в сходных ситуациях. Те из них, что завершились неудачей, в дальнейшем не применяются.

Ключевыми в данной концепции являются понятия “оперантного обусловливания”, “оперантного, инструментального научения”, “оперантного поведения”, “подкрепления”, “базисного репертуара поведения”. Оперантным научением называется способ формирования определенной формы поведение следующим за ним подкреплением, а подкреплением – ответное воздействие

среды на обучающегося. Упрощенная схема выглядит следующим образом: человек стремится удовлетворить возникшую потребность и получить положительное подкрепление, избежать отрицательного подкрепления.

Важным механизмом оперантного обусловливания является обратная связь, благодаря которой становится известен результат учебной деятельности. Все поведение обучающегося складывается из постоянных воздействий на образовательную среду и получение от нее ответных реакций (подкреплений). В зависимости от того, была ответная реакция образовательной среды положительной или отрицательной, становится понятной степень эффективности, правильности учебной деятельности обучающегося. Имеет большое значение время, которое проходит между воздействием на образовательную среду и ее ответной реакцией.

Таким образом, обратная связь выполняет несколько функций: обучения, побуждения, содействия, запрета, уточнения каких-либо действий и деятельности обучающегося. Сформированный таким образом активный репертуар профессиональных действий и деятельности, приемов достижения личных целей обучающегося постоянно совершенствуется. Менее эффективные формы поведения и деятельности элиминируются и заменяются более эффективными. Этот процесс продолжается не только в период обучения, но и в процессе дальнейшей профессиональной деятельности.

Взаимодействие обучающегося с образовательной средой (преподавателем, учебной информацией) в условиях дистанционной формы обучения, становится информационно- коммуникативная система, в которой все более значимую роль начинают играть алгоритмы машинного обучения, самообучающегося искусственного интеллекта (ИИ).

Алгоритмы ИИ стремительно совершенствуются. Уже сейчас их используют для управления и контроля большинства информационных потоков в вузе. При помощи рекомендательных систем, они отбирают содержание и форму предъявления информации, поступающей к обучающимся и сотрудникам. При помощи тренажеров, они участвуют в формировании и автоматизации профессиональных умений и навыков. Используя компьютерное тестирование, они оценивают знания, квалификацию учащихся, участвуют в принятии управленческих решений на основе хранящихся в базе 1С данных об учебной деятельности каждого студента. Учет деятельности сотрудников также автоматизируется, организованы локальные сети, при помощи которых осуществляется документооборот, бухгалтерские операции и т.д.).

Принятие решений о поощрении и наказании участников учебного процесса также, все чаще, осуществляется по данным, хранящимся в базах

данных информационных систем, которые имеют тенденцию к объединению и превращения в единое информационное пространство (big data).

Существует достаточно большой ассортимент поощрений и наказаний, который постоянно пополняется различными по значимости и частоте использования приемами. Они могут применяться по окончании выполнения отдельных этапов проекта или по завершении всей работы, давая оценку отдельным действиям или всему проекту. Однако оценивая только конечный результат, остаются скрытыми сведения о качестве выполнения промежуточных действий. Поэтому итоговая оценка учебной деятельности может оказаться менее информативной. Отрицательная оценка результатов, как правило, приводит к усилению контроля за дальнейшей учебной деятельностью обучающегося.

Поощрения и наказания объединяются в единую программу, образуя управляющую среду, создавая определенную психологическую обстановку, которые регулируют поведение и учебную деятельность обучающихся, оказывают на них большое воспитывающее действие, формируют их личностные черты.

Уточнение степени влияния отдельных видов подкрепления представляет собой самостоятельную задачу, иногда весьма сложную, требующую применения, как описательных, так и количественных методов. Специальной проработки также требует этическая сторона использования конролирующих и управляющих систем ИИ, в которые заложены алгоритмы оперантного научения (reinforcement learning).

В социальном образовании задача психолога состоит в формировании профессионального поведения будущего социального работника, наиболее эффективного с точки зрения целей оказания социальной помощи получателям социальных услуг. Применение систем ИИ для формирования отдельных профессиональных действий и видов деятельности подвергается меньшей критике, чем их использование для формирования поведения будущего профессионала в целом. В этой связи требует пристального рассмотрения и анализа опыт внедрения информационно-коммуникационных систем, работающих с использованием алгоритмов оперантного научения, который внедряется в Китае.

Оперантное научение осуществляется в процессе непосредственного взаимодействия студентов с моделями отдельных видов будущей деятельности методом проб и ошибок. Сведения о качестве их выполнения доставляются в управляющую и контролирующую учебный процесс информационную систему. Опять же, тем же методом проб и ошибок, эта система подбирает наиболее эффективные управляющие воздействия. В

результате вырабатывается набор правил, позволяющий просчитывать и рекомендовать определенные сценарии дальнейшей учебной и трудовой деятельности каждого учащегося в отдельности. Выработка траектории индивидуальной подготовки специалистов, имеет своей целью достижение максимально возможного уровня его профессиональной подготовки.

Основной функцией преподавателя становятся создание, в процессе обучения обстановки, благоприятной для творческого самовыражения, развития индивидуальности, самостоятельности учащихся, формирования у них системы ценностей, направленных на сознательную и созидательную трудовую деятельность. В этом случае уровень осознанности и ответственности, зрелого отношения к учебному процессу оказываются основными критериями оценки профессионального роста. Наибольший эффект от подкрепления, поступившего из обучающей среды, достигается в тех случаях, когда они адресованы и удовлетворяют личностно значимые потребности учащегося.

Выводы

1. Очная и дистанционная формы обучения имеют свои положительные и отрицательные стороны, и эффективная форма подготовки социальных работников должна их учитывать.

2. Эффективными методами стимуляции самостоятельной работы исполнителя являются: ужесточение требований к соблюдению студентами сроков выполнения задания, требование неукоснительного их соблюдения, практика обязательной промежуточной отчетности о ходе выполнения задания, обязательное поощрение качественно выполненной работы в установленные сроки.

3. Необходимо принимать во внимание индивидуальные особенности деятельности каждого обучающегося. Все стили самостоятельной учебной деятельности имеют свои преимущества и недостатки. Их необходимо учитывать при дистанционном руководстве учебной деятельности обучающихся, подготовки заданий для самостоятельной работы.

4. Современные индивидуальные дистанционные системы воспитания и профессионального обучения, должны быть снабжены самообучающимися информационными системами, работающими по алгоритмам оперантного научения, обладающих возможностями для подбора и непрерывного совершенствования приемов управления индивидуальным процессом приобретения учащимися профессиональных знаний и умений.

Список литературы

1. Skinner B.F. Recent issues in the analysis of behavior. Columbus, OH: Merrill, 1989.

2. Теория и технологии медико-социальной работы: учебник и практикум для вузов /А.В. Мартыненко [и др.]; под ред. А.В. Мартыненко. – М.: Изд. Юрайт, 2020. – 339 с.
3. Молчанов А.С., Кудрявая Н.В., Зорин К.В., Молчанов К.А. Педагогика и психология для социальных работников. – М.: КНОРУС, 2021. – 388 с.

УДК 364.08
ББК 60.94

Мягмаржав С., Гантөмөрийн З.

ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ В МОНГОЛИИ

Монгольский национальный университет медицинских наук, факультет общественного здоровья, кафедра медицинской социальной работы и общественных наук, г. Улан-Батор, Монголия

В статье кратко представлены данные о подготовке медицинских социальных работников в Монголии. Программа бакалавриата по медико-социальной работе была начата в 2003 году в Школе общественного здоровья (факультет) Монгольского национального медицинского университета. К настоящему времени состоялось 12 выпусков студентов, было подготовлено более 270 бакалавров по медицинской социальной работе. Программа их обучения включает в себя общие и базовые курсы в соответствии со стандартом высшего образования бакалавриата социальной работы. Специализированные курсы сосредоточены на вопросах здравоохранения и психосоциальных аспектах здоровья.

Ключевые слова: медико-социальное образование, программа подготовки бакалавров**.**

Myagmarjav S., Gantumur Z.

HEALTH SOCIAL WORK EDUCATION IN MONGOLIA

Department of Health Social Work and Social Sciences, School of Public Health, Mongolian National University of Medical Sciences, Ulaanbaatar, Mongolia

This article briefly summarizes how the health social workers are prepared in Mongolia. The undergraduate program of health social work was launched in 2003 at the School of Public Health of Mongolian National Medical University. Currently,

270 health social workers have graduated in 12 commencements. Health social work curriculum includes general and foundation courses in accordance with the higher education standard in bachelor of social work. Specialized courses are concentrated on health issues and psycho-social aspects of health.

Keywords: health social work education, undergraduate curriculum

Крах социалистической системы в Монголии привел к многочисленным социальным проблемам, включая бедность, насилие в семье, алкоголизм и безработицу. Наиболее пострадавшими оказались дети. Правительство Монголии было не в состоянии помочь детям, оставшимся без присмотра и живущим на улице в начале 1990-х годов.

В 1997 году Монгольский государственный педагогический университет (SPU) при технической поддержке Фонда помощи детям (Великобритания) запустил первую программу формального образования для социальных работников с целью повышения благосостояния детей. С тех пор образовательные программы по социальной работе расширились, и ряд государственных и частных университетов начали свои программы бакалавриата по социальной работе. По состоянию на 2020 год 14 университетов предлагают образование в области социальной работы в Монголии, в том числе четыре государственных университета в Улан-Баторе и в сельской местности. Социальные работники, окончившие эти университеты, работают в основном в агентствах по защите семьи и детей, школах, агентствах социального обеспечения, организациях здравоохранения и исполнительных органах по судебным решениям.

Поскольку профессия социальной работы была новой в Монголии, вначале не хватало учебных материалов, и преподаватели искали возможности улучшить свои знания и опыт. Программы летних школ, которые проводятся ежегодно с 2002 г. при финансовой поддержке Института «Открытое общество», играли важную роль в создании потенциала преподавателей и практикующих специалистов вплоть до 2006 г. (Oyut-Erdene, 2009). Помимо развития педагогики социальной работы ключевым достижением программы летней школы стал ее вклад в создание общей основы для образования в области социальной работы по всей Монголии.

В период с 2004 г. по 2008 г. Ассоциация преподавателей и инструкторов по социальной работе в Монголии совместно с Центром социального развития реализовали проект под названием «Поддержка образования в области социальной работы», который финансировался Институтом «Открытое общество». В рамках этого проекта был разработан и апробирован в университетах основной учебный план программы социальной работы. В

результате Монгольский стандарт программы социальной работы для студентов (MNS 5323-94: 2009) был одобрен Агентством по стандартизации и метрологии Монголии в 2009 году, и до сих пор монгольские университеты следуют этому стандарту при выполнении своей программы социальной работы. Этот стандарт включает основные компетенции социальных работников, а также общие требования к содержанию учебной программы. Согласно этому стандарту, общие и профессиональные базовые курсы одинаковы во всех университетах, однако специализированные курсы могут быть разными в разных университетах в зависимости от особенностей их программ.

Международная практика показывает, что социальные работники здравоохранения участвуют в системе первичной медико-санитарной помощи по предотвращению заболеваний, изменению образа жизни и обеспечивают санитарное просвещение путем мобилизации, организации и защиты населения. При оказании неотложной помощи социальные работники предоставляют профессиональные услуги, поддерживая пациентов и их семьи в принятии решений, участвуя в планировании выписки и работая в многопрофильной/междисциплинарной команде для обеспечения непрерывности медицинской и иной помощи.

Неинфекционные заболевания, несчастные случаи и травмы являются основными причинами смертности в Монголии за последние десятилетия, поэтому в 2003 году в Школе общественного здравоохранения Монгольского национального университета медицинских наук была запущена программа бакалавриата по медицинской социальной работе, чтобы удовлетворить потребности в профессионалах по социальной работе в системе здравоохранения и для решения психосоциальных проблем, связанных со здоровьем. Программа бакалавриата по медицинской социальной работе рассчитана на 4 года и включает 132 кредитных единицы. 24% от общего числа кредитов составляют общие базовые курсы, 23% - профессиональные базовые курсы, включая макро-, микропрактикум и теоретические курсы. Специализированные курсы, на которые приходится 42,4% от общего количества кредитов, включают, помимо прочего, следующие курсы: социальная работа в области здравоохранения, социальная работа в больницах, психическое здоровье, основы геронтологии и гериатрии, практика социальной работы при ВИЧ / СПИДе и туберкулёзе, паллиативная помощь, профилактика неинфекционных заболеваний, реабилитация по месту жительства.

Полевое обучение является неотъемлемой частью программы медицинской социальной работы, и наша программа бакалавриата

насчитывает 480 часов полевой практики, что составляет 10,6% от общего количества кредитных единиц. Студенты, обучающиеся по нашей программе, прошли 3 вида полевой практики в организациях здравоохранения первичного, вторичного и третичного звена, а также в агентствах социальной помощи. Помимо полевой практики наши студенты защищают дипломную работу на степень бакалавра, которая включает исследовательский проект по следующим общим темам: психосоциальные проблемы, связанные со здоровьем пациентов, роль социальных работников в практике здравоохранения и социальной работы в больницах, психосоциальные проблемы, связанные с возрастом, среди различных групп населения. (пожилые люди, подростки и молодежь и т. д.), многопрофильная команда и другие темы, связанные с практическим применением социальной работы.

Кафедра медицинской социальной работы в Школе общественного здравоохранения регулярно проводит внутреннюю оценку программы и самоанализ. В 2008 и 2016 годах мы провели значительное обновление нашей программы бакалавриата. Первая самооценка была проведена в 2015 году и в следующем году в программу бакалавриата были внесены поправки.

Основные компетенции, которые включают комплексные минимальные требования в отношении знаний, навыков и отношения к выпускникам, были разработаны для измененной программы бакалавриата в 2016 году. В соответствии с этими ключевыми компетенциями выпускники программы медико-социальной работы могут работать в качестве кураторов, исследователей, преподавателей, правозащитников, поэтому каждый курс призван внести свой вклад в приобретение знаний и навыков, связанных с этими ключевыми компетенциями. В дополнение к нашей программе бакалавриата, также были разработаны курсы повышения квалификации, основанные на оценке потребностей наших выпускников.

Наши факультеты социальной работы имеют магистров в области социальной работы и общественного здравоохранения, получивших степени в зарубежных университетах, и некоторые из них участвовали в программе повышения квалификации преподавателей, специализируясь на разработке учебных программ и преподавании в университетах США в течение 1-3 лет. На сегодняшний день 270 медицинских социальных работников окончили этот университет, и 80 процентов из них работают на первичном, вторичном и третичном уровнях здравоохранения.

Хотя социальные работники начали работать в секторе здравоохранения с 2007 года, общая должностная инструкция для медицинских социальных работников была утверждена министром здравоохранения в 2018 году после длительных информационно-пропагандистских усилий.

В настоящее время кафедра разрабатывает модель карьерного роста в секторе медицинской социальной работы, чтобы обеспечить согласованность программ бакалавриата, магистратуры и профессионального развития, успешное трудоустройство наших выпускников и повысить удовлетворенность работой социальных работников здравоохранения. Эта модель карьерного роста дифференцировала роли и обязанности социальных работников в сфере общественного здравоохранения и больничного обслуживания.

В ближайшие годы мы будем стремиться улучшать наши образовательные программы, чтобы они соответствовали международным стандартам, расширяя наше международное сотрудничество для проведения совместных исследований и обучения, развивая научно-обоснованную практику в системе здравоохранения для оказания помощи, ориентированной на пациента, таким образом становясь ведущим институтом по содействию устойчивому развитию практики социальной работы в сфере здравоохранения Монголии.

Список литературы

1. Oyut-Erdene, N., Sugarmaa, M. Burnette D. Professional social work education in Mongolia: Achievements, lessons learned and future directions. International Journal of Social work education. – 2010. – Vol 29 (8). – 882-895. *URL:* https://doi.org/10.1080/02615479.2010.517017

2. Sugarmaa M., Ariunsanaa B. Self-evaluation on undergraduate program of health social work. Social work. – 2015. – № 8. – 16-22.

3. Mongolian Agency for Standardization and Metrology. Mongolian Standard on Undergraduate Social Work Program (MNS 5323-94:2009), Ulaanbaatar. 2009.

УДК 61:378 + 74.580
ББК 74.580

Оськин Д.Н., Крестьянинова О.А.

АТЛАС МЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИЙ КАК РЕСУРС МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ И ИНКЛЮЗИВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань

В статье обосновывается целесообразность применения Атласа медицинских профессий в функционирующих на данный момент системах профессиональной ориентации в инклюзивном высшем медицинском образовании.

Ключевые слова: атлас медицинских профессий, инклюзивное медицинское образование, непрерывное медицинское образование.

Oskin D.N., Krestyaninova O.A.

THE ATLAS OF MEDICAL PROFESSIONS AS A RESOURCE FOR MEDICAL-SOCIAL WORK AND INCLUSIVE MEDICAL EDUCATION

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «I.P. Pavlov Ryazan State University of Medicine» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Ryazan, Russia

The article substantiates the expediency of using the Atlas of medical professions in the currently functioning systems of vocational guidance in inclusive higher medical education.

Key words: atlas of medical professions, inclusive medical education, continuing medical education.

Медико-социальная работа как профессиональная деятельность является интеграцией ресурсов здравоохранения и социальной защиты населения, и цель ее состоит в достижении максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц, неблагополучных по медицинским и/или социальным показателям.

Немного статистики: по данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, в 2019 году был достигнут исторический максимум продолжительности жизни – почти 73,4 года [1]; по данным портала «Федеральный реестр инвалидов» [2] в России на сегодняшний момент насчитывается 11,96 млн человек с инвалидностью. Официальные показатели говорят, что с 2012 по 2020 годы количество инвалидов в России уменьшилось.

Что стоит за этими показателями?

Они указывают на то, что доля пожилых людей и лиц с инвалидностью в структуре населения продолжает расти. Старение населения и рост распространенности хронических заболеваний, в том числе на фоне роста продолжительности жизни, влечет за собой и увеличение времени, проживаемого с хроническими заболеваниями, а следовательно – с

ограничениями жизнедеятельности, вызванными хроническими заболеваниями или инвалидностью.

Особенности образа жизни лиц, имеющих хронические заболевания или инвалидность, и имеющиеся социально-экономические проблемы выдвигают новые требования к оказанию им всех видов помощи, а также к созданию специальных условий при получении ими услуг. Российская Федерация уже идёт по пути адаптации социальных институтов к новой демографической ситуации, проводя социально-ориентированную политику.

Во многом улучшения в этой сфере стали следствием ратификации Конвенции о правах инвалидов и Факультативного протокола, которые знаменуют начало новой эпохи защиты и обеспечения прав человека и основных свобод, а также закрепляют переход от медицинской к социальной модели понимания инвалидности: в соответствии с новым подходом лица с инвалидностью рассматриваются как субъекты своей собственной жизнедеятельности, а не только как объект заботы общества.

Современный этап научно-технического развития, включающий в себя реалии социально-экономического, политического, культурологического планов, подразумевает качественно иной подход к организации предоставления основных услуг населению. Медицинские и образовательные услуги – это, по сути, целостные непрерывные системы, связанные в своей основе с обретением физического, психологического, социального благополучия и самореализации личности. Если для качественного предоставления медицинской помощи нужен грамотный профессионал, то для подготовки такого профессионала необходимо качественное непрерывное образование, включающее в себя комплекс мероприятий, в основе которых лежит грамотная профессиональная ориентация. Особенную важность профессиональная ориентация приобретает в контексте работы с лицами с инвалидностью.

Медицинское образование непрерывно по определению. Его непрерывность, или даже «пожизненность», проходит через интересы, потребности, стремления личности и, безусловно, её ценности. Школьный этап выбора карьеры как основание карьерного вектора сводится к осознанию абитуриентом, в том числе с инвалидностью, механизма получения медицинского образования, проведения процедур профессионального отбора и построения образа будущего рабочего места. Гладкость прохождения этого этапа зависит от большого количества факторов: от наличия или отсутствия особых личностных черт до наличия или отсутствия заболеваний или физических и психологических особенностей школьника или абитуриента.

Специалисты отраслевого Ресурсного учебно-методического центра по обучению инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (далее – РУМЦ) в своей деятельности исходят из того, что успешная социализация, развитие профессиональных навыков полностью зависят от грамотно организованной профориентационной работы, особенно в сфере медицинского образования. И это не просто знакомство с профессией в рамках проведения событийных профориентационных мероприятий, а полное погружение (не только развлекательного характера) в профессию с целью осознания механизма получения медицинского образования и образа будущего рабочего места.

Атлас медицинских профессий, доступных для овладения лицами с особыми образовательными потребностями с учётом нарушенных функций организма и дающих наибольшую возможность быть востребованными на современном рынке труда (далее – Атлас), разработан коллективом авторов РУМЦ для школьников, абитуриентов, их родителей (законных представителей), учителей, специалистов по профориентации, специалистов приемных комиссий средних профессиональных и высших учебных заведений, и имеет своей целью методическое обеспечение образовательных организаций в сфере развития непрерывной профориентации и повышения качества профориентационной работы с лицами с инвалидностью, что, в свою очередь, будет содействовать развитию профессиональной направленности личности, повышению качества подготовки выпускников и их дальнейшего профессионального развития, то есть является практическим инструментом профориентационной работы.

Ценность данной разработки состоит в том, что критические профессиональные навыки и умения, которые будут нужны в будущем при работе по квалификации, вынесены на первый план, что в соотнесении с таблицей квалификаций и нарушенных функций организма даёт чёткую картину возможности получения образования по выбранному профилю подготовки. Возможность здесь – это ни в коем случае не «выдача разрешения», это взвешенный подход к получению образования с учетом актуальных и потенциальных возможностей, которые может проявить лицо с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья в процессе обучения.

Практическая значимость Атласа для абитуриентов, их родителей (законных представителей), специалистов приёмных комиссий и иных специалистов раскрывается в его содержании: помимо теоретико-методологической составляющей проведения профориентационной работы, Атлас содержит перечни нарушений функций организма (соотносится с

классификацией основных видов стойких расстройств функций организма человека и степени их выраженности) и квалификаций (соотносится с перечнем специальностей (направлений подготовки) среднего профессионального и высшего образования).

К достоинствам Атласа следует отнести и то, что он может служить и методическим обеспечением, и дополнительным материалом профориентационной работы, а также может быть использован в практике преподавания и содействия в трудоустройстве в средних профессиональных и высших учебных заведениях.

Атлас согласован специалистами Всероссийского общества инвалидов, Всероссийского общества глухих, Санкт-Петербургского института усовершенствования врачей-экспертов, а также учреждениями медико-психолого-педагогической и социальной помощи, рекомендован к использованию Министерством здравоохранения Российской Федерации, распространён в образовательные организации высшего образования с целью включения в системы отраслевой профориентации не только на этапе довузовской подготовки, но и на вузовском этапе, и на этапе дополнительного профессионального образования обучающихся с инвалидностью.

Список литературы

1. Данные пресс-службы Министерства здравоохранения Российской Федерации // Министерство здравоохранения Российской Федерации [официальный сайт:]. – Режим доступа: https://minzdrav.gov.ru/news (дата обращения: 21.04.2020).
2. Федеральная государственная информационная система «Федеральный реестр инвалидов» [официальный сайт:]. – Режим доступа: https://sfri.ru/analitika/chislennost (дата обращения: 05.02.2021).

УДК 614.2
ББК 51.1

Пихлак А.Э.

РЕАЛИЗАЦИЯ ЗАДАЧ «ТРЕТЬЕЙ МИССИИ» В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ (СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ)

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

Развитие образования и науки является важнейшей составляющей государственной политики. Трансформация университетов и реализация «третьей миссии» будет способствовать выполнению многих задач, связанных с национальными интересами страны и социальными запросами общества.

Ключевые слова: третья миссия университета, образование, социальная сфера.

Pikhak A.E.

IMPLEMENTATION OF THE TASKS OF THE “THIRD MISSION” AT THE MEDICAL UNIVERSITY (OWN EXPERIENCE)

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

The development of education and science is the most important component of State policy. The transformation of universities and the realization of the "third mission" will contribute to the implementation of many tasks related to the national interests of the country and the social needs of society

Key words: University's Third Mission, education, social sphere.

Роль и значимость взаимодействия университетов с обществом на современном этапе широко обсуждается. Со второй половины XX века университеты вышли за привычные границы двух классических «миссий» – образовательной и научной ввиду расширения роли и участия университетов в развитии общества и региона. Этот процесс нашел свое отражение в появлении концепции «третьей миссии университета», что ведет к изменениям в понимании сути деятельности университетов и определению их нового места в социуме.

Термин появился в образовательных сообществах США и Европы в 90-х годах прошлого века, однако взгляды на то, что именно составляет «третью миссию», различны. Так, Marko Marhl и Atilla Pausist, разрабатывая вопрос методологии оценки «третьей миссии» университетов, предлагают понимать под ней «совокупность специфических услуг, основанных на действиях и возможностях, служащих для блага общества». Они рассматривают три

основополагающих компонента: социальный, предпринимательский и инновационный [6].

Cheryl Conway с соавт. выделяют в деятельности университета четыре направления. «Engaged Research» – исследовательские проекты, подразумевающие активное участие в жизни страны, в построении общества знаний, а также исследования, осуществляемые по заказу некоммерческих организаций. «Knowledge Sharing» – совместное (коллективное) использование знаний – охватывает консультирование, трансфер знаний через консультации студентов, общественно финансируемые проекты для обмена знаниями, поддержку общественного диалога и работу со СМИ. Участие в третьей группе («Services») предполагает доступность университетских сервисов, оказание экспертных услуг, работу на пользу региона. В четвертой группе («Teaching») в качестве сфер деятельности рассматривается проведение общественных лекций, семинаров, повышение квалификации, а также продолженное обучение и обучение в течение всей жизни [8].

В литературе «третья миссия» также рассматривается как стратегия, основанная на действиях в таких направлениях, как реализация концепции непрерывного образования; экспертные, стратегические исследования в области науки, технологий и инноваций; участие в составлении долгосрочных программ, вовлеченность в работу комитетов по разработке стандартов, стратегии безопасности [1, 5].

Несмотря на то, что единого определения этой миссии нет, все вышеописанные элементы позволяют выявлять принадлежность вуза к «третьей миссии», которая к настоящему времени приобрела важное значение и уже является признанным критерием оценки деятельности университетов. Отдельные показатели «третьей миссии» включены в международные рейтинги: U-multirank, Times Higher Education Impact Rankings, QS и др. [4].

В отечественной литературе «третья миссия» стала активно обсуждаться последние десятилетия, и интерес к этой тематике в России стремительно нарастает.

В 2019 году к 30-летнему юбилею Евразийской ассоциации университетов издана коллективная монография «Три миссии университета: образование, наука, общество», в которой подробно разбираются вопросы деятельности университетов по реализации «третьей миссии» в современных условиях. Так, по мнению ректора Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова В.А. Садовничего, прямым «сигналом» значимости «третьей миссии» в деятельности российских университетов можно считать растущий авторитет Московского международного рейтинга «Три миссии университета», развивающегося с 2016 года и оценивающего все

три ключевые миссии университетов [7]. Ректор Сеченовского университета П.В. Глыбочко в статье «Международное развитие-вектор трансформации» в рамках развития трех миссий сделал акцент на мультидисциплинарное образование и партнерское взаимодействие в международном сотрудничестве [3].

Высшая школа экономики обосновала и уже ввела «третью миссию» в практику своей работы, выпустив подробный отчет за 2019-2020 годы, в который вошли более чем 100 проектов, где университет выступает инициатором или партнером. Был представлен весь спектр университетских проектов, относящихся к «третьей миссии»: социальные проекты, университетское партнерство, трансфер знаний и развитие системы образования, трансфер технологий и инноваций, а также проекты для регионального развития. По мнению ректора Я.И. Кузьминова: «Через реализацию третьей миссии Высшая школа экономики фиксирует свою роль как ответственного университета. Для нас третья миссия — это весь спектр университетской деятельности, обладающей потенциалом полезности для общества, конкретных территорий и отраслей, регионов, в которых расположены наши кампусы, и перед каждым, кто с нами взаимодействует».

Медицинские университеты давно ведут работу в направлении «третьей миссии», реализуя свою внеучебную социальную деятельность и фокусируя внимание прежде всего на вопросах медицинской и социальной вовлеченности в развитие региона. И пандемия коронавирусной инфекции является очередным и очевидным тому примером.

Здесь уместным представляется определение социальной ответственности, данное российскими учеными Н.Н. Богдан и Т.В. Климовой: «…добровольно взятые на себя организацией обязательства вносить вклад в развитие общества в социальной, экономической и экологической сферах, связанные напрямую с основной деятельностью и выходящие за рамки определенного законодательством минимума» [2].

В МГМСУ им. А.И. Евдокимова социальная направленность деятельности заложена в саму структуру, где наряду с медицинскими факультетами функционируют факультеты клинической психологии и социальной работы. Однако достижения университета в этом направлении во многом базируются на конкретных результатах работы отдельных структурных подразделений.

Ревматология, как специальность, изучающая патологию соединительной ткани, обладает определенными отличительными особенностями. Это высокий уровень междисциплинарного взаимодействия и высокая значимость медико-социальной реабилитации для достижения

стойкого клинического эффекта и повышения качества жизни пациентов. Поэтому в контексте «третьей миссии» важное значение отводится социальной составляющей, системно реализуемой кафедрой ревматологии и медико-социальной реабилитации на протяжении 20 лет с опорой на научную методологию. Социальные программы и проекты, проводимые кафедрой, сформировали стабильную среду, в которой общество и университет регулярно взаимодействуют, выстраивая долгосрочные стратегии развития. Сотрудничество с Департаментом труда и социальной защиты населения города Москвы, Московским Домом ветеранов войн и Вооруженных Сил на базе Социально-реабилитационного центра ветеранов войн и Вооруженных Сил способствовало созданию программ «Медико-социальная реабилитация пациентов с костно-суставной патологией» и «Качество жизни пожилого москвича». Эти программы демонстрируют важность социального партнерства и того, как наука и образование соотносятся с реальными процессами в социальной сфере столицы.

Дополняет деятельность кафедры в рамках «третьей миссии» разработка и внедрение инновационных подходов в систему непрерывного образования. Так, работа Школ «Практического врача» и «Старшей медсестры» для дополнительного профессионального образования медицинских работников стационарных учреждений Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы показала свою эффективность и востребованность.

Кафедра включена и в процесс международного сотрудничества, положительный эффект которого выражается в расширении взаимодействия между учеными и преподавателями различных стран. Проведенные научно-практические мероприятия: «Международная Школа-конференция в рамках Форума университетской науки» (2014), «Московский международный Форум по костно-суставной патологии» (2016), семинар по активному долголетию в рамках российско-японского Симпозиума, Форум в Токио в рамках перекрестного года России и Японии (2018) являются существенными составляющими «третьей миссии» – трансфером знаний в общество.

Признание и общественная поддержка «третьей миссии» будет способствовать дальнейшему развитию этого важного социального направления в работе университета.

Список литературы

1. Балмасова Т.А. «Третья миссия» университета – новый вектор развития? // Высшее образование в России. – 2016. – № 8+9 (204). – С. 48–55.
2. Богдан Н.Н., Климова Т.В. Социальная политика и социальная ответственность организаций. Новосибирск: Изд-во СибАГС, – 2014. – С. 36.

3. Глыбочко П. В. Международное развитие – вектор трансформации // Три миссии университета: образование, наука, общество / Ред. кол.: В.А. Садовничий и др. – М.: МАКС Пресс, 2019. – 440 с. – (Евразийские университеты XXI века). С. 84-85.
4. Кудряшова Е.В., Сорокин С.Э. «Третья миссия» в программах развития российских университетов (на примере вузов Северо-Западного федерального округа) // Знание. Понимание. Умение. – 2019. – № 4. [Электронный документ] – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/tretya-missiya-v-programmah- razvitiya-rossiyskih-universitetov-na-primere-vuzov-severo-zapadnogo-federalnogo-okruga.
5. Кудряшова Е.В., Сорокин С.Э. Проблемы реализации «третьей миссии» в условиях трансформирующейся роли университетов // Профессиональное образование в современном мире. – 2019. – Т. 9. – № 3. – С. 2958–2966.
6. Мархл М., Паусист А. Методология оценки третьей миссии университетов // Непрерывное образование: XXI век. – 2013. – Вып. 1. – С. 1–13.
7. Садовничий В.А. Евразийская миссия университетов // Три миссии университета: образование, наука, общество / Ред. кол.: В.А. Садовничий и др. – М.: МАКС Пресс, 2019. – 440 с. – (Евразийские университеты XXI века). – С. 18-19.
8. Conway C., Humphrey L., Benneworth P., Charles D., Younger P. Characterising modes of university engagement with wider society: A literature review and survey of best practice // Newcastle upon Tyne, 2009. 123 p.

УДК 364.042
ББК 60.953

Потуткова С.А., Разина А.О.

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ ПО ФОРМИРОВАНИЮ КОМПЕТЕНЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Государственное автономное учреждение города Москвы «Институт дополнительного профессионального образования работников социальной сферы» Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы

В статье представлен опыт реализации программ повышения квалификации социальных работников по формированию компетенций, связанных с оказанием социально-медицинских услуг, в *Институте*

дополнительного профессионального образования работников социальной сферы квалификации ДТСЗН г. Москва.

Ключевые слова: программа повышения квалификации, социально-медицинские услуги, стандарты предоставления социальных услуг на дому, практические социально-медицинские навыки.

Potutkova S.A., Razina A.O.

EXPERIENCE IN THE IMPLEMENTATION OF TRAINING AND DEVELOPMENT OF SOCIAL WORKERS IN SOCIAL AND MEDICAL SERVICES ON THE EXAMPLE OF THE PROGRAMS OF THE ADVANCED QUALIFICATION OF THE IDPO DTSZN, MOSCOW

State autonomous institution of the city of Moscow "Institute of Continuing Professional Education of Workers social sphere» Department of Labour and Social Protection of Moscow, Moscow, Russia

The article presents the experience of the implementation of training and development of social workers in social and medical services on the example of three advanced training programs IDPO DTSZN Moscow.

Key words: advanced training program, social and medical services, standards for the provision of social services at home, practical social and medical skills

Практика реализации национального проекта «Демография», где одним из направлений является долговременный уход, потребовала изменений в обслуживании пожилых людей, численность которых увеличивается по причине более длительной продолжительности жизни.

Департамент труда и социальной защиты населения г. Москвы разработал новый подход в определении нуждаемости граждан. Принцип заключается в компенсации дефицита самообслуживания с целью сохранения достойного качества жизни пожилых людей. После анализа результатов исследования в нуждаемости граждан был определен перечень социальных услуг, оказываемый в надомном обслуживании, состоящий из социально-бытовых и социально-медицинских услуг.

В соответствии с необходимостью реализации поставленной цели: достичь высокого качества обслуживания, были введены стандарты социального обслуживания на дому. Они включают описание, условия, объем, порядок, показатели качества обслуживания, и оценку результатов

предоставления социальной услуги. Стандарты предполагают оказание услуг одного уровня вне зависимости от места обслуживания и того, кто обслуживает [2].

Обеспечить высокий уровень обслуживания должны сотрудники, в том числе, социальные работники, имеющие знания и практические навыки оказания социальных услуг на основе современной концепции долговременного ухода. В рамках реализации стратегии по внедрению технологий долговременного ухода была поставлена задача повышения компетенций сотрудников в области долговременного ухода, выполнять социально-медицинские услуги в соответствии со стандартами предоставления социальных услуг на дому.

В настоящее время в центре компетенций по развитию и обучению социальных работников Института дополнительного профессионального образования работников социальной сферы ДТСЗН г. Москвы разработана отдельная программа повышения квалификации «Практические социально-медицинские навыки на дому» в объеме 36 часов. Программа построена в соответствии с рекомендациями письма Министерства труда и социальной защиты РФ от 23 апреля 2018 г. [1].

Цель обучения состоит в том, чтобы сформировать у социальных работников навыки достижения максимальных показателей качества при оказании социально-медицинской услуги в соответствии с технологией стандарта оказания услуги. К показателям качества относятся: полнота оказания услуги, соблюдение времени на оказание услуги, удовлетворение получателя качеством оказанной услуги, предоставление необходимых разъяснений при оказании социальной услуги. Делается также акцент на результаты предоставления услуги: материальной и нематериальной (степень повышения психоэмоционального состояния).

Обучение проходит в симуляционной комнате, где имеется техническое оснащение для изучения каждой темы. Комната оборудована специальными кроватями, тренажерами, вспомогательными средствами для перемещения. Активно используются для перемещения скользящие простыни, доски, пояса, диски, ходунки, подъемники, гериатрические кресла, и др. В комнате для занятий есть также средства для проведения гигиенических процедур: надувная ванночка для мытья головы в постели, различные современные средства ухода за тяжелобольным человеком и пр.

Базовым методом в обучении является формат навыкового тренинга. Однако, практика показала, что в самом начале обучения необходим тренинг личностно-профессионального развития, где социальные работники много рефлексируют, осознают необходимость и сложность новых требований. В

такой работе активно используется обмен опытом, ролевые игры, кейс-метод, симуляции.

Социальные работники имеют возможность увидеть видеоролики с демонстрацией и комментариями по оказанию услуги при дополнительном изучении тем. Институт на платформе «Лекториум» подготовил он-лайн курс «Домашний уход за малоподвижным человеком». Социальным работникам рекомендованы источники для самостоятельного изучения тем в он-лайн формате.

С целью контроля эффективности программы по повышению квалификации перед обучением проходит входное тестирование, после обучения итоговая аттестация.

Существуют две программы повышения квалификации, включающие обучение практическим социально-медицинским навыкам как самостоятельный модуль. Это программы повышения квалификации в объеме 72 часов «Тренинг тренеров по обучению специалистов в практике долговременного ухода» и «Профессиональное мастерство социального работника». Каждая из этих программ имеет свои особенности.

Программа «Профессиональное мастерство социального работника» направлена на обучение выполнения социально-медицинских услуг и социально-бытовых услуг.

Курс повышения квалификации «Тренинг тренеров для обучения практиков долговременного ухода» возник в ответ на запрос быстрого обучения социальных работников, поскольку в Москве их более шести тысяч. Социальные работники, имеющие высшее педагогическое образование, были приглашены на добровольной основе для обучения в целевую группу. Цель повышения квалификации – научить социальных работников помогать своим коллегам на рабочих местах осваивать оказание услуг по новым стандартам.

В ходе обучения они были мотивированы, понимали свою функцию донесения основных принципов долговременного ухода, активно осваивали роли наставников, консультантов, тренеров. Данная программа повышения квалификации включает, кроме формирования навыков социально-медицинских услуг, тренинги самопрезентации, ораторского искусства, педагогических навыков и посттренинговое сопровождение в форме методической помощи со стороны преподавателей центра компетенций по развитию и обучению социальных работников, консультаций, общих встреч, обмена опытом после проведения занятий на местах.

Формат сопровождения позволяет видеть развитие социальных работников в качестве тренеров. Для развития обучающихся используются

поддерживающие техники в ходе обучения, такие как саморефлексия, обратная связь от коллег, супервизия от ведущего, привлечение экспертов.

Каждому из обучающихся рекомендовано пройти полный цикл программ повышения квалификации: «Эффективное общение социального работника», «Особенности работы с пожилыми людьми», «Когнитивные нарушения у людей пожилого и старческого возраста», «Качество услуг в надомной форме обслуживания».

Таким образом, получив системные знания и навыки, социальный работник становится современным востребованным профессионалом в условиях внедрения стандартов обслуживания на дому, оказывая социально-бытовые и социально-медицинские услуги на высоком профессиональном уровне обслуживания.

Список литературы

1. Письмо Министерства труда и социальной защиты РФ от 23 апреля 2018 г. № 12-3/10/П-2728 «Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере социальной защиты населения и министерства здравоохранения».
2. Долговременный уход: сущность, организация, технологии и средства реализации: учебно-методическое пособие / Под ред. Е.И. Холостовой, Л.И. Кононовой. – М.: Дашков и К, 2019. – 265 с.

УДК 364.042
ББК 60.953

Разина А.О.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОГРАММ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ В УСЛОВИЯХ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА

Государственное автономное учреждение города Москвы «Институт дополнительного профессионального образования работников социальной сферы» Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы

В статье представлена концепция разработки программ повышения квалификации для специалистов, работающих в системе социальной защиты населения города Москвы, на основе ключевых нормативно-правовых документов, результатов обратной связи и профиля компетенций специалиста.

Ключевые слова: подготовка специалистов надомного обслуживания; долговременный уход; профессиональный социальный работник;

образовательная программа; повышение квалификации; практические социально-медицинские навыки; практические социально-бытовые навыки; профиль компетенций социального работника.

Razina A.O.

FEATURES OF THE FORMATION ADVANCED TRAINING PROGRAMS OF SOCIAL WORKERS IN THE CONTEXT OF IMPLEMENTATION LONG -TERM CARE SYSTEM

State autonomous establishment «Institute of Further Vocational Training Programme for Social Workers» Department of Labour and Social Protection of Moscow, Moscow, Russia

The article presents the concept of developing advanced training programs for specialists, working in the system of social protection of the population of Moscow, based on key legal normative documents, feedback results and profile competence of specialist.

Key words: training home service specialists; long-term care; professional social worker; educational programme; further training; practical social and medical skills; practical social and household skills; profile competence of social worker.

С 1 января 2020 года на территории Москвы реализуется система долговременного ухода, в рамках которой происходят существенные изменения в организации работы социальной помощи населению как в стационарной, так и в надомной формах обслуживания.

Внедрение системы долговременного ухода требует от системы социальной защиты населения г. Москвы оперативных комплексных мер для решения поставленных задач. Главными результатами общей деятельности становятся индивидуализация программы сопровождения человека с ограниченной функциональностью, поддержание максимально возможного качества жизни при сохранении автономности и независимости. Институт дополнительного профессионального образования работников социальной сферы ДТСЗН (ИДПО ДТСЗН) оказывает образовательную и методическую поддержку специалистам отрасли в рамках реализации государственного задания, а также развивает Школу родственного ухода.

Ключевые аспекты подготовки специалистов заключаются в принятии нового подхода в оценке индивидуальной нуждаемости граждан по итогам функциональной диагностики (типизации граждан), следовании главным

принципам системы долговременного ухода и соответствия показателем качества. В настоящее время ведется масштабная функциональная диагностика населения для определения реального уровня нуждаемости граждан и потребности в социальной помощи.

По результатам типизации определяется форма социального обслуживания: стационарная или надомная, далее формируется индивидуальная программа предоставления социальных услуг. При этом получатели социальных услуг могут поступать на обслуживание как в государственную систему социальной защиты, так и к негосударственным поставщикам социальных услуг.

Для формирования образовательных программ повышения квалификации специалистов, работающих в системе долговременного ухода, в том числе социальных работников, использованы результаты оценки Центра кадровой диагностики ДТСЗН, которые демонстрируют уровень развития личностных и профессиональных качеств социальных работников. Центром кадровой диагностики летом 2020 года было проведено масштабное исследование знаний, умений, качеств, способностей, компетенций, образования, опыта, возможных ключевых показателей эффективности, которые оказывают наибольшее влияние на качественное выполнение работы.

Для исследования привлекли 118 человек, среди которых были лучшие представители профессии, эффективные руководители, а также получатели социальных услуг. Сбор информации осуществлялся с помощью онлайн опроса и интервью с социальными работниками, заведующими отделениями. С директорами территориальных центров социального обслуживания, заместителями директоров и заведующими филиалами провели фокус-группу. Получатели социальных услуг поделились своим мнением о том, каким они себе представляют идеального социального работника в индивидуальной беседе.

В результате проделанной работы составлена модель, которая состоит из 7 компетенций и описывает поведение социального работника в сочетании со знаниями и умениями, позволяющее быть успешным на данной позиции в данной сфере деятельности. К рекомендованным компетенциям относятся: персональная эффективность, эффективная коммуникация, следование правилам и этическим нормам поведения, адаптивность, клиентоориентированность, своевременное принятие взвешенных решений и работа с информацией.

С октября по декабрь 2020 года была проведена серия вебинаров по теме «Социальное обслуживание на дому. Новые стандарты» в рамках методической поддержки социальных работников г. Москвы. На онлайн

сессиях присутствовали социальные работники (5845 человек), заведующие отделениями социального обслуживания на дому (232 человека), заведующие филиалами (21 человек). Средний возраст социальных работников составил 50 лет, 63% опрошенных социальных работников работают в должности более 10 лет, 21% - от 5 до 10 лет, 13% - от 1 до 5 лет и 3% работают менее 1 года.

Выявлено, что 51% социальных работников испытывают трудности при перестройке на новые стандарты обслуживания на дому. 43% социальных работников обслуживают от 16 до 20 человек, 23% обслуживают от 21 до 25 человек, 19% - от 10 до 15 человек. При этом четверть опрошенных считают большое количество получателей социальных услуг обстоятельством, существенно затрудняющим работу. Важно отметить, что многие специалисты не учитывают, что расчет нагрузки социального работника производится в соответствии с нормой времени, отведенной на оказание услуг, а не количеством подопечных. Также отмечают большое количество бумажной работы и трудности в коммуникации с получателями социальных услуг.

Большинство опрошенных указали «Доставку продуктов», как наиболее частую услугу, которую они оказывают. Не менее 80% испытывают трудности при организации доставки продуктов питания и товаров первой необходимости получателям социальных услуг с использованием дистанционных сервисов, при этом 61% считают услугу по обеспечению продуктами питания своих подопечных самой важной функцией социального работника. Более 92% социальных работников не владеют технологиями оказания практических социально-медицинских услуг, затрудняются в осуществлении таких манипуляций как: проведение гигиенических процедур, смены подгузника, ухода за лицом, ротовой полостью, ногтями и волосами подопечного.

По итогам обратной связи и анкетирования выявлены основные сложности в работе специалистов надомного обслуживания. Главным образом, это связано с недостаточной осведомленностью о предпосылках и принципах системы долговременного ухода, незнанием законодательной базы, недостаточным уровнем знаний и умений при оказании социально-медицинских и социально-бытовых услуг, а также низким уровнем компьютерной грамотности.

Результаты анкетирования и обратной связи от социальных работников были учтены при разработке программ повышения квалификации. Запланировано обучение 2500 человек по программам повышения квалификации:

1. Профессиональное мастерство социального работника.

2. Практические социально-бытовые навыки.
3. Практические социально-медицинские навыки.
4. Эффективное общение социального работника.
5. Качество услуг в надомной форме обслуживания.
6. Особенности работы с пожилыми людьми.
7. Когнитивные нарушения у людей пожилого и старческого возраста.
8. Инструменты и порядок проведения функциональной диагностики потребностей граждан в СДУ.

В процессе обучения и развития социальных работников преобладает практиоориентированный подход, с разбором ситуационных задач, проигрыванием ситуаций из повседневной практики специалистов, работающих в системе долговременного ухода, и использованием передового симуляционного оборудования. Для повышения эффективности обучения оборудованы две симуляционные комнаты с реалистичными манекенами для отработки практических навыков ухода и различных манипуляций.

Отдельного внимания заслуживает формирование навыков по перемещению маломобильных получателей социальных услуг, использованию технических средств реабилитации и знание принципов организации безопасного пространства. При формировании групп слушателей для прохождения обучения рекомендовано учитывать опыт работы специалиста в системе социальной защиты населения и стаж работы в должности.

Таким образом образовательные программы ИДПО ДТСЗН сформированы на основании основных нормативно-правовых документов, результатов разработки профиля компетенций социального работника и результатов обратной связи и анкетирования социальных работников.

Список литературы

1. Приказ ДТСЗН города Москвы от 31.12.2019 № 1459 «Об особенностях предоставления социального обслуживания в городе Москве с 1 января 2020 г.».
2. Приказ ДТСЗН г. Москвы от 30.12.2020 № 1589 «О внесении изменений в приказы Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы и признании утратившими силу отдельных положений приказа Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы от 31 декабря 2019 г. № 1459».
3. Приказ Минтруда России от 29.09.2020 № 667 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2021 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе».

УДК 364.4
ББК 60.94

Шурыгина Ю.Ю.

ПОДГОТОВКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ ДЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления», г. Улан-Удэ

В статье представлены материалы о подготовке социальных работников для деятельности в учреждениях здравоохранения Российской Федерации.

Ключевые слова: специалист по социальной работе, учреждение здравоохранения, медико-социальная работа, образовательный стандарт.

Shurygina Yu.Yu.

TRAINING OF PROFESSIONAL SOCIAL WORKERS FOR HEALTH CARE ACTIVITIES

East Siberia State University of Technology and Management, Ulan-Ude, Russia

The article presents materials on the training of social workers for activities in health care institutions of the Russian Federation.

Key words: social work specialist, medical organization, health care institution, medical and social work.

Социальная работа в современной России имеет тридцатилетнюю историю. Она появилась в 1991 году, тогда же началась подготовка профессиональных социальных работников. Параллельно происходил процесс разработки научных, теоретических и практических аспектов оказания населению помощи социального характера.

Было установлено, что значительную часть нуждающихся в оказании социальной помощи составляют инвалиды и больные тяжелыми заболеваниями, а также их ближайшее окружение. Они попадают в так называемый порочный круг, когда состояние их здоровья приводит к потере работы, средств к существованию, семьи и т.д., а это в свою очередь отягчает течение болезни. Формируется трудная жизненная ситуация, из которой

человек не может выйти самостоятельно без посторонней квалифицированной помощи. Прежде всего, указанная категория людей получает медицинскую помощь в учреждениях здравоохранения, однако она не достигает желаемого результата без социальной поддержки.

В 1997 г. А.В. Мартыненко была защищена докторская диссертация «Теоретические и организационно-методические основы медико-социальной работы» [3]. В ней была научно обоснована концепция медико- социальной работы в России, создана ее базовая модель, изучены особенности медико-социального статуса тяжело и длительно болеющих, сформирована модель специалиста по медико-социальной работе, разработано программно-методическое обеспечение подготовки соответствующих кадров.

Благодаря указанной работе, при составлении ГОС ВПО 2000 года для специалистов по социальной работе, стало возможным внести в раздел специальных дисциплин предмет «Содержание и методика социально-медицинской работы». Изучение его началось в разных вузах страны в 2003-2004 годах. Начало преподавания данной дисциплины способствовало подготовке специалистов для их работы непосредственно с больными и инвалидами.

Хотя теоретические аспекты и были разработаны, но учебная методическая база была еще не сформирована. Студентам московских вузов тогда были доступны учебники, выпущенные А.В. Мартыненко «Медико-социальная работа: теория, технология, образование» (1999) и «Теория медико-социальной работы» (2002) и Е.А. Сигидой «Основы социально-медицинской работы» (1998) [2, 4, 5]. Однако в других субъектах Федерации об этом еще даже не знали.

Кроме того, двух медико-ориентированных дисциплин, таких как «Основы социальной медицины» и «Содержание и методика социально-медицинской работы», которые в то время были прописаны в Стандарте, было недостаточно для того, чтобы готовить профессиональные кадры социальных работников для учреждений здравоохранения. Для этого необходимо было разработать и открыть соответствующую «медицинскую» специализацию. Тогда же возникали еще две существенные проблемы: отсутствие кадров для преподавания дисциплин, синтезирующих медицинские и социальные знания, а также нежелание персонала учреждений здравоохранения иметь в своих организациях работников с немедицинской подготовкой, да еще и не имеющих при этом правового статуса, обозначенного в нормативных документах.

Необходимо было одновременно решать указанные проблемы, что и начало постепенно происходить в ряде вузов страны. Специализации

«Медико-социальная работа с населением», «Социальная работа в здравоохранении», «Социально-медицинские технологии работы с населением» открылась в ряде университетов, где на кафедрах и факультетах социальной работы в штате преподавали врачи, осознавшие необходимость подготовки специалистов по социальной работе для системы здравоохранения. Такая специализация и в целом направление подготовки «социальная работа» открывалась и в некоторых медицинских вузах (в Казани, Кирове, Курске, Уфе), руководство которых понимало, что для повышения эффективности деятельности учреждений здравоохранения в новых социально-экономических условиях необходимо привлекать к работе с тяжелыми больными и инвалидами не только врачей и медицинских сестер [1].

Именно открытие «медицинских» специализаций для специалистов по социальной работе можно расценивать как начало подготовки в России профессиональных социальных работников для деятельности в сфере здравоохранения. В 2005 г. специализация «Социально-медицинские технологии работы с населением» была открыта в Восточно-Сибирском государственном университете технологий и управления [9]. Для ее реализации были запланированы и разработаны такие дисциплины, как «Организация ухода за больными», «Теоретические основы социально-медицинской реабилитации различных групп населения», «Практика работы учреждений социализации и интеграции инвалидов в общество», «Основы профилактики инфекционных заболеваний и СПИДа», «Технологии профилактики в психиатрии и наркологии», «Программы планирования семьи и репродукции, охраны материнства и детства». Наряду с этим была подведена научная база – обоснование необходимости подготовки социальных работников для сферы здравоохранения [10].

В 2012 г. со вступлением в силу нового Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273 «Об образовании в Российской Федерации» страна перешла на трехуровневую систему подготовки кадров в вузах, через бакалавров, магистрантов и аспирантов. В 2015 г. появился новый ФГОС ВО магистратуры, а в 2018 г. - бакалавриата по направлению подготовки «социальная работа». Все это внесло существенные коррективы в подготовку социальных работников, в том числе и для сферы здравоохранения.

Такое понятие, как «специализация», ушло в прошлое, а появился «профиль». При этом нет законодательной базы, которая бы предписывала выпускникам определенного профиля учитывать его при трудоустройстве на работу, как например в Монголии. Там все университеты готовят социальных работников по единому образовательному стандарту, который распространяется на общие и базовые дисциплины, однако

специализированные курсы соответствуют профилю вуза. Таким образом, например, Монгольский национальный университет медицинских наук готовит медицинских социальных работников для их последующей деятельности непосредственно в учреждениях здравоохранения [11].

Формирование тех или иных компетенций теперь положено в основу Образовательных программ. При их составлении необходимо учитывать требования:

1) самого образовательного стандарта, представленного компетенциями;

2) профессиональных стандартов, которые разрабатываются по всевозможным профессиям;

3) работодателя, с учетом специфики того или иного региона.

В настоящее время чаще всего вузы, которые готовят социальных работников, применяют универсальные профили подготовки: «Социальная работа с различными группами населения» или «Организация социальной работы в различных сферах жизнедеятельности». При этом соответственно рассматриваются такие группы, как больные и инвалиды, а изучаемой сферой является здравоохранение. До сих пор не разработан еще Профессиональный стандарт социально-медицинского работника. Все это создает сложности для подготовки кадров, предназначенных для какой-то определенной отрасли социальной сферы.

Кроме перемен в системе образования происходят изменения и в самом обществе. Они связаны с постарением населения, значительным ростом болезней психиатрического профиля, включая детей с расстройствами аутистического спектра, увеличением количества инвалидов, в том числе за счет выхаживания детей с критически низкой массой тела и т.д. Разрабатываются новые направления и технологии медико-социальной работы, такие как система долговременного ухода, основой которой является применение труда сиделок, сопровождаемое проживание, к которому можно отнести «социальную деревню» и «умную квартиру» для дементных больных.

Активно развивается государственно-частное партнерство в сфере социальной защиты населения и все больше коммерческих структур входят в реестр поставщиков социальных услуг. Широкое распространение получило раннее вмешательство, то есть система адаптации и социализации для детей раннего возраста с различными отклонениями в развитии. Во всех субъектах Российской Федерации появились хосписные и паллиативные службы, акцент в деятельности которых направлен на медико-социальную и психологическую стороны поддержки больного и членов его семьи.

Кроме того, 2020 год, прошедший в условиях чрезвычайной ситуации - новой коронавирусной инфекции COVID-19, показал необходимость подготовки профессиональных социальных работников для сферы здравоохранения. Во всем мире появились тысячи волонтеров для помощи пожилым, инвалидам и тяжелобольным людям, находящимся на самоизоляции, а также оказания услуг медицинским работникам. Такая помощь не должна носить стихийного характера, она должна осуществляться под руководством и при участии специально обученных социально-медицинских работников. Необходимо готовить социальных работников для осуществления деятельности в условиях режима тотальной изоляции и с соблюдением всех условий противоэпидемического режима.

Учитывая объективную необходимость в деятельности социальных работников в системе здравоохранения в тех вузах, где это возможно, в учебные планы вносятся дисциплины медико-социальной направленности. Продолжается совершенствование научно-теоретической и методической базы дисциплин медико-социального блока [8]. В 2020 году под редакцией А.В. Мартыненко вышел новый учебник и практикум для вузов «Теория и технологии медико-социальной работы» [6].

Кроме того, представляется необходимым рассматривать вопрос не только подготовки, но и переподготовки социальных работников из медицинских организаций. Проведенное нами в Бурятии в 2017 г. исследование показало, что 35% специалистов по социальной работе из учреждений здравоохранения не имеют даже базового образования, 100% из всех – никогда не проходили курсы повышения квалификации [7]. Менять данную ситуацию необходимо не только с проведения обучения и переобучения соответствующих кадров, но и с усовершенствования нормативно-правовой базы их деятельности.

Таким образом, можно констатировать, что в настоящее время в российских вузах ведется подготовка профессиональных социальных работников для сферы здравоохранения.

Этой образовательной деятельности необходимо придать системный характер. Целесообразно рассмотреть вопрос о создании единого научно-методического совета по социальной работе в сфере здравоохранения.

Список литературы

1. Блинков Ю. А. Особенности подготовки специалистов социальной работы в медицинском вузе // Актуальные проблемы социальной работы в России: Материалы научно-практической конференции, посвящённой 15-летию факультета социальной работы КГМУ. – Курск: КГМУ, 2006. – С.10-18.

2. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование. – М.: Наука, 1999. – 240 с.
3. Мартыненко, А.В. Теоретические и организационно-методические основы медико-социальной работы: дис. … докт. мед. наук / А.В. Мартыненко. – М., 1997. – 310 с.
4. Мартыненко А.В. Теория медико-социальной работы: Учебное пособие. – М.: Изд-во МГСА, 2002. – 80 с.
5. Основы социально-медицинской работы: учеб. пособие / Гос. акад. сферы быта и услуг; Акад., д-р мед. наук, проф. Е. А. Сигида и др. – М.: Рарогъ, 1998. – 253 с.
6. Теория и технологии медико-социальной работы: учебник и практикум для вузов / А. В. Мартыненко [и др.]; под редакцией А. В. Мартыненко. – Москва: Издательство Юрайт, 2020. – 339 с.
7. Шурыгина Ю.Ю. Анализ организации деятельности социальных работников в учреждениях здравоохранения Бурятии // Отечественный журнал социальной работы. – 2017. – № 4. – С. 71-76.
8. Шурыгина Ю.Ю. О разработке методического сопровождения учебного процесса для изучения дисциплин социально-медицинского блока // Формирование компетенций в условиях современных потребностей рынка труда: Сборник статей международной науч.-метод. конф. Улан-Удэ: Изд-во ВСГУТУ, 2020. – С. 319-323.
9. Шурыгина Ю.Ю. Организация специализации «Социально-медицинские технологии работы с населением» в ВСГТУ // Социальная работа и сестринское дело в системе здравоохранения и социальной защиты населения: проблемы профессиональной деятельности и перспективы подготовки кадров: Матер. Межрегио-нальной науч.-практ. конф. 22-23 апреля 2008 г. – Екатеринбург, 2008. – С. 121-124.
10. Шурыгина Ю.Ю. Роль инновационных технологий в повышении эффективности организации медико-социальной помощи населению: дис. … докт. мед. наук – Улан-Удэ, 2006. – 260 с.
11. Шурыгина Ю.Ю., Мягмаржав С. Сравнительные аспекты организации социальной работы в медицинских учреждениях России и Монголии // Перспективы отраслевого взаимодействия в комплексной реабилитации: Матер. Междунар. науч.-практ. конф. – Орел: Издательство ОГУ имени И.С. Тургенева, 2018. – С. 257-260.

СОДЕРЖАНИЕ

Приветствие ректора Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Минздрава России, председателя организационного комитета конференции академика РАН, заслуженного врача Российской Федерации О.О. Янушевича

Раздел 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Мартыненко А.В. Методологические аспекты социальной работы в области охраны здоровья 4

Гундаров И.А., Пономарева Е.Г., Левашова М.А. Новая стратегия медико-социальной работы в управлении индивидуальными рисками здоровью 10

Панов А.М. Об исторической миссии социальной работы в России и формировании основ ее современной системы в первое десятилетие постсоветского периода 18

Георгиев Н.Р., Балканска П.А. Социально-психологический подход к больному в медицинской практике 24

Егорова Л.В., Халтурин Р.А., Молчанов К.А. Оценка затрат на организацию физических коррекционных тренингов для лиц с возрастными нарушениями когнитивных процессов 29

Королев М. А., Мартыненко А.В. Мнение экспертов о путях совершенствования медико-социальной помощи в организациях социального обслуживания населения 38

Лукьянова И.Е. К вопросу разработки профессионального стандарта «Специалист по социальной работе в здравоохранении» как основы развития практики медико-социальной работы 44

Сигида Е.А., Лукьянова И.Е. Реабилитационная помощь в структуре медико-социальной работы 48

Раздел 2. ТЕХНОЛОГИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Брюн Е.А., Новаков А.В., Автономов Д.А. Социальная и психологическая работа в учреждениях, оказывающих наркологическую помощь: технологии преодоления ангедонии 54

Булатников А.Н. Технология медико-социальной реабилитации семьи в наркологической сфере 59

Воробцова Е.С., Жукова И. И. Информированность граждан по вопросам профилактики коронавирусной инфекции COVID-19 65

Гимадиева Р.Р., Нуртдинов И.И. Реализация стационарозамещающей технологии «Сиделка» в Республике Татарстан 72

Грачев Д.И. Влияние медико-социальной работы на качество жизни пациентов с полным отсутствием зубов 77

Забелина Н.В., Короткова Е.В. Технология сопровождаемого проживания лиц с ограниченными возможностями здоровья как технология социальной работы 81

Завьялова Н.Б. Особенности деятельности Кризисного центра помощи женщинам и детям в условиях сложной эпидемиологической ситуации 85

Захарова А.А. Проблема самоактуализации детей-инвалидов, занимающихся спортом 91

Кокорева М.Е., Баркова В.Л. Организация деятельности социально-психологической службы в лечебно-реабилитационном научном центре «Русское поле» для детей с онкопатологией 96

Корчагина Л. М. Технологии психологической работы по преодолению депрессии пожилых людей в сфере социальной защиты населения 102

Крючкова И.М. Профилактика коронавирусной инфекции COVID-19 и организация учебного процесса в вузе 108

Лисовская О.Н., Борисюк О.Л., Лисовский С.Т. Мужское репродуктивное здоровье как социально-медицинская проблема 112

Логачев В.А., Шестопалов Н.П., Акименко М.Ю., Величенко О.Л., Пихлак А.Э. Опыт реализации программы комплексной медико-социальной реабилитации лиц старших возрастных групп с патологией опорно-двигательной системы 119

Максимова М.Н. Социально-медицинские услуги в реализации комплексных программ и проектов в области охраны здоровья в рамках национального проекта «Демография» в Республике Татарстан 125

Мигунова Ю.Ю. Роль семейной политики в формировании здоровья многодетных семей 131

Морозова О.Н., Данилова Д.Е., Кузнецова В.М. Особенности проведения медико-социальной экспертизы у детей 135

Морозова О.Н., Сафиуллина Н.Н. Анализ развития ранней помощи в Республике Татарстан на примере долгосрочной программы благотворительного фонда «Звезда» - Центр ранней помощи «Уверенность» 139

Новиков Г.А., Рудой С.В., Вайсман М.А., Подкопаев Д.В. Результаты эпидемиологического исследования о состоянии социальной поддержки при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам 144

Овчинникова С.В., Левина В.В. Реализация принципа адресности при оказании социальных услуг в условиях изменения правового регулирования социального обслуживания в г. Москве 150

Осипова Н.Н., Машкова И.Ю. Проектирование волонтерской деятельности в сфере охраны психического здоровья 160

Осипова Н.Н., Николаев С.В., Дмитриев М.В., Андреев В.А., Масляный А.С. Опыт реализации волонтерской программы «Здоровое село» по выявлению социально значимых и хронических неинфекционных заболеваний у жителей сельских поселений 166

Пузин С.Н., Шургая М. А., Погосян Г.Э., Лялина И.В. Инвалидность старшего поколения, тенденции и перспективы медико-социальной реабилитации 170

Семено Н.С., Плотникова О.А. Медико-социальные проблемы семей, воспитывающих детей с гемофилией 176

Сиджимова Д. А. Стратегическое планирование коммуникации в контексте пандемии COVID-19 182

Соборникова Е.А. Современные технологии мотивирования к лечению и реабилитации в наркологии 188

Старцева О.Н. Социально-медицинская работа в системе долговременного ухода: от теории к практике 195

Тихонова Н.В., Арбузова Е.Ю. Особенности социально-психологического сопровождения пациентов пожилого возраста при реализации пролонгированных социальных проектов на примере проекта «Эколетие» 201

Раздел 3. РАЗВИТИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Сизикова В.В., Аникеева О.А. Роль учебно-методического объединения в развитии подготовки специалистов по социальной работе 208

Гантомор З., Томордаш Ж., Сухбат Т. Технологии предотвращения насилия в молодежной среде в программах подготовки медицинских социальных работников в Монголии 213

Генс Г.П., Коробкова Л.И., Цалко С.Э. Опыт реализации профессиональной образовательной программы и дисциплины «Медико-социальная работа в онкологии» в подготовке социальных работников медико-социального профиля 220

Кузнецова Е.В. Формирование у обучающихся по направлению подготовки «Социальная работа» компетенций для работы с людьми с ограниченными возможностями здоровья 225

Молчанов А.С., Молчанов К.А. Психологические и педагогические следствия внедрения и возможное направление дальнейшего развития дистанционной формы профессиональной подготовки социальных работников 230

Мягмаржав С., Гантморийн З. Вопросы подготовки медицинских социальных работников в Монголии 238

Оськин Д.Н., Крестьянинова О.А. Атлас медицинских профессий как ресурс медико-социальной работы и инклюзивного медицинского образования 242

Пихлак А.Э. Реализация задач «третьей миссии» в медицинском университете (собственный опыт) 246

Потуткова С.А., Разина А.О. Опыт реализации программ повышения квалификации социальных работников по формированию компетенций, связанных с оказанием социально-медицинских услуг 251

Разина А.О. Особенности формирования программ повышения квалификации социальных работников в условиях внедрения системы долговременного ухода 255

Шурыгина Ю.Ю. Подготовка профессиональных социальных работников для деятельности в сфере здравоохранения 260

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Автономов Денис Александрович
ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», медицинский психолог социально-психологической службы, г. Москва, Россия, d-avtonomov@yandex.ru

Андреев Владислав Андреевич
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, лечебный факультет, студент 4 курса, г. Смоленск, Россия, vladislavandreev2000@yandex.ru

Арбузова Елена Юрьевна
КГБУ СО «Краевой геронтологический центр «Уют», психолог, г. Красноярск, Россия, mamarbuz@yandex.ru

Акименко Михаил Юрьевич
ГБУ «Социально-реабилитационный центр ветеранов войн и Вооруженных Сил» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы, заместитель директора, г. Москва, Россия, joints_spine@yahoo.com

Аникеева Ольга Александровна
ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», ученый секретарь Федерального учебно-методического объединения высшего образования по укрупненной группе специальностей и направлений подготовки «Социология и социальная работа», кандидат исторических наук, доцент, olga-double@mail.ru

Балканска Полина Ангелова
Медицинский университет Софии, факультет общественного здравоохранения им. проф. д-ра Цекомира Воденичарова, профессор кафедры медицинской педагогики; доктор медицинских наук, профессор, София, Республика Болгария, p.balkanska@foz.mu-sofia.bg

Баркова Валентина Леонидовна
ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, заведующая кафедрой социальной работы; кандидат психологических наук, г. Москва, Россия, 2.2782737@mail.ru

Борисюк Ольга Леонидовна
УО «Гродненский государственный университет имени Янки Купалы», доцент кафедры педагогики и социальной работы; кандидат педагогических наук, доцент, г. Гродно, Беларусь, olya.borisyuck@yandex.by

Брюн Евгений Алексеевич
ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», президент; президент Ассоциации наркологов России; главный внештатный специалист психиатр-нарколог Минздрава России; доктор медицинских наук, профессор, г. Москва, Россия, mnpcn@zdrav.mos.ru

Булатников Александр Николаевич
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, доцент кафедры наркологии; кандидат медицинских наук, доцент, г. Москва, Россия, 3502875@mail.ru

Вайсман Марк Азриельевич
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, доцент кафедры паллиативной медицины; кандидат медицинских наук, доцент, г. Москва, Россия, vmark@list.ru

Величенко Ольга Леонидовна
ГБУ «Социально-реабилитационный центр ветеранов войн и Вооруженных Сил» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы, заведующая отделением, г. Москва, Россия, joints_spine@yahoo.com

Воробцова Елена Сайдзяновна
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, профессор кафедры социальной медицины и социальной работы; кандидат медицинских наук, доцент, г. Москва, Россия, docvorobtsova@gmail.com

Гантомор Золжаргалан
Монгольский национальный университет медицинских наук, Школа общественного здоровья, преподаватель кафедры медицинской социальной

работы и общественных наук; магистр социальной работы, г. Улан-Баьтор, Монголия, zoljargalan@mnums.edu.mn

Генс Гелена Петровна
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, заведующая кафедрой онкологии и лучевой терапии; доктор медицинских наук, профессор, г. Москва, Россия, gelena974@gmail.com

Георгиев Никола Руменов
Медицинский университет Софии, факультет общественного здравоохранения им. д-ра проф. Цекомира Воденичарова, главный ассистент кафедры медицинской педагогики; доктор медицинских наук, г. София, Республика Болгария, n.georgiev@foz.mu-sofia.bg

Гимадиева Регина Ринатовна
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, факультет социальной работы и высшего сестринского образования, студентка 4 курса, г. Казань, Россия, tt.tttt.ttt@mail.ru

Грачев Дмитрий Игоревич
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, доцент кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний; кандидат медицинских наук, доцент, г. Москва, Россия, dr.grachev@mail.ru

Гундаров Игорь Алексеевич
ОУ профсоюзов высшего образования «Академия труда и социальных отношений», профессор кафедры непроизводственной сферы и социальных технологий; доктор медицинских наук, кандидат философских наук, профессор, академик РАЕН, г. Москва, Россия, gundarov.ia@mail.ru

Данилова Дарья Евгеньевна
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, факультет социальной работы и высшего сестринского образования, студентка 3 курса, г. Казань, Россия, dashdan2000@mail.ru

Дмитриев Максим Вадимович
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, стоматологический факультет, студент 4 курса, г. Смоленск, Россия, vernulas@mail.ru

Егорова Лариса Владимировна
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, профессор кафедры экономического анализа и прогнозирования; доктор экономических наук, доцент, г. Москва, Россия, LVEgorova@yandex.ru

Жукова Инесса Игоревна
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, факультет социальной работы, студентка 4 курса, г. Москва, Россия, inessa_zhukova@bk.ru

Забелина Наталия Васильевна
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, доцент кафедры социальной работы и безопасности жизнедеятельности; кандидат социологических наук, г. Курск, Россия, nzabelina@mail.ru

Завьялова Наталья Борисовна
ГБУ «Кризисный центр помощи женщинам и детям» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы, директор, г. Москва, Россия, nbz17@mail.ru

Захарова Анна Александровна
ФГБОУ ВО «Рязанский государственный университет имени С.А. Есенина», доцент кафедры социальной психологии и социальной работы; кандидат педагогических наук, доцент, г. Рязань, Россия, a.zaharova@365.rsu.edu.ru

Кокорева Марина Евгеньевна
ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет Н.И. Пирогова» Минздрава России, доцент кафедры социальной работы; кандидат социологических наук, г. Москва, Россия, Malinka7171@mail.ru

Королев Максим Александрович
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, заместитель декана факультета социальной работы, старший преподаватель кафедры социальной медицины и социальной работы, г. Москва, Россия, korolev_ma@msmsu.ru

Коробкова Любовь Ивановна
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, доцент кафедры онкологии и лучевой терапии; кандидат медицинских наук, доцент, г. Москва, Россия, lik1350@mail.ru

Короткова Екатерина Вадимовна
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, факультет социальной работы, студентка 3 курса, г. Курск, Россия, ekaterinka_korotkova@bk.ru

Крестьянинова Ольга Александровна
ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, заместитель начальника Ресурсного учебно-методического центра по обучению инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, г. Рязань, Россия, ol.al.krestyaninova@yandex.ru

Корчагина Лариса Михайловна
ФГБОУ ВО «Рязанский государственный университет имени С.А. Есенина», доцент кафедры социальной психологии и социальной работы; кандидат педагогических наук, доцент, г. Рязань, Россия, klm536@mail.ru

Крючкова Ирина Михайловна
ФГБОУ ВО «Рязанский государственный университет имени С.А. Есенина», доцент кафедры социальной психологии и социальной работы; кандидат педагогических наук, г. Рязань, Россия, i.kryuchkova@365.rsu.edu.ru

Кузнецова Виктория Максимовна
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, факультет социальной работы и высшего сестринского образования, студентка 3 курса, г. Казань, Россия, Viktoria20001998@yandex.ru

Кузнецова Елена Владиславовна
ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, заместитель декана педиатрического факультета, старший преподаватель кафедры социальной работы, г. Киров, Россия, kusnecovaev@mail.ru

Левашова Мария Александровна
ОУ профсоюзов высшего образования «Академия труда и социальных отношений», заместитель декана социально-гуманитарного факультета, marialevashova@mail.ru

Левина Вера Васильевна
ГБУ Территориальный центр социального обслуживания «Новогиреево» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы, заведующая отделением социального обслуживания на дому, г. Москва, Россия, LevinaVV@social.mos.ru

Лисовская Ольга Николаевна
Учреждение образования «Гродненский государственный университет имени Янки Купалы», доцент кафедры педагогики и социальной работы; кандидат педагогических наук, доцент, г. Гродно, Республика Беларусь, olya.borisyuck@yandex.by

Лисовский Станислав Тадеушевич
Учреждение образования «Гродненский государственный университет имени Янки Купалы», доцент кафедры физического воспитания и спорта; доцент, г. Гродно, Республика Беларусь, st.lisovski010278@gmail.com

Логачев Владимир Алексеевич
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, ассистент кафедры ревматологии и медико-социальной реабилитации, г. Москва, Россия, joints_spine@yahoo.com

Лукьянова Инна Евгеньевна
ГОУ ВО «Московский государственный областной университет», профессор кафедры клинических основ дефектологии и специальной психологии; доктор медицинских наук, доцент, Московская обл., Россия, mpr-mgus@yandex.ru

Лялина Инна Владимировна
ФКУЗ «Главный клинический центр медицинской и социальной реабилитации ФСИН», руководитель, г. Москва, Россия, inna-lyalina@yandex.ru

Максимова Маргарита Николаевна
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, декан факультета социальной работы и высшего сестринского образования, заведующая кафедрой экономической теории и социальной работы; доктор экономических наук, доцент, г. Казань, Россия, soc90@mail.ru

Мартыненко Александр Владимирович
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, декан факультета социальной работы, заведующий кафедрой социальной медицины и социальной работы; доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАО, г. Москва, Россия, martynenko_av@mail.ru

Масляный Алексей Сергеевич
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, лечебный факультет, студент 3 курса, г. Смоленск, Россия, masleshkavm00@mail.ru

Машкова Ирина Юрьевна
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, доцент кафедры клинической психологии; кандидат медицинских наук, доцент, г. Смоленск, Россия, makarovai2010@yandex.ru

Мигунова Юлия Юрьевна
ФГБОУ ВО «Майкопский государственный технологический университет», доцент кафедры физиологии и общей патологии; кандидат социологических наук, г. Майкоп, Россия, migunovajulia@mail.ru

Молчанов Александр Сергеевич
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, заведующий кафедрой психологии технологий педагогической деятельности; кандидат психологических наук, доцент, г. Москва, Россия, molcthanov@mail.ru

Молчанов Кирилл Александрович
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, доцент кафедры психологии и технологии педагогической деятельности; кандидат психологических наук, г. Москва, Россия, mkirill24@gmail.com

Морозова Ольга Николаевна
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, старший преподаватель кафедры экономической теории и социальной работы, г. Казань, Россия, aon777@mail.ru

Мягмаржав Сугармаа
Монгольский национальный университет медицинских наук, Школа общественного здоровья, заведующая кафедрой медицинской социальной работы и общественных наук; PhD, доцент, г. Дархан, Монголия, sugarmaa@mnums.edu.mn

Николаев Сергей Владимирович
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, декан лечебного факультета, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом ДПО; кандидат медицинских наук, доцент, г. Смоленск, Россия, serg-aro@yandex.ru

Новаков Андрей Викторович
ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», заведующий социально-психологической службой, медицинский психолог, г. Москва, Россия, mnpcn@zdrav.mos.ru

Новиков Георгий Андреевич
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, заведующий кафедрой паллиативной медицины; председатель правления Общероссийской общественной организации «Российская ассоциация паллиативной медицины», доктор медицинских наук, профессор, г. Москва, Россия, novikov@palliamed.ru

Нуртдинов Илгиз Ирекович
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, доцент кафедры экономической теории и социальной

работы; кандидат экономических наук, доцент, г. Казань, Россия, Ilgiz2010@mail.ru

Овчинникова Светлана Владимировна
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, доцент кафедры социальной медицины и социальной работы; кандидат социологических наук, доцент, г. Москва, Россия, sv-ov@mail.ru

Осипова Наталья Николаевна
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, доцент кафедры психиатрии и наркологии; кандидат медицинских наук, доцент, г. Москва, Россия, dr.nataliaosipova@gmail.com

Оськин Дмитрий Николаевич
ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, начальник Ресурсного учебно-методического центра по обучению инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья; кандидат медицинских наук, доцент, г. Рязань, Россия, doctor.oskin@yandex.ru

Панов Андрей Михайлович
Межрегиональная общественная организация «Ассоциация работников социальных служб», президент; кандидат педагогических наук, доцент, г. Москва, Россия, panovam06@mail.ru

Пихлак Андрей Эдуардович
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, заведующий кафедрой ревматологии и медико-социальной реабилитации; кандидат медицинских наук, доцент, г. Москва, Россия, dr.pikhlak@gmail.com

Плотникова Ольга Александровна
ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, социально-экономический факультет, студентка 5 курса, kf31@kirovgma.ru

Подкопаев Дмитрий Викторович
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, ассистент кафедры паллиативной медицины; кандидат медицинских наук, г. Москва, Россия, podkopaev@palliamed.ru

Погосян Гагик Эдуардович
ГБУЗ «Городская клиническая больница им. Е.О.Мухина Департамента здравоохранения города Москвы», заведующий хирургическим отделением, кандидат медицинских наук, г. Москва, Россия, offi.gp@gmail.com

Пономарева Елена Георгиевна
ОУ профсоюзов высшего образования «Академия труда и социальных отношений», декан социально-гуманитарного факультета, заведующая кафедрой непроизводственной сферы и социальных технологий; кандидат экономических наук, доцент, e.g.53@mail.ru

Потуткова Светлана Анатольевна
ГАУ города Москвы «Институт дополнительного профессионального образования работников социальной сферы» Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы, доцент центра компетенций по развитию и обучению социальных работников; кандидат психологических наук, г. Москва, Россия, potutkova@yandex.ru

Пузин Сергей Никифорович
ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии» Минобрнауки России, заместитель директора по науке; академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, г. Москва, Россия, s.puzin2012@yandex.ru

Разина Анастасия Олеговна
ГАУ города Москвы «Институт дополнительного профессионального образования работников социальной сферы» Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы, руководитель центра компетенций по развитию и обучению социальных работников; кандидат медицинских наук, г. Москва, Россия, razinaao@social.mos.ru

Рудой Сергей Владимирович
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, доцент кафедры паллиативной медицины; кандидат медицинских наук, доцент, г. Москва, Россия, rudoy@palliamed.ru

Сафиуллина Насима Надировна
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, факультет социальной работы и высшего сестринского образования, студентка 4 курса, г. Казань, Россия, nasima.safiullina.1999@mail.ru

Семено Наталия Сергеевна
ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, заведующая кафедрой социальной работы, кандидат философских наук, г. Киров, nsemeno@yandex.ru

Сиджимова Добрина Александровна
Медицинский университет Софии, факультет общественного здравоохранения им. д-ра проф. Цекомира Воденичарова; профессор кафедры политики и управления здравоохранением, доктор медицинских наук, профессор, г. София, Республика Болгария, dsidjimova@mail.bg

Сигида Евгений Антонович
ГОУ ВО «Московский государственный областной университет», профессор кафедры клинических основ дефектологии и специальной психологии; доктор медицинских наук, профессор, Московская обл., Россия, sigidaea@yandex.ru

Сизикова Валерия Викторовна
ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», декан факультета социальной работы, председатель учебно-методического совета по направлению «Социальная работа» Федерального учебно-методического объединения высшего образования по укрупненной группе специальностей и направлений подготовки «Социология и социальная работа»; доктор педагогических наук, профессор, 1699636@mail.ru

Соборникова Екатерина Анатольевна
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, доцент кафедры

наркологии; ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», врач-психотерапевт; кандидат медицинских наук, г. Москва, Россия, 4izm@mail.ru

Старцева Ольга Николаевна
ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, доцент кафедры социальной работы, экономики и биоэтики; кандидат медицинских наук, г. Ярославль, Россия, startsevaon@yandex.ru

Сухбат Туяа
Монгольский государственный университет науки и технологий, Институт управления бизнесом и гуманитарных наук, доцент кафедры социальной работы; PhD, доцент, г. Ула-Батор, Монголия, s.tuya@must.edu.mn

Тихонова Наталья Владимировна
ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения; КГАУ СО «Краевой геронтологический центр «Уют», заведующая социально-реабилитационным отделением; кандидат медицинских наук, доцент, г. Красноярск, Россия, nvt24@mail.ru

Томордаш Жаргалсайхан
Монгольский национальный университет медицинских наук, Школа общественного здоровья, преподаватель кафедры медицинской социальной работы и общественных наук; магистр психологии, г. Улан-Батор, Монголия, jargalsaikhan.t@mnums.edu.mn

Халтурин Роман Александрович
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, заведующий кафедрой экономического анализа и прогнозирования; кандидат экономических наук, доцент, г. Москва, Россия, khalturin-ra@msmsu.ru

Цалко Станислав Эдуардович
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, доцент кафедры

онкологии и лучевой терапии; кандидат медицинских наук, г. Москва, Россия, stzalko@mail.ru

Шестопалов Николай Петрович
ГБУ «Социально-реабилитационный центр ветеранов войн и Вооруженных Сил» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы, директор; ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, ассистент кафедры ревматологии и медико-социальной реабилитации, г. Москва, Россия, joints_spine@yahoo.com

Шургая Марина Арсеньевна
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России; профессор кафедры гериатрии и медико-социальной экспертизы; доктор медицинских наук, доцент, г. Москва, Россия, daremar@mail.ru

Шурыгина Юлия Юрьевна
ФГБОУ ВО «Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления», заведующая кафедрой социальных технологий; доктор медицинских наук, профессор, г. Улан-Удэ, Россия, juliaju@mail.ru

---

Статьи *Гантомор З., Томордаш Ж., Сухбат Т. и Мягмаржав С., Гантморийн З. (Монголия)* с английского языка перевел Грачев В.А., старший преподаватель кафедры языковой коммуникации ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России.