

Е. С. Воробцова

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ



ЭКОСИСТЕМА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ



Государственное бюджетное учреждение города Москвы
«Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы»

Е. С. Воробцова

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Учебное пособие для врачей

Научное электронное издание

Москва
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
2024

УДК 614.2

ББК 51.1

Рецензенты:

Киселева Е. Е., кандидат социологических наук, доцент кафедры социальной медицины и социальной работы факультета социальной работы Научно-образовательного института социальных, гуманитарных и экономических наук им. А. П. Чехова ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России;

Кокорева М. Е., кандидат социологических наук, доцент кафедры социальной работы Института клинической психологии и социальной работы ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России.

Воробцова, Е. С.

Социальная работа в здравоохранении: учебное пособие для врачей [Электронный ресурс] / Е. С. Воробцова. – Электрон. текстовые дан. – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024. – URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/metodicheskie-posobiya/> – Загл. с экрана. – 60 с.

ISBN 978-5-907805-37-8

В учебном пособии рассматриваются вопросы теории и практики медико-социальной работы как отдельного направления профессиональной деятельности специалистов по социальной работе в охране здоровья, в том числе по оказанию медико-социальной помощи нуждающимся в ней пациентам в медицинских организациях различного типа и профиля.

Пособие предназначено для врачей, обучающихся по специальности 31.08.71. Организация здравоохранения и общественное здоровье (уровень подготовки кадров высшей квалификации) и научной специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза.

УДК 614.2

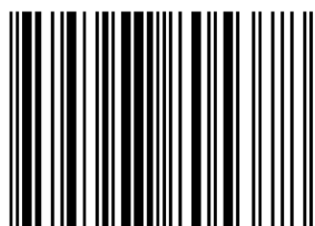
ББК 51.1

Утверждено и рекомендовано к изданию Научно-методическим советом ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» (Протокол № 6 от 11 июня 2024 г.).

Самостоятельное электронное издание сетевого распространения.

Минимальные системные требования: браузер Internet Explorer/Safari и др.; скорость подключения к Сети 1 МБ/с и выше.

ISBN 978-5-907805-37-8



9 785907 805378 >

© Воробцова, Е. С., 2024
© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	4
Глава 1. Социальная работа в здравоохранении как деятельность, родственная врачеванию.....	5
1.1. История становления и развития социальной работы в системе охраны здоровья граждан	6
1.2. Медико-социальная работа как направление социальной работы и вид профессиональной деятельности	13
Вопросы и задания для самоконтроля	16
Темы для докладов и рефератов	16
Глава 2. Теоретические основы медико-социальной работы.....	17
2.1. Концепция отечественной медико-социальной работы.....	18
2.2. Базовая модель медико-социальной работы	26
Вопросы и задания для самоконтроля	32
Темы для докладов и рефератов	32
Глава 3. Содержание и технологии медико-социальной работы в медицинских организациях	33
3.1. Содержание и технологии медико-социальной работы в медицинских организациях амбулаторного типа.....	35
3.2. Содержание и технологии медико-социальной работы в медицинских организациях стационарного типа	41
Вопросы и задания для самоконтроля	47
Темы для докладов и рефератов	47
Заключение	48
Приложение 1. Нормативные правовые акты	49
Приложение 2. Литература	51
Приложение 3. Фонд оценочных средств	53

ПРЕДИСЛОВИЕ

Совершенствование системы охраны здоровья в современной России, включая вопросы повышения качества и обеспечения доступности различных видов медико-социальной помощи гражданам в связи с заболеваниями, травмами или иными причинами нарушения здоровья, неразрывно связано с осознанием целесообразности его комплексного характера категории «здоровье», участия в его охране не только врачей, но и специалистов других профилей – психологов, педагогов, юристов и специалистов по социальной работе. Тем самым обеспечивается полипрофессиональный подход к охране здоровья, важным компонентом которого является оказание различных видов медико-социальной помощи.

При этом каждый из указанных специалистов в рамках своей профессиональной деятельности способен оказывать необходимые лицу с нарушением здоровья не только медицинскую, но и психологическую, педагогическую, социальную, правовую и иные виды помощи, обеспечивая тем самым восстановление не только физического здоровья, но психологического равновесия, а также за счет социальных услуг и мер социальной поддержки социального благополучия, нередко нарушаемого у лиц с нарушением здоровья.

За три десятилетия становления и развития в России профессиональной социальной работы сформировались отдельные ее направления, в том числе и в охране здоровья – так называемая медико-социальная работа. К настоящему времени разработаны теоретико-методологические, правовые и организационные основы медико-социальной работы, ведется подготовка кадров в системе высшего и среднего профессионального образования. Вместе с тем в стране имеется лишь локальный опыт их участия в оказании медико-социальной помощи лицам с психическими расстройствами, зависимым от психоактивных веществ, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, поскольку остаются нерешенными вопросы, связанные как с узким пониманием врачебным сообществом сущности медико-социальной работы, осознанием врачами потребностей в таких специалистах, внедрением, например, командного метода работы в медицинских организациях специалистов различных профилей, а также вопросы межведомственного взаимодействия организаций и специалистов систем здравоохранения и социальной защиты, пациенты и получатели социальных услуг в организациях которых нуждаются в комплексном подходе к оказанию им различных видов медицинской, социальной и иной помощи.

Это явилось основанием для подготовки данного учебного пособия, адресованного широкому врачебному сообществу, с целью их знакомства с основами медико-социальной работы как деятельности, родственной врачеванию, поскольку понимание врачами-практиками, а также организаторами здравоохранения, руководителями медицинских организаций сущности данного смежного с врачеванием профессионального вида деятельности позволит эффективно осуществлять их взаимодействие в процессе оказания медико-социальной помощи пациентам организаций системы здравоохранения и социальной защиты.

РАЗДЕЛ

1

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, РОДСТВЕННАЯ ВРАЧЕВАНИЮ

1.1. ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает социальную работу как деятельность, родственную врачеванию. Это связано в первую очередь с понятием «здоровье» как комплексной категории (физическое, психическое здоровье и социальное благополучие) и его охраны (ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») как «совокупности мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых ... в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи».

Это объясняет необходимость полипрофессионального подхода к охране здоровья, т. е. участия специалистов различного профиля – врачей, психологов, педагогов, юристов и, безусловно, специалистов по социальной работе, в поле профессиональной деятельности которых входит обеспечение социального благополучия как важнейшей составляющей здоровья лиц с факторами риска или различной степенью выраженности нарушения здоровья.

Социальная работа как вид профессиональной деятельности в Российской Федерации конституировалась сравнительно недавно, осуществляется специалистами организаций социальной сферы с 1991 г. Постановлением Госкомтруда СССР от 23.04.1991 № 90 «О дополнении в Квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих» данный Справочник был дополнен новой профессией – специалист по социальной работе. Одновременно с этим в соответствии с Приказом Госкомобразования СССР от 07.08.1991 № 376 «Об открытии специальности “социальная работа”» была начата подготовка специалистов по социальной работе.

В дальнейшем были разработаны несколько версий профессионального стандарта «Специалист по социальной работе». В наши дни Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 18.06.2020 № 351н был утвержден новый профессиональный стандарт «Специалист по социальной работе», определивший содержание его деятельности по планированию, организации, контролю и предоставлению социальных услуг, мер социальной поддержки и государственной социальной помощи; цель – предоставление социальных услуг, мер социальной поддержки и государственной социальной помощи гражданам в целях улучшения условий их жизнедеятельности и расширения их возможностей самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности, а также трудовые функции такого специалиста.

В настоящее время в нашей стране подготовка специалистов по социальной работе (бакалавриат и магистратура) и социальных работников (среднее профессиональное образование) осуществляется более чем в 140 вузах и организациях среднего профессионального образования. При этом вузам (факультетам), осуществляющим подготовку таких специалистов, среди профилей подготовки рекомендованы и такие, как «социальная работа в здравоохранении», «медико-социальная работа с населением» и пр.

Социальная работа – это профессиональная деятельность, имеющая целью содействие отдельным лицам и социальным группам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, в преодолении личностных и социальных трудностей посредством поддержки, защиты, коррекции и реабилитации.

Трудная жизненная ситуация в соответствии со ст. 1 Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» определяется как «обстоятельство или обстоятельства, которые ухудшают условия жизнедеятельности гражданина, и последствия которых он не может преодолеть самостоятельно», например, по причине болезни, инвалидности, сиротства, юного или, наоборот, преклонного возраста, создающих условия для неспособности или ограниченной способности к самостоятельной жизни, в том числе самообслуживанию или другим видам ограничений жизнедеятельности различной степени выраженности.

Профессиональная социальная работа в России имеет глубокие исторические корни и основана на традициях филантропии, милосердия и благотворительности, создававших на протяжении многих веков систему поддержки лиц, оказавшихся в затруднительном положении, не способных обеспечить себе достойное существование и не имеющих возможности вести независимый образ жизни.

Традиции вспомоществования существовали в России в различных формах, начиная от родоплеменных и общинных форм помощи лицам старческого возраста, вдовам, увечным воинам, сиротам, далее через княжеские, а затем церковно-приходские формы ее организации и заканчивая государственными и общественными формами призрения лиц, нуждающихся в социальной помощи и поддержке. Как правило, такие формы помощи включали обеспечение продовольствием, одеждой, обработку земельных участков, решение вопросов обустройства быта и иные виды хозяйственной помощи.

Интересен и показателен существовавший обычай: осенью после сбора урожая вдовам с детьми приходила помощь от членов общины продуктами питания в форме дара, приносимого соседями, приходящими в гости. Вдова накрывала стол и угощала гостей, а также что-то из приготовленной еды отдавала гостям с собой в виде так называемого отдара. Можно предположить, что и в наши дни в России сохраняется обычай для гостей что-то принести в дом к столу, а хозяйка в свою очередь во время прохода гостей также что-то из еды со стола в виде отдара отдают им. И, хотя сущность такого обмена даром и отдаром в наши дни потеряла смысл помощи хозяевам и гостям, этот обычай сохранился.

Многочисленные социальные проблемы российского общества в XVII столетии, такие как голод, высокая смертность, нищенство, сиротство, а также болезни и эпидемии, уносившие жизни многих людей, потребовали государственного решения – создания государственных структур управления – Приказов, взявших на себя организационные, материально-технические, финансовые и иные вопросы по организации социальной помощи социально уязвимым слоям населения: увечным воинам, нищим, вдовам, сиротам, старикам и др.

Таким образом, Приказы, которых уже в начале XVII столетия насчитывалось около 80, из которых по сложившейся ситуации действовало не более 50, являлись главными государственными органами исполнительной власти, в том числе в сфере государственного призрения.

Государственное призрение социально уязвимых категорий лиц находилось в ведении одновременно нескольких Приказов: Патриаршего Казенного, Аптекарского, Тайных дел, Большого Дворца, Полоняничного (по делам пленных). При этом и сам государь принимал участие в оказании социальной помощи нуждающимся в тюрьмах, богадельнях, раздавал милостыню и пр.

Одним из первых Приказов, которому было поручено государством дело призрения, стал Патриарший Приказ, который являлся церковным органом власти, но в деятельности которого активное участие по делам призрения принимали участие царствующие особы, передававшие Приказу часть государственных функций в данной сфере.

В деятельности Патриаршего Приказа можно выделить 4 главных направления: выдача милостыни, организация кормлений, постоянное содержание нищих и строительство богаделен. Несмотря на, казалось бы, преимущественно характер социального призрения данных направлений деятельности Приказа, они также могут быть отнесены и к сфере охраны здоровья социально уязвимых групп населения, поскольку способствовали социальному благополучию как одной из важных составляющих здоровья человека.

Деятельность еще одного Приказа – Аптекарского – главным образом была первоначально связана с сохранением жизни и здоровья царского дома, однако в дальнейшем его деятельность распространилась и на широкие слои населения Московского государства.

В это же время начинается введение государственного медицинского управления, отечественного медицинского образования и появление первых русских врачей, а также публичных аптек и централизованное обеспечение населения лекарствами, принятие противоэпидемических мер и многое другое в деле сохранения здоровья населения.

Дальнейшее развитие государственных подходов к организации государственных форм призрения связано с Петром Великим. За время своего царствования Петр I издал более 70 указов, касающихся вопросов призрения. Меры социальной помощи, согласно этим указам, распространялись на все социально уязвимые слои населения: старых, увечных, вдов, сирот, недорослей и др.

Важным с точки зрения истоков современной социальной работы в России стал Именной Указ Петра I от 08.06.1701 № 1865, согласно которому в богадельнях для ухода за 10 немощными лицами, в них проживающими, выделялся один здоровый человек. По сути он исполнял функции социального работника. Именно дата издания данного указа – 8 июня – в современной России отмечается как День социального работника.

Велика роль Петра I в организации призрения военнослужащих, пострадавших в ходе военных действий. Впервые термин «инвалид» появляется в русском языке именно во времена правления Петра I и связывается с увечными воинами. К мерам социальной поддержки пострадавших и более не способных к несению военной службы воинов следует отнести устройство их на штатские должности, денежные пособия, обучение и воспитание их детей в случае инвалидности или гибели на поле военных действий их отцов. Не оставались без мер социальной поддержки и вдовы военнослужащих.

Для оказания медицинской помощи раненым военнослужащим впервые в годы правления Петра I появляется новый тип медицинской организации – госпиталь. Первый госпиталь был открыт в Москве в 1706 г. в Лефортово, а при нем была организована Медико-хирургическая академия. В настоящее время это знаменитый Главный военный клинический госпиталь им. Н. Н. Бурденко.

Велика роль Петра I в решении вопросов, связанных с «профессиональным» нищенством. В специально организованных так называемых работных домах нищие, не способные работать в силу возраста или болезней, получали кров и пропитание, а способные трудиться и самостоятельно обеспечивать свое существование – профессию и место работы.

Вопросы сохранения народонаселения страны также были в поле зрения государства в годы правления Петра I. Остро стоял вопрос о зазорных младенцах, т. е. рожденных вне брака детей, которые нередко умерщвлялись их матерями, чтобы скрыть позор их рождения. Согласно ряду указов Петра I, для таких младенцев и их матерей, не способных в отсутствие мужа самостоятельно обеспечивать свое существование, в крупных городах и даже в сельской местности организовывались специальные дома, где могли найти приют и необходимую помощь, в том числе и ме-

дицинскую, и молодые матери, и их незаконнорожденные младенцы. Для работы в таких домах нанимались искусные жены, труд которых по уходу и воспитанию оплачивался государством.

Для профилактики умерщвления незаконнорожденных младенцев в таких домах были предусмотрены специальные окна, в которые молодая мать могла тайно положить младенца и уйти, скрывая свою личность. Этот опыт и в настоящее время используется в России, поскольку проблема убийства младенцев женщинами, не имеющими возможности их содержания и воспитания, не теряет своей актуальности.

Безусловно, финансирование мер призрения – социальной защиты и социальной поддержки социально уязвимых категорий населения – не могло быть обеспечено лишь за счет средств государства. Большую часть материальных затрат брала на себя и церковь. В годы правления Петра I на церковь были наложены обязанности взыскания дополнительных средств на меры призрения за счет сбора венечных денег, доходов от пожертвований прихожан, средств за продажу свечей и т. д.

Безусловно, помимо государства и церкви, значительные средства в финансирование системы призрения вкладывали и частные лица – благотворители, деятельность которых всячески поощрялась и приветствовалась и государством, и церковью, и обществом в целом.

Меры призрения подрастающего поколения – зазорных младенцев, сирот, девушек из малообеспеченных семей продолжили свое развитие в годы правления Екатерины II. Ею, в частности, в Санкт-Петербурге было организовано Воспитательное общество с открытием специального учреждения для обучения и воспитания благородных девиц, а также «особливого училища» для девушек мещанского происхождения, что давало последним возможность трудиться и обеспечивать себя материально: стать служанками для благородных дам и гувернантками для их детей. В Москве в эти годы был открыт и воспитательный дом для сирот и зазорных младенцев, целью создания которого было предоставить возможность их воспитанникам посредством обучения и воспитания, медицинской помощи, крова и кормления, обучения профессии стать трудоспособными людьми.

В историю развития системы призрения в России большой вклад вносили царствующие особы. Это касается в первую очередь не только Петра I, Екатерины II, но и благотворительной деятельности императрицы Марии Федоровны (1759–1828), благотворительного общества Дома Романовых и др.

Важно при этом отметить, что социальная поддержка уязвимых категорий лиц в виде продовольственной помощи, предоставления временного жилья, помощи в поиске работы и заработка, воспитания и обучения несовершеннолетних сирот всегда проводилась параллельно с оказанием нуждающимся и медицинской помощи. Ярким примером организации подобного сочетания социальной и медицинской помощи может служить возведенный графом Н. П. Шереметевым Странноприимный дом, являвшийся по сути одновременно и богадельней, и больницей-приютом для нищих и калек.

Заявление графа Н. П. Шереметева легло в основу указа императора Александра I, переданного Сенату 25 апреля 1803 г. Суть заявления графа состояла в следующем: «Руководствуясь непреложными обязанностями закона христианского и следуя побуждениям патриотического усердия, издавна положил я за непремненное учредить в Москве Странноприимный дом для содержания в оном на моем иждивении богадельни, состоящей из ста человек обоюбого пола и всякого звания, неимущих и увечных, и больницы на пятьдесят человек для безденежного лечения в оной также всякого состояния бедных».

Первоначально на создание Странноприимного дома Н. П. Шереметев пожертвовал полмиллиона рублей; всего он затратил огромную по тем временам сумму: более двух с половиной миллионов. Здание по проекту Джакомо Кваренги стало одним из архитектурных шедевров классицизма, до настоящего времени остается не только памятником архитектуры, но и ярким свидетельством филантропии и благотворительности одного из богатейших людей России.

В дальнейшем в нем в 1923 г. был организован Институт неотложной помощи имени Н. В. Склифосовского, а в настоящее время в здании Странноприимного дома графа Н. П. Шереметева располагается НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского.

Общественно-государственная система помощи в дореволюционной России во многом связана целью и задачами земской реформы. 1 января 1864 г. было опубликовано Положение о губернских и уездных земских учреждениях. Ведению земских органов подлежали изначально благотворительные и лечебные заведения, попечение и призрение бедных и неизлечимо больных, сирых и убогих, а также вопросы санитарного состояния. Таким образом, вопросы организации медицинской помощи населению и призрения земствами решались параллельно. Со временем функции земств расширялись, и к ним были присоединены заботы о народном образовании, развитии местной промышленности, ремесла, сельского хозяйства и кооперации, однако вопросы охраны здоровья и обеспечение социального благополучия населения оставались в числе приоритетных задач земств.

В центре особого внимания в системе призрения на протяжении многих столетий оставались люди с инвалидностью. Как правило, причинами инвалидности являлись тяжелые заболевания или последствия травм, в том числе в результате военной службы. Менялись и формы оказания им необходимой поддержки и помощи. Однако до XX в. в России не существовало системы специальных учреждений для данной категории граждан. Обычно инвалиды имели возможность получения медицинской и социальной помощи в богадельнях, а также госпиталях для военных. В начале XX в. в богадельнях и домах призрения всех инвалидов разделяли на три категории в зависимости от их возможностей к труду или несению военной службы. Имеющих ограниченные возможности к военной службе, например, устраивали на штатские должности, а полностью утратившие способность даже к такой работе могли получать денежное пособие и необходимую медицинскую помощь в домах для инвалидов или богадельнях.

Все это требовало значительных финансовых средств, и потому денежные потоки формировались в том числе и за счет пожертвований купеческих сословных организаций, которые строили и содержали благотворительные учреждения, в том числе для инвалидов и неизлечимо больных. Среди таких благотворителей особо следует отметить династии купцов Морозовых, Третьяковых, Бахрушиных, Солодовниковых, Хлудовых и др.

Во времена земства существенные изменения произошли и в оказании психиатрической помощи, в основу которой был положен трудовой принцип лечения, что позволяло, говоря современными терминами, социализировать и ресоциализировать данную особую социально уязвимую категорию больных.

Широкая благотворительная деятельность дворянства, купечества позволяла расширять и удовлетворять потребности неизлечимо больных и инвалидов, получающих медицинскую помощь в больницах, в одежде, медицинских приспособлениях (протезах, костылях, бандажах). За счет средств благотворителей были организованы временные приюты для выписанных из больниц ослабленных и не имеющих возможности после болезни на время восстановления трудиться и обеспечивать себя всем необходимым лиц. Это является еще одним доказательством важности

сочетания медицинской помощи и мер социальной поддержки для обеспечения их социального благополучия в целях максимально возможного восстановления здоровья.

Кардинальные изменения в системе призрения произошли в России после Октябрьской социалистической революции. В 1922 г. «социальное обеспечение» изменилось на «государственную систему материального обеспечения и обслуживания всех граждан в СССР в старости, в случае болезни, при частичной или полной утрате трудоспособности, а также многодетных семей». Данная система должна была осуществляться за счет государственных и общественных средств.

Особое внимание было обращено на материальное обеспечение престарелых и нетрудоспособных граждан как за счет социального обеспечения военнослужащих и членов их семей, учащихся, так и государственного социального страхования рабочих и служащих за счет обязательных страховых взносов и дотаций из государственного бюджета, а также социальное обеспечение членов колхозов из отчислений от доходов колхозов и дотаций также из госбюджета.

В 1924 г. в первой Конституции СССР было провозглашено полное социальное страхование населения при любом виде трудовой деятельности, а в 1929 г. советская власть утвердила полное социальное обеспечение всех трудящихся, всех видов утраты трудоспособности, а также безработицы. Кроме этого, все трудящиеся имели право на полностью бесплатное образование и медицинское обслуживание, что свидетельствовало о неразрывной связи вопросов сохранения здоровья граждан с мерами социальной защиты и социальной поддержки при возникновении трудной жизненной ситуации, связанной, например, с болезнью или иными причинами нарушения здоровья.

Система социального обеспечения в СССР предоставляла всему населению государственные гарантии на все основные аспекты жизни человека. При всех преимуществах данной системы она не способствовала развитию личной ответственности человека за достижение собственными усилиями желаемого уровня и качества жизни, усиливала зависимость индивида от государства, формировало в широких масштабах технологию иждивенчества.

Социально-экономические реформы в конце 80-х гг. XX в., развал Советского Союза, безусловно, ухудшили жизнь всех его граждан, затронули все стороны их жизни и повлекли снижение уровня и качества жизни, в первую очередь социально уязвимых слоев населения.

Как известно из истории, такие социальные потрясения не могли не сказаться не только на социальном благополучии, но и на здоровье населения. Одним из чутких индикаторов социального благополучия населения и состояния общественного здоровья являются такие медико-демографические показатели, как рождаемость и смертность, естественный прирост населения. Впервые за все послевоенные годы в 1992 г. в России показатели смертности превысили показатели рождаемости, что повлекло за собой отрицательный прирост (убыль) населения.

В начале 1990-х гг. резко возросла заболеваемость так называемыми социальными болезнями: алкоголизмом, наркоманией, инфекциями, передаваемыми преимущественно половым путем, туберкулезом и пр.

Тяжелая социально-экономическая ситуация, сложившаяся в стране в эти годы, потребовала принятия безотлагательных мер по реформированию всей системы социальной защиты населения, выработке новой социальной политики государства. В эти годы были принят ряд основополагающих федеральных законов в данной сфере, в частности, связанных с социальной защитой инвалидов, ветеранов, формированием системы социального обслуживания населения РФ, мерами по социальной защите детства. В 1993 г. стартовала первая президентская программа «Дети

России», в состав которой были включены подпрограммы, нацеленные на охрану репродуктивного здоровья и планирование семьи, безопасное материнство, детское питание и др.

За прошедшие три десятилетия наряду с формированием органов управления и широкой сети учреждений и организаций системы социальной защиты населения, в первую очередь центров социального обслуживания населения, взявших на себя функции по предоставлению разнообразных социальных услуг инвалидам, престарелым гражданам, детям и подросткам, существенные изменения произошли и в системе здравоохранения, например, в формировании системы обязательного и добровольного медицинского страхования.

Важность участия в охране здоровья не только медицинских работников, но и специалистов других профилей, в первую очередь специалистов по социальной работе, явилось одной из причин временного объединения органов исполнительной власти в системе здравоохранения и социальной защиты на примере Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В настоящее время в России профессиональная социальная работа динамично развивается. Одной из тенденций является выделение отдельных специфических ее направлений, формирующихся по признаку сферы деятельности специалистов по социальной работе или объекту воздействия. В соответствии с этим формируются такие направления профессиональной социальной работы, как социальная работа в системе социальной защиты, образования, в силовых структурах (военно-социальная работа), пенитенциарной системе, в системе здравоохранения (медико-социальная работа). Одновременно с этим ведется специфическая по содержанию и технологиям социальная работа с инвалидами, лицами пожилого и старческого возраста, детьми, семьями, мигрантами, лицами без определенного места жительства и другими социально уязвимыми категориями населения.

Основу социальной работы вне зависимости от указанных направлений составляют две ее составляющие: профилактическая, позволяющая предупредить трудную жизненную ситуацию, в которой может оказаться человек в связи с юным, пожилым или старческим возрастом, болезнью, инвалидностью, вдовством, многодетностью, безработицей, сиротством и т. д., и терапевтическая (реабилитационная), направленная на оказание необходимой помощи в связи с уже возникшей трудной жизненной ситуацией по той или иной причине, включая нарушение здоровья, справиться с которой самостоятельно в силу указанных выше причин человек не в состоянии.

Одним из таких специфических направлений является медико-социальная работа как деятельность профессиональных социальных работников в охране здоровья граждан.

1.2. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА КАК НАПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ И ВИД ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ВОЗ определяет социальную работу как деятельность, родственную врачеванию. Такая характеристика особенно убедительна в практике социальных работников, участвующих в охране здоровья граждан.

Процесс становления и развития в последние три десятилетия медико-социальной работы как новой практической и научно-образовательной деятельности в нашей стране проходит в неразрывной связи с развитием теории и практики социальной работы и социального образования в целом.

Разработка такого профильного направления социальной работы была обусловлена необходимостью поиска решения взаимосвязанных проблем здоровья медицинского и социального характера на качественно новом междисциплинарном уровне при участии специалистов различных профилей, включая специалистов по социальной работе.

В начале 1990-х г. рядом российских авторов в предлагаемых концепциях реформирования систем здравоохранения и социальной защиты населения анализировались различные аспекты комплексного подхода в решении проблем охраны здоровья населения. В связи с этим следует отметить работы Н. В. Дмитриевой, И. П. Катковой, Н. А. Кравченко, В. З. Кучеренко, В. И. Стародубова, Д. И. Лавровой, Л. С. Ржаницыной, Л. П. Чичерина, О. П. Щепина и других авторов.

Правовой основой развития социальной работы с лицами, оказавшимися в сложной жизненной ситуации, связанной со здоровьем, явилось принятие в 1993 г. Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. В соответствии со ст. 20 «Право граждан на медико-социальную помощь» этого законодательного акта было формально закреплено право оказания медико-социальной помощи и социальным работникам. При этом следует различать понятия «медико-социальная помощь» и «медико-социальная работа». Медико-социальная помощь – это помощь со стороны специалистов различных профилей (врачей, специалистов по социальной работе, психологов, педагогов и других специалистов), которая оказывается лицам при заболеваниях, инвалидности, утрате трудоспособности и которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезную, а также меры социального характера по уходу за данной категорией лиц. Медико-социальная работа – это профессиональная деятельность специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих наряду с другими специалистами в оказании медико-социальной помощи лицам с факторами риска или уже имеющим нарушение здоровья различной степени тяжести.

Обоснованию места и роли социальных работников в охране здоровья, включая оказание медико-социальной помощи, способствовали работы Н. Н. Ваганова, Ю. В. Валентика, И. И. Гребешевой, О. В. Грининой, И. М. Гуровича, Н. Ф. Дементьевой, И. П. Катковой, Н. А. Комысовой, О. И. Лебединской, А. В. Мартыненко, Е. И. Моисеенко, Е. А. Сигиды, О. Г. Фроловой и других авторов.

Научное обоснование медико-социальной работы как нового вида профессиональной деятельности в России было выполнено А. В. Мартыненко в середине 1990-х гг. В рамках этого исследования была разработана концепция отечественной медико-социальной работы как нового вида профессиональной деятельности, направленной на восстановление, сохранение и укрепление здоровья.

В основных положениях указанной концепции были отражены цель и объекты медико-социальной работы, принципы организации медико-социальной работы и ее место среди смежных видов деятельности, направления, формы, методы и технологии относительно нового для России вида профессиональной деятельности, базовая модель медико-социальной работы и др. Эти вопросы подробно будут рассмотрены в главе 2 данного пособия.

В Российской Федерации медико-социальная работа как профессиональная деятельность формируется на стыке двух отраслей: здравоохранения и социальной защиты населения.

Отечественный опыт организации медико-социальной помощи, зарубежный опыт социальной работы в здравоохранении показывает, что, несмотря на предпринимаемые усилия в помощи лицам, имеющим медицинские и социальные проблемы, реальная координация ведомственных действий еще недостаточно эффективна. Оптимальное взаимодействие организаций и специалистов этих систем может быть выработано только после длительной совместной работы.

В настоящее время медицинские работники на практике вынуждены выполнять ряд функций социальных работников: предотвращать или так или иначе содействовать преодолению трудной жизненной ситуации, в которую нередко попадает больной и его семья в связи с болезнью, инвалидностью. В свою очередь социальные работники, имеющие дело с клиентами, которые страдают психической и физической патологией, порой пытаются взять на себя некие функции врачей, что в силу отсутствия профессионального образования недопустимо.

Несмотря на то что медико-социальная работа имеет много общего по своей сути с медицинской деятельностью, она не претендует на выполнение лечебно-диагностических функций, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским и иным персоналом в профилактике заболеваний, медико-социальной реабилитации, организации мер социального характера по уходу за больными, престарелыми и инвалидами при четком разграничении сфер ответственности.

Социальные работники, участвующие в оказании медико-социальной помощи населению, к настоящему времени нашли применение своей профессиональной деятельности в медицинских организациях охраны материнства и детства, планирования семьи, психиатрического, наркологического, онкологического профилей, реабилитационных, геронтологических центрах и других медицинских организациях и организациях социального обслуживания населения, предоставляющих социально-медицинские услуги.

Медико-социальная работа в Российской Федерации оформляется в самостоятельное направление профессиональной социальной работы в конце 1990-х гг. в контексте социально-экономических изменений. Не умаляя значения зарубежного опыта теории и практики социальной работы, сложившейся в последние десятилетия, необходимо еще раз отметить глубокие исторические корни благотворительности и милосердия в России, которые можно рассматривать как этапы становления социальной помощи и основу отечественной медико-социальной работы. Кроме этого, еще раз следует подчеркнуть исторически прослеживаемую взаимосвязь оказания медицинской и социальной помощи социально уязвимым категориям населения, о чем было ранее отмечено в главе 1.1.

К настоящему времени в России сложились предпосылки дальнейшего развития медико-социальной работы. К таким предпосылкам относятся функционирование разветвленной сети государственных и негосударственных медицинских организаций и организаций социального обслуживания, наличие концепции отечественной медико-социальной работы, введение в действие национального стандарта «Социальное обслуживание населения» с изложением видов и форм оказания разнообразных, в том числе и социально-медицинских, услуг, формирование

нормативной правовой базы нового вида профессиональной деятельности, в частности профессионального стандарта «Специалист по социальной работе», а также сложившаяся система подготовки профессиональных социальных работников медицинского профиля на факультетах социальной работы, особенно в медицинских вузах, а также в системе среднего профессионального образования.

В формирующейся нормативной правовой базе медико-социальной работы основополагающими являются Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» и Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Федеральным законом № 323-ФЗ определены правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан, полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья, права и обязанности медицинских организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья.

Нормы данного Федерального закона имеют непосредственное отношение к деятельности социальных работников в медицинских организациях, которые принимают участие в оказании медико-социальной помощи, реализуя на практике один из принципов охраны здоровья граждан – принцип социальной защищенности граждан в случае утраты здоровья.

Федеральным законом № 442-ФЗ определены правовые, организационные и экономические основы социального обслуживания граждан в Российской Федерации, полномочия федеральных органов государственной власти и полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере социального обслуживания граждан, виды и формы социальных услуг, права и обязанности получателей и поставщиков социальных услуг.

Данным Федеральным законом предусмотрено оказание населению социально-медицинских услуг, направленных на поддержание и сохранение здоровья путем организации ухода, оказание содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья.

В национальном стандарте «Социальное обслуживание населения» раскрывается содержание социально-медицинских услуг.

В рамках социально-медицинских услуг обеспечивается содействие в оказании клиентам медицинских организаций медицинской помощи в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования, целевых и территориальных программ обязательного медицинского страхования в государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждениях; уходе с учетом состояния здоровья; проведении медико-социальной экспертизы, реабилитационных мероприятий социально-медицинского характера, обеспечении техническими средствами ухода и реабилитации, организации квалифицированного медицинского консультирования, организации лечебно-оздоровительных мероприятий и лечебно-трудовой деятельности, консультировании по социально-медицинским вопросам.

ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Что представляет собой социальная работа как вид профессиональной деятельности?
2. Почему социальную работу рассматривают как деятельность, родственную врачеванию?
3. Как традиции милосердия и благотворительности способствовали становлению и развитию профессиональной социальной работы в России?
4. Дайте определение понятию «трудная жизненная ситуация».
5. С какими категориями населения чаще всего проводится социальная работа и почему?
6. Какие направления социальной работы формируются в настоящее время?
7. Когда медико-социальная работа оформляется в отдельное направление социальной работы?
8. Дайте определение понятию «медико-социальная помощь».
9. Как вы понимаете соотношение терминов «медико-социальная помощь» и «медико-социальная работа»?
10. Какие специалисты принимают участие в оказании медико-социальной помощи гражданам?
11. Какие проблемы характерны для лиц с нарушением здоровья и почему?

ТЕМЫ ДЛЯ ДОКЛАДОВ И РЕФЕРАТОВ

1. История становления и развития медико-социальной работы в России.
2. Традиции милосердия и благотворительности как основа современной социальной работы в России.
3. Деятельность Петра I по развитию государственных форм призрения.
4. Взаимосвязь медицинской и социальной помощи гражданам на различных этапах развития систем здравоохранения и социальной защиты в России.
5. Нормативная правовая база медико-социальной работы в современной России.
6. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья как принцип охраны здоровья.
7. Роль социально-медицинских услуг в сохранении и восстановлении здоровья пациентов.

ГЛАВА

2

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕДИКО- СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

2.1. КОНЦЕПЦИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Результаты анализа отечественного и зарубежного исторического опыта формирования системы охраны здоровья граждан, осознание целесообразности взаимодействия специалистов различных профилей в этом процессе, каждый из которых путем своей специфической по содержанию и технологиям профессиональной деятельности вносит вклад в охрану здоровья граждан, понимание важности внедрения полипрофессионального подхода к оказанию различных видов медико-социальной помощи лицам с факторами риска или имеющими нарушение здоровья, данные научных исследований проблем здоровья, целесообразность внедрения новых подходов к реформированию систем здравоохранения и социальной защиты населения легли в основу разработанной еще в середине 1990-х гг. концепции отечественной медико-социальной работы (Мартыненко А. В., 1997). Данная концепция как некий фундамент создает теоретические основы и позволяет внедрять медико-социальную работу как профессиональную деятельность специалистов по социальной работе в практическую деятельность организаций, в первую очередь систем здравоохранения и социальной защиты (рис. 1).

Рассмотрим кратко основные положения данной концепции.

Понятие «медико-социальная работа» как вид профессиональной деятельности

В Глоссарии терминов по медико-социальной помощи Европейского регионального бюро ВОЗ медико-социальная работа определяется как «организованное социальное обслуживание в больнице или вне ее, с особым упором на связанные со здоровьем социальные проблемы» (Глоссарий терминов по медико-социальной помощи. Европейское региональное бюро ВОЗ).



Рис. 1. Концепция отечественной медико-социальной работы (Мартыненко А. В., 1997)

Целью социальной работы специалисты называют, в частности, ограничение болезненности различных проблем, возникающих в жизни, улучшение функционирования клиента и его лучшую адаптацию к условиям социального окружения, осуществление благоприятных перемен в жизни клиента (Сведенер Х., Бернлер Г., Юннсон Л.).

В сущностном содержании социальной работы А. М. Панов выделил три аспекта этого вида деятельности:

- 1) оказание помощи отдельному человеку или группе лиц, оказавшихся в сложной жизненной ситуации, путем реабилитации, консультирования, использования других видов социальных услуг;
- 2) развитие потенциала самопомощи лиц, оказавшихся в сложной жизненной ситуации;
- 3) влияние на формирование и реализацию социально-экономической политики на всех уровнях с целью обеспечения социально здоровой среды обитания и жизнедеятельности человека, создание системы поддержки нуждающимся лицам.

Указанные три аспекта составляют основу содержания и медико-социальной работы как вида профессиональной деятельности при оказании медико-социальной помощи лицам с нарушением здоровья.

Медико-социальная работа – это новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленный на сохранение, укрепление и восстановление здоровья.

В системе охраны здоровья велико участие специалистов, осуществляющих медико-социальную работу, в оказании медико-социальной помощи. Необходимо еще раз напомнить, что медико-социальная помощь – это комплексная помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, в том числе выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Данная профессиональная деятельность специалистов по социальной работе принципиально изменяет подходы к охране здоровья, важной составляющей которого является социальное благополучие, нередко утрачиваемое человеком в связи с нарушением здоровья (болезнь, травма, инвалидность и пр.). Кроме этого, велика роль специалистов по социальной работе в реализации принципа профилактической направленности охраны здоровья, поскольку позволяет данным специалистам участвовать в формировании здоровьесберегающего поведения населения, выступая «учителями здоровья». Таким образом, медико-социальная работа приобретает не только выраженную терапевтическую и реабилитационную, но и профилактическую направленность.

ЦЕЛЬ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Целью медико-социальной работы является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также связанным с ними социальным неблагополучием.

Таким образом, цель медико-социальной работы как профессиональной деятельности специалистов по социальной работе полностью совпадает с целью деятельности врачей и других специалистов, задействованных в системе охраны здоровья, но при этом имеет свое специфическое содержание и технологии.

Как правило, лица с нарушением здоровья, особенно с тяжелыми его формами, оказываются в трудной жизненной ситуации, которая объективно нарушает все сферы жизнедеятельности человека: профессиональную (учебную), хозяйственно-бытовую и социализаторскую деятельность в семье, рекреационную, поскольку медицинские проблемы такого человека и его семьи порождают психологические, социальные и иные проблемы, ухудшают его социальное функционирование, отягощают друг друга и порождают так называемый замкнутый круг проблем, которые в силу субъективных и объективных обстоятельств самому человеку решить не под силу из-за юного или пожилого возраста, одиночества, отсутствия работы, тяжелого финансового положения и др.

ОБЪЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Объектом медико-социальной работы является лицо, оказавшееся в трудной жизненной ситуации в связи с нарушением здоровья.

Контингент таких лиц разнообразен по степени нарушения здоровья, возрасту, полу, социальному и семейному статусам и другим характеристикам. Однако всех их объединяет то, что, имея выраженные медицинские и социальные проблемы, которые взаимно потенцируют друг друга и решение которых необходимо для максимально возможного восстановления здоровья, является затруднительным в рамках односторонних профессиональных действий только лишь со стороны медицинских работников. Работа с такими контингентами одинаково тяжела и малоэффективна как для медицинских работников, так и для специалистов социальных служб, поскольку неизбежно они оказываются перед кругом проблем, выходящих за рамки их профессиональной компетенции и препятствующих успешной узкопрофессиональной деятельности.

При этом объектами медико-социальной работы являются лица с высоким риском, в том числе социальным, заболеваний (или страдающие ими), в первую очередь социально значимых, как неинфекционного (сердечно-сосудистых, онкологических, сахарного диабета, психических расстройств и расстройств поведения, в том числе вызываемых зависимостью от психоактивных веществ), так и инфекционного характера (ВИЧ-инфекция, гепатиты В и С, туберкулез, инфекции, передаваемые преимущественно половым путем), в возникновении и развитии которых факторы поведенческого характера нередко имеют решающее значение.

ПРИНЦИПЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

В организации и проведении медико-социальной работы целесообразно придерживаться принципов, которые позволили бы обеспечить эффективный целостный подход в данном профессиональном виде деятельности. Таковыми являются экосистемность, полимодальность, солидарность, конструктивная стимуляция, континуальность. Данные принципы созвучны и принципам медицинской деятельности.

Экосистемность – это учет всей системы взаимоотношений человека и окружающей его среды в данной проблемной парадигме, системный анализ взаимосвязей между всеми элементами конкретной проблемной жизненной ситуации и определение на его основе совокупности социально-функциональных действий.

Полимодальность – сочетание в медико-социальной работе различных подходов, способов действия, функционально ориентированных на конкретную цель, на конкретный проблемный контингент, социально уязвимую или дезадаптированную группу населения; исходно заданных, типовых в методологическом плане, использующих отдельные конкретные методы, технологии, типовые способы действий.

Солидарность – сочетанное и согласованное организационное взаимодействие в процессе медико-социальной работы организаций и специалистов, действующих в целях охраны здоровья населения, входящих в структуры организаций с разной формой собственности, что позволяет на практике реализовывать полипрофессиональный подход и межведомственное взаимодействие с единой для всех специалистов целью: сохранение, укрепление и восстановление здоровья.

Конструктивная стимуляция – отказ при планировании и в ходе медико-социальной работы от исключительно патерналистских форм помощи и опеки, порождающих у объектов воздействия пассивное иждивенчество, и смещение акцента на развитие и поощрение личной активности и ответственности пациентов и их семей за решение возникших медико-социальных и иных проблем, максимальное использование и развитие их собственных ресурсов.

Континуальность – непрерывность, цельность, функциональная динамичность и плановость медико-социальной работы, понимание ее как процесса, использование континуального подхода к ее практике с обязательным планированием последовательных этапов деятельности на основе определения шагов постепенного достижения конкретных целей в виде суммы действий и наблюдающихся значимых изменений статуса и модуса объектов помощи.

МЕСТО СРЕДИ СМЕЖНЫХ ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Особенность медико-социальной работы состоит в том, что как профессиональная деятельность она формируется на стыке двух самостоятельных отраслей и может осуществляться как в организациях системы здравоохранения, так и социальной защиты населения.

Несмотря на предпринимаемые усилия в помощи лицам, имеющим медицинские и социальные проблемы, реальная координация ведомственных действий в настоящее время недостаточно эффективна. Оптимальное взаимодействие вырабатывается лишь после длительной совместной работы специалистов данных сфер на основе выбора специальных форм и технологий работы, с которыми должны быть хотя бы на базовом уровне знакомы все специалисты, участвующие в охране здоровья, включая оказание медико-социальной помощи. При этом необходимо четкое разграничение функций между медицинскими и социальными работниками.

В связи с этим в настоящее время остро стоит вопрос знакомства врачебного сообщества с основами содержания и технологий медико-социальной работы, поскольку деятельность других специалистов – психологов, юристов, педагогов – врачам более знакома и понятна.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Исходя из определения медико-социальной работы, ее условно можно разделить на две составляющие: медико-социальную работу профилактического направления и медико-социальную работу патогенетического (реабилитационного) направления.

Медико-социальная работа профилактического направления включает выполнение мероприятий по раннему выявлению факторов риска, в том числе поведенческих, социальных и иных, предупреждению социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья; формирование установок на здоровый образ жизни, формирование у населения умений и навыков здоровьесберегающего поведения, обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья; участие в мониторинге здоровья различных возрастных групп населения для оценки состояния их здоровья и на основе этого разработки целевых программ по его улуч-

шению; социальное администрирование; обеспечение защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

Медико-социальная работа патогенетического (реабилитационного) направления включает мероприятия по содействию в получении лечебно-диагностической помощи; организации медико-социальной помощи; участие в проведении медико-социальной экспертизы; организацию и осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, а также необходимую коррекцию запланированных мероприятий и оценку их эффективности; проведение социальной работы в отдельных областях медицины и здравоохранения, проведение коррекции психического статуса клиента, обеспечение преемственности во взаимодействии специалистов смежных профессий и др.

БАЗОВАЯ МОДЕЛЬ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

С целью поиска оптимальных и эффективных форм и методов медико-социальной работы в соответствии с названными основными направленностями представляется обоснованным построение базовой модели, позволяющей обеспечить единые подходы в данном виде деятельности.

Характеристика базовой модели излагается в главе 2.2, посвященной этому вопросу. Общая характеристика базовой модели основывается на двух положениях.

1. Выделяется пять групп клиентов – объектов медико-социальной работы, различающихся по степени нарушения здоровья:

- группа повышенного риска заболеваний;
- члены семьи клиента и его ближайшее окружение;
- больные с выраженными социальными проблемами;
- длительно, часто и тяжело болеющие;
- инвалиды.

2. В работе с каждой из перечисленных групп клиентов специалист по социальной работе выполняет две группы основных мероприятий: медико-социальную работу профилактического направления и медико-социальную работу патогенетического (реабилитационного) направления. В зависимости от состояния здоровья в работе с каждой из указанных групп преобладает то или иное ее направление и соответствующие ему мероприятия.

Такой подход при сохранении единства принципов позволяет учитывать специфику профессиональной медико-социальной работы с конкретными контингентами различного профиля в отдельных областях медицины, в системе социальной защиты населения и иных сферах.

ФОРМЫ И МЕТОДЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Являясь видом мультидисциплинарной деятельности и реализуясь в области интересов здравоохранения и социальной защиты населения, медико-социальная работа использует формы и методы, сложившиеся в системе здравоохранения – профилактические, реабилитационные, психотерапевтические и др.; в системе социальной защиты населения – социальное консультирование, социальные пособия, социальное обслуживание на дому и в стационарных организациях, организация дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания, предоставление временного приюта и др.

Кроме того, могут использоваться формы и методы, сложившиеся в области педагогики, психологии и др. Конкретная структура медико-социальной работы в каждом случае определяется

конкретным профилем патологии или проблемой жизненной ситуации, в которой оказался клиент. Умение на практике сочетать необходимые формы и методы является важнейшей задачей профессиональной подготовки специалиста.

ТЕХНОЛОГИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Прежде чем характеризовать технологии медико-социальной работы, целесообразно обратиться к определению понятий «технология» и «технологии социальной работы».

Технология (от греч. *techn* – искусство, мастерство, умение) – это совокупность приемов и способов получения, обработки или переработки, продуманная система знаний, умений о том, как и каким образом цель воплощается в результат.

Технологии социальной работы – это совокупность используемых в определенной последовательности приемов, методов и воздействий, применяемых социальными службами, отдельными организациями социальной сферы и специалистами по социальной работе (социальными работниками) для достижения поставленных целей в процессе осуществления социальной работы, решения разного рода социальных проблем, обеспечения эффективности реализации задач социальной защиты населения.

Технологии медико-социальной работы, являясь по своей сути технологиями данного профессионального вида деятельности – социальной работы, безусловно, имеют свои особенности в медико-социальной работе с пациентами и их семьями в процессе оказания им различных видов медико-социальной помощи.

Их названия часто схожи с технологиями медицинской деятельности, однако используемые приемы и методы, безусловно, специфичны именно для деятельности специалистов по социальной работе, осуществляющих медико-социальную работу (табл.).

Таблица

Технологии медико-социальной работы и врачевания

Технологии медико-социальной работы	Технологии медицинской деятельности (врачевания)
Социальная диагностика	Медицинская диагностика
Консультирование (социально-медицинское, социально-правовое, социально-психологическое и др.)	Консультирование медицинское
Социальная профилактика	Медицинская профилактика
Социальная терапия	Терапия
Медико-социальная абилитация и реабилитация	Медицинская реабилитация
Социальный патронаж	Медицинский патронаж
Социальное сопровождение	Медицинское сопровождение
Гигиеническое просвещение и воспитание	Санитарно-гигиеническое просвещение и воспитание
Социальное обслуживание (социально-медицинские услуги)	Диспансерное наблюдение

Несмотря на схожесть названий технологий медико-социальной работы и врачебной деятельности, каждая из них включает различные методы. Например, технология медицинской диагностики включает сбор анамнеза, осмотр и опрос больного, инструментальные, лабораторные и иные методы исследования. В результате их применения выставляется медицинский диагноз.

Социальная диагностика также имеет диагностическую цель – постановку социального диагноза. Для этого специалист по социальной работе использует иные методы: опрос самого больного и членов его семьи, беседу, анкетирование, наблюдение и пр. В результате выявляются проблемы, с которыми столкнулся больной и его семья в связи с болезнью, причины их возникновения, а также возможности самого больного и членов его семьи по их преодолению. В результате выставляется социальный диагноз.

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ

Исходя из реальных условий существующих в стране систем охраны здоровья и социальной защиты населения, целесообразной является модель медико-социальной работы, ориентированная для реализации преимущественно на сеть медицинских организаций и организаций социального обслуживания населения.

В медицинских организациях медико-социальная работа востребована как в амбулаторно-поликлинических, так и стационарных условиях. Объектами воздействия являются при этом как взрослые, так и дети.

Профессиональная медико-социальная работа может эффективно осуществляться и в учреждениях социального обслуживания: центрах социального обслуживания, центрах социальной помощи семье и детям, социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних, социальных приютах для детей и подростков, геронтологических центрах, стационарных учреждениях социального обслуживания (домах-интернатах для престарелых и инвалидов, социальных домах, детских домах-интернатах для умственно отсталых детей или для детей с физическими недостатками).

Вместе с тем медико-социальная работа, особенно профилактическая, в том числе просветительской направленности, может осуществляться и в образовательных организациях, поскольку дети и подростки как никакой другой контингент нуждаются в получении современной научно обоснованной информации по вопросам здоровья и формирования на ее основе умений и навыков здоровьесберегающего поведения. Такая просветительская деятельность в образовательных организациях различного уровня может и должна осуществляться специалистом по социальной работе совместно с педагогами.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ И НОРМЫ

В настоящее время в Российской Федерации идет активный процесс формирования нормативной правовой базы медико-социальной работы (социальной работы в охране здоровья). Разрабатываются федеральные, межотраслевые и отраслевые нормативные правовые документы, направленные на обеспечение населения медико-социальной помощью с участием социальных работников.

В формирующейся нормативной правовой базе медико-социальной работы основополагающими являются Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

Федеральным законом № 323-ФЗ определены принципы правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан, полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья, права и обязанности медицинских организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья.

Нормы данного Федерального закона имеют непосредственное отношение к деятельности социальных работников в медицинских организациях, которые принимают участие в оказании различных видов медико-социальной помощи. В поле профессиональной деятельности таких специалистов входит и поддержание (восстановление) социального благополучия лиц с нарушением здоровья.

Федеральным законом № 442-ФЗ определены правовые, организационные и экономические основы социального обслуживания граждан в Российской Федерации, полномочия федеральных органов государственной власти и полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере социального обслуживания граждан, виды и формы оказания социальных, в том числе социально-медицинских услуг, права и обязанности получателей и поставщиков социальных услуг.

КАДРЫ

Обеспечить мультидисциплинарный подход в решении медицинских и социальных проблем клиентов можно при помощи специалистов, имеющих профессиональное образование, соответствующее требованиям и характеру выполняемой работы, склонных по своим личным качествам к оказанию социальных услуг.

Необходимым условием развития медико-социальной работы как направления профессиональной деятельности в социальной работе, отвечающего современным требованиям, является система подготовки кадров. Как отмечалось выше, к настоящему времени сложилась многоуровневая система подготовки социальных работников, участвующих в оказании медико-социальной помощи населению: среднее профессиональное образование и высшее на уровнях бакалавриата и магистратуры. В отсутствие научной специальности «социальная работа» выпускники вузов, обучившиеся по данному направлению подготовки, могут продолжить обучение в аспирантуре по смежным научным специальностям (социология, педагогика, психология и др.).

ФИНАНСИРОВАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Исходя из того что медико-социальная работа может выполняться в организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, в организациях системы социального обслуживания населения, а также в организациях других ведомств формирование источников и механизмов финансирования такого вида деятельности может быть различными и осуществляться на федеральном уровне, уровне субъекта Российской Федерации и уровне местного самоуправления.

Дополнительными внебюджетными источниками финансирования могут быть средства, поступающие от целевых социальных фондов, кредиты банков, доходы от предпринимательской деятельности соответствующих учреждений, средства, поступающие как плата за социальные услуги, благотворительные взносы, пожертвования и другие источники, не запрещенные законодательством.

Знание всеми специалистами, участвующими в охране здоровья, основных положений концепции медико-социальной работы позволит на практике определить ее роль в системе охраны здоровья граждан, обеспечить эффективное их взаимодействие, реализовывая на практике принцип солидарности, а также осуществлять полипрофессиональный подход к охране здоровья граждан.

2.2. БАЗОВАЯ МОДЕЛЬ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Одним из элементов концепции медико-социальной работы является базовая модель. В ней выделены пять групп лиц – объектов воздействия и два направления медико-социальной работы – профилактическое и патогенетическое.

Как указывалось выше, объектом медико-социальной работы является лицо, оказавшееся в трудной жизненной ситуации в связи с нарушением здоровья. Данный контингент лиц разнообразен по степени нарушения здоровья и возникающим у них проблемам не только медицинского, но и социального характера, а также степени нарушения социального функционирования. Все это определяет как содержание медико-социальной работы с ними, так и используемые технологии.

Данная модель является универсальной для лиц с различным профилем патологии и потому может быть использована в практике медико-социальной работы с различными группами лиц с нарушением здоровья в различных медицинских и иных организациях социальной сферы в зависимости от стоящих и решаемых специалистами этих организаций задач. При таком подходе представляется возможным достаточно полно сгруппировать перечень мероприятий, которые выполняет или участвует в их выполнении специалист по социальной работе при оказании медико-социальной помощи той или иной группы лиц.

Базовая модель медико-социальной работы представлена на рис. 2.

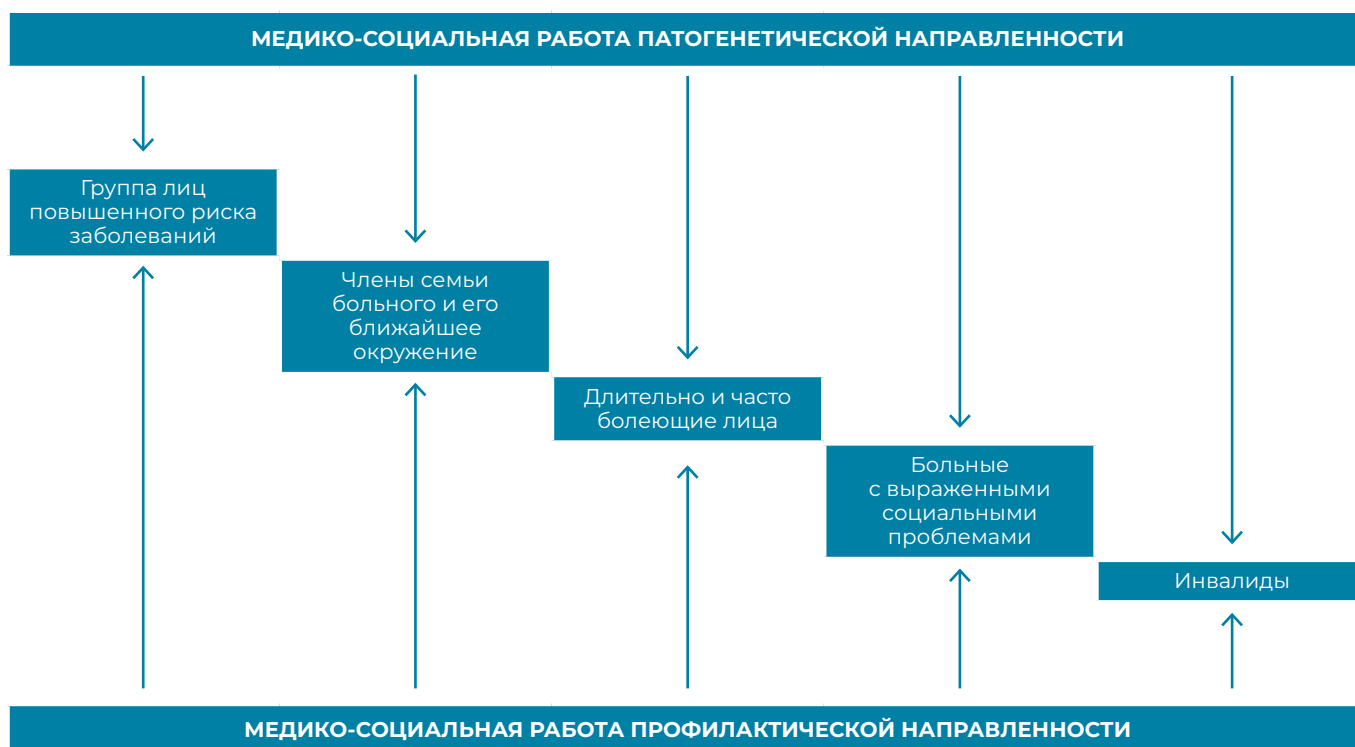


Рис. 2. Базовая модель медико-социальной работы

В базовой модели применяется условное разделение всех лиц – объектов медико-социальной работы на пять групп:

- повышенного риска заболеваний;
- члены семьи клиента и его ближайшее окружение;
- длительно, тяжело и часто болеющие;
- больные с выраженными социальными проблемами;
- инвалиды.

На каждую из указанных групп клиентов направлен комплекс мероприятий медико-социальной работы профилактической и патогенетической (реабилитационной) направленности.

Важно еще раз подчеркнуть универсальность данной модели, поскольку вне зависимости от характера патологии (сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, психические расстройства, социально значимые инфекционные заболевания и пр.) в каждой группе лиц, страдающих ею, всегда можно выделить 5 указанных в модели групп пациентов – объектов медико-социальной работы.

Далее предлагается рассмотреть основные мероприятия, которые являются предметом медико-социальной работы профилактической и патогенетической направленности с каждой из пяти выделенных групп. Понятно, что в отношении лиц, имеющих лишь только факторы риска того или иного заболевания, медико-социальная работа будет иметь преимущественно профилактическую направленность, в то время как в отношении инвалидов как лиц с тяжелыми формами нарушения здоровья будет преобладать медико-социальная работа патогенетической (реабилитационной) направленности.

1. ГРУППА ПОВЫШЕННОГО РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ

1. Мероприятия медико-социальной работы профилактической направленности:

- выявление факторов риска нарушения соматического, психического, репродуктивного здоровья;
- формирование групп лиц, имеющих те или иные факторы риска нарушения здоровья, для дальнейшей работы с ними на индивидуальном или групповом уровнях;
- содействие организации и своевременному проведению профилактических медицинских осмотров;
- проведение гигиенического воспитания и формирование установок на здоровый образ жизни с учетом специфики имеющихся факторов риска нарушения здоровья;
- участие в разработке и реализации целевых программ профилактики заболеваний, сохранения и укрепления здоровья;
- содействие медико-генетическому консультированию;
- участие в проведении социально-гигиенического мониторинга;
- информирование граждан о состоянии индивидуального и общественного здоровья, факторах и причинах заболеваний, состоянии среды обитания и др

II. Мероприятия медико-социальной работы патогенетической (реабилитационной) направленности:

- медико-социальный патронаж семей социального риска нарушения здоровья;
- содействие в обеспечении государственных гарантий прав граждан в охране здоровья и оказании медико-социальной помощи;
- содействие в решении правовых проблем клиента;
- психокоррекционная работа и др.

2. ЧЛЕНЫ СЕМЬИ КЛИЕНТА И ЕГО БЛИЖАЙШЕЕ ОКРУЖЕНИЕ

I. Мероприятия медико-социальной работы профилактической направленности:

- проведение гигиенического воспитания и формирование установок на здоровый образ жизни семьи с учетом специфики заболевания ее члена;
- содействие организации отдыха и досуга семьи, адекватного здоровому образу жизни;
- профилактика созависимости и созависимого поведения семьи по отношению ее члена с нарушением здоровья (особенно это касается лиц, зависимых от ПАВ);
- профилактика вовлечения в асоциальные группы;
- социально-правовое консультирование;
- разрешение проблемных ситуаций и содействие в устранении факторов риска их возникновения с мобилизацией личностных ресурсов семьи;
- содействие при необходимости переориентации семейных ролей вследствие болезни члена семьи;
- патронаж семей социального риска;
- содействие в разрешении микросредовых проблем, сохранении семейных связей;
- содействие в разрешении проблемы одиночества;
- содействие членам семьи и ближайшему окружению в доступности необходимой медико-социальной информации и информации о льготах и видах социальной защиты и др.

II. Мероприятия медико-социальной работы патогенетической (реабилитационной) направленности:

- содействие семье в своевременной консультации и обращении за необходимой медицинской, психологической, юридической и другими видами помощи;
- организация психологической поддержки семьи и ближайшего окружения больного ее члена;
- вовлечение членов семьи и ближайшего окружения клиента в деятельность сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического, социально-правового и благотворительного характера;
- содействие организации ухода за больным членом семьи;

- помощь в трудоустройстве членов семьи (удаленные формы занятости, например), осуществляющих уход за больным членом семьи;
- содействие созданию реабилитационной социально-бытовой среды для семьи больного и др.

3. ДЛИТЕЛЬНО, ЧАСТО И ТЯЖЕЛО БОЛЕЮЩИЕ ЛИЦА

I. Мероприятия медико-социальной работы профилактической направленности:

- комплексная оценка социального статуса клиента;
- содействие в предупреждении влияния социальных факторов риска на возникновение трудной жизненной ситуации;
- содействие в преодолении правовых проблем, в том числе трудовых прав;
- содействие в решении вопросов материального характера;
- в случае необходимости содействие в овладении новой профессией и трудоустройстве;
- проведение гигиенического воспитания и формирование установок на здоровый образ жизни семьи с учетом специфики заболевания;
- профилактика неблагоприятного развития и декомпенсации соматического или психического статуса, выхода на инвалидность.

II. Мероприятия медико-социальной работы патогенетической (реабилитационной) направленности:

- содействие в организации и получении необходимой медико-социальной помощи;
- содействие в обеспечении специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи с учетом особенностей соматической или психической патологии;
- содействие в устранении социальных факторов риска возникшей трудной жизненной ситуации;
- семейное консультирование и семейная психокоррекция;
- содействие во включении в работу терапевтических сообществ;
- содействие своевременному направлению на медико-социальную экспертизу;
- участие в организации социального обслуживания и предоставлении необходимых социальных услуг.

4. БОЛЬНЫЕ С ВЫРАЖЕННЫМИ СОЦИАЛЬНЫМИ ПРОБЛЕМАМИ

I. Мероприятия медико-социальной работы профилактической направленности:

- проведение гигиенического воспитания и формирование установок на здоровый образ жизни с учетом специфики заболевания;
- профилактика неблагоприятного развития и декомпенсации соматического или психического статуса, выхода на инвалидность;

- выявление неблагоприятной микросреды и ее оздоровление;
- участие в предупреждении общественно опасных действий;
- определение социально-правового статуса: беженца, лица без определенного места жительства, лица, отбывающего наказание и т. д.;
- социально-правовое консультирование;
- представление интересов клиентов, нуждающихся в медико-социальной помощи, в органах власти;
- информирование соответствующих служб об изменении социального статуса клиента;
- выявление актуальных и потенциально угрожающих больному социальных и иных проблем и содействие в их разрешении;
- информирование о льготах и мерах социальной защиты;
- информирование соответствующих служб о наличии социальных проблем семейных, бытовых, материальных, правовых;
- содействие в получении медицинской, психологической, правовой и материальной помощи и др.

II. Мероприятия медико-социальной работы патогенетической (реабилитационной) направленности:

- участие в оказании медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста, включая организацию опеки, ухода, устройства в организации социального обслуживания;
- содействие клиентам в решении социально-бытовых и жилищных трудностей, представляющих угрозу для его здоровья и здоровья окружающих;
- обеспечение преемственности во взаимодействии со специалистами смежных профессий при оказании медико-социальной помощи;
- разрешение социального конфликта в семье, связанного с состоянием здоровья клиента и его жизнеобеспечением;
- оформление при необходимости опеки и попечительства;
- создание реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры;
- организация специализированной медицинской помощи.

5. ИНВАЛИДЫ

I. Мероприятия медико-социальной работы профилактической направленности:

- проведение гигиенического воспитания и формирование установок на здоровый образ жизни с учетом специфики заболевания;
- предупреждение усугубления влияния факторов социального неблагополучия инвалида и его семьи;
- участие в предупреждении общественно опасных действий;

- участие в разработке и реализации программ профилактики инвалидности и смертности;
- диагностика потребностей инвалида в различных видах социальной защиты;
- содействие инвалиду в реализации его прав, представление интересов в органах власти;
- участие в определении дееспособности, возможной опеке и попечительстве;
- содействие в получении пенсий, пособий и других выплат;
- содействие в решении жилищных проблем;
- размещение клиента в стационарные организации социального обслуживания.

II. Мероприятия медико-социальной работы патогенетической (реабилитационной) направленности:

- диагностика видов и степени ограничений жизнедеятельности;
- участие в проведении медико-социальной экспертизы;
- участие в разработке индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида);
- координация реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида);
- участие в оценке эффективности индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида);
- участие в реализации мер социальной реабилитации инвалидов: создание безбарьерной среды жизнедеятельности, социальная помощь и социальные услуги, обеспечение техническими средствами реабилитации;
- участие в реализации мероприятий социально-культурной реабилитации: социальный туризм, культурно-развлекательные мероприятия для инвалидов и их семей;
- содействие организации и деятельности сообществ инвалидов и их семей;
- участие в проведении мер профессиональной реабилитации: профессиональная ориентация и профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве, оборудовании рабочего места, контроль выполнения работодателем трудовых прав инвалида;
- содействие в социально-средовой реабилитации посредством создания реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры и др.

Таким образом, предложенная систематизация всех мероприятий в рамках медико-социальной работы учитывает особенности широкого круга проблем той или иной группы клиентов, имеющих различную степень нарушения здоровья. Это позволяет рассматривать ее как базовую модель медико-социальной работы как вида профессиональной деятельности, которая может дифференцированно осуществляться в отдельных областях клинической медицины как в медицинских организациях системы здравоохранения, так и организациях системы социального обслуживания населения, а также и в других сферах, где имеется потребность в таком виде деятельности, обусловленной потребностями граждан в сохранении, укреплении и восстановлении здоровья.

ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Дайте определение понятию «медико-социальная работа».
2. Назовите и охарактеризуйте основные положения концепции отечественной медико-социальной работы.
3. Какова цель медико-социальной работы?
4. Какие принципы медико-социальной работы созвучны принципам врачебной деятельности?
5. Кто и почему является объектами медико-социальной работы?
6. Помимо медицинских проблем, какие иные проблемы испытывают лица с нарушением здоровья и почему?
7. Что представляет собой базовая модель медико-социальной работы?
8. Какие выделяют направления медико-социальной работы?
9. Назовите пять групп объектов медико-социальной работы, выделяемых в базовой ее модели.
10. Каковы технологии медико-социальной работы?
11. К какому направлению медико-социальной работы следует отнести деятельность по формированию здоровьесберегающего поведения?

ТЕМЫ ДЛЯ ДОКЛАДОВ И РЕФЕРАТОВ

1. Концепция отечественной медико-социальной работы и ее роль в развитии практики медико-социальной работы.
2. Содержание и технологии медико-социальной работы с лицами, имеющими факторы риска заболеваний.
3. Содержание и технологии медико-социальной работы с семьями и ближайшим окружением лиц с нарушением здоровья.
4. Содержание и технологии медико-социальной работы с длительно и часто болеющими лицами.
5. Содержание и технологии медико-социальной работы с социально неблагополучными лицами, имеющими нарушение здоровья.
6. Содержание и технологии медико-социальной работы с инвалидами.
7. Базовая модель медико-социальной работы и практика ее применения в медицинских организациях.

ГЛАВА

3

СОДЕРЖАНИЕ
И ТЕХНОЛОГИИ
МЕДИКО-
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ
В МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЯХ

Содержание и технологии медико-социальной работы в медицинских организациях различного типа и профиля определяются в первую очередь контингентом пациентов, получающих в них тот или иной вид медицинской помощи, что в соответствии с базовой моделью медико-социальной работы определяет круг мероприятий в отношении пациента как медицинским персоналом, так и специалистами по социальной работе.

Основными типами медицинских организаций, в которых востребована медико-социальная работа, безусловно, являются амбулаторно-поликлинические и стационарные медицинские организации, оказывающие гражданам первичную медико-санитарную и специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь. Однако и в медицинских организациях иного, например, санаторно-курортного, типа медико-социальная работа будет востребована в соответствии с запросами и проблемами, имеющимися у их пациентов в связи с нарушением здоровья, а также задачами, стоящими перед такими организациями, и имеющимися возможностями.

Вместе с тем перед профессиональным социальным работником для организации и проведения медико-социальной работы в медицинской организации любого типа и профиля стоят следующие задачи:

- определение цели и задач медико-социальной работы с конкретными группами пациентов;
- выделение объектов медико-социальной работы;
- диагностика у пациентов и их семей объектов медико-социальной работы, имеющихся в связи с нарушением здоровья проблем медицинского, психологического, правового, социального и иного характера;
- анализ объективных и субъективных причин возникновения данных проблем, с учетом которых совместно с пациентом, его семьей и ближайшим окружением строится общий план, последовательность и механизмы их решения, что составляет предмет медико-социальной работы;
- выбор оптимальных технологий медико-социальной работы с пациентом ее объектом;
- организация и проведение данной работы;
- выбор критериев результативности (эффективности) с последующей оценкой полученных результатов.

Поэтапное решение указанных задач формирует некий алгоритм действий профессионального социального работника в медицинской организации любого типа, в котором:

«кто?» – объект медико-социальной работы;

«что?» – суть имеющихся у объекта проблем;

«как?» – технологии их решения;

«где?» – в каких учреждениях или организациях и при участии каких специалистов данные проблемы будут решаться;

«когда?» – временной интервал для проведения медико-социальной работы.

Безусловно, деятельность социального работника должна строиться с учетом индивидуальных особенностей пациента (характера имеющегося заболевания и его тяжести, психологических

особенностей, возраста, уровня образования, в том числе определяющего «культуру здоровья», социального и семейного статуса и др.).

Однако для большинства пациентов, которые, согласно базовой модели, формируются в пять групп объектов медико-социальной работы (см. материалы главы 2.2), характерны и общие проблемы медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, определяющие их потребности в различных видах медико-социальной и иной помощи. Кроме этого, особенности организации и направлений деятельности медицинских организаций различного типа, определяющие виды и условия и формы получения медицинской помощи, которые пациенты – потенциальные объекты медико-социальной работы – получают в них, следует учитывать для определения содержания и технологий медико-социальной работы в них.

Данные причины являются основанием для изложения содержания и технологий медико-социальной работы с учетом типа медицинской организации и объектов медико-социальной работы в них.

В данной главе представлены материалы, касающиеся общей содержательной и технологической составляющей деятельности профессионального социального работника в медицинских организациях различного типа, которые, безусловно, имеют свои особенности с учетом имеющейся у пациента патологии (наркологического, психиатрического, онкологического и др.).

Рассмотрим содержание и технологии медико-социальной работы в медицинских организациях различного типа.

3.1. СОДЕРЖАНИЕ И ТЕХНОЛОГИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ АМБУЛАТОРНОГО ТИПА

Рассмотрим содержание и технологии медико-социальной работы в амбулаторных медицинских организациях на примере городской поликлиники.

В данных организациях получает преимущественно первичную медико-санитарную помощь разнообразный по уровню здоровья контингент лиц. Это и лица, имеющие высокий риск заболеваний, и больные с острыми и хроническими формами заболеваний, длительно и часто болеющие, имеющие выраженные проблемы социального характера, а также инвалиды. По этой причине объекты медико-социальной работы в поликлинике в соответствии с базовой моделью могут быть сгруппированы в пять групп.

Рассмотрим особенности медико-социальной работы профилактической и патогенетической направленности с каждой из них.

Первая группа – это лица, имеющие высокий риск развития заболеваний, в первую очередь социально значимых (заболевания системы органов кровообращения, злокачественные новообразования, сахарный диабет и др.). Общей проблемой таких лиц, как правило, является низкий уровень информированности о данных заболеваниях: причинах и факторах риска их развития, симптомах, возможных негативных последствиях, методах выявления и профилактики.

В связи с этим медико-социальная работа с данной группой лиц имеет преимущественно профилактическую направленность и нацелена на повышение уровня знаний по вопросам сохранения здоровья, формирование умений и навыков здоровьесберегающего поведения с учетом

имеющихся факторов риска того или иного заболевания. Основными технологиями, используемыми в профессиональной деятельности социальных работников с данной группой, являются технологии гигиенического обучения и воспитания, включающие как традиционные методы (устный, печатный, наглядный), так и инновационные (компьютерные обучающие программы, социальная реклама и др.) в зависимости от возраста, уровня базовых медицинских знаний и других индивидуальных особенностей пациента.

Формы такой работы различаются в зависимости от используемых технологий медико-социальной работы: индивидуальная (технология социально-медицинского консультирования), групповая (технология организации работы терапевтических сообществ по профилю патологии) и массовая (технология социально-медицинской рекламы).

Медико-социальная работа патогенетической направленности с данной группой направлена на выявление факторов риска заболевания (медицинских, социальных, поведенческих и др.), для чего используется технология социальной диагностики с использованием различных методов (опрос, анкетирование и др.), и содействие лицу в их устранении (уменьшении) негативного влияния на здоровье. К медико-социальной работе патогенетической направленности следует отнести содействие в организации для данной группы лиц регулярных профилактических медицинских осмотров с целью максимально раннего выявления заболевания (*технология содействия в получении медицинской помощи*).

Важно изменить характер медицинской активности данной группы лиц с лечебного, когда большинство лиц обращаются за медицинской помощью в связи с уже возникшим заболеванием, на профилактический (постоянный контроль за состоянием своего здоровья), тем самым способствуя повышению ответственности за свое здоровье самого человека.

Медико-социальная работа с данной группой может проводиться в отделениях профилактики поликлиники совместно с медицинским персоналом.

Семья и ближайшее окружение больного – вторая, согласно базовой модели, группа объектов медико-социальной работы в медицинской организации амбулаторного типа. Семья, в зависимости от характера и тяжести заболевания близкого человека, как правило, сталкивается с многообразными проблемами не только медицинского (необходимость организации лечения, затраты на лекарства и др.), но психологического (волнение из-за возможных негативных последствий и исхода заболевания близкого человека, изменение семейных ролей, образа жизни семьи и др.), социального (необходимость организации ухода за больным, нередко вынуждающая отказаться от работы одного из членов семьи, снижение материального уровня и др.) характера.

Медико-социальная работа с семьей больного нацелена на сохранение семейного здоровья. В рамках профилактического направления профессиональный социальный работник должен организовать гигиеническое обучение и воспитание семьи, особое внимание уделив выработке в сложившейся трудной для семьи жизненной ситуации умений и навыков здоровьесберегающего поведения, содействовать своевременному проведению профилактических медицинских осмотров, а также формированию стрессоустойчивости, привлекая для решения этой задачи психологов, психотерапевтов, врачей и других специалистов.

Медико-социальная работа патогенетической направленности заключается в выявлении и содействии в решении проблем медицинского характера, в том числе путем организации для членов семьи медицинских осмотров, получении необходимой медицинской помощи.

Совместное с семьей решение возникших проблем социального характера (содействие трудоустройству с удобным графиком или удаленной формой работы члена семьи, обеспечивающему

уход за больным, организация социального обслуживания больного, оформление необходимых документов для получения льгот, пособий, компенсационных выплат и др.) также составляет профессиональное поле деятельности социального работника с данной группой в амбулаторной медицинской организации.

Социальная диагностика, различные виды консультирования (социально-медицинское, социально-правовое, социально-психологическое), социальный патронаж семьи больного, социальное сопровождение, социальная терапия, психокоррекция – вот неполный перечень технологий медико-социальной работы, которые может использовать профессиональный социальный работник при оказании медико-социальной помощи семье больного.

Представителями третьей, согласно базовой модели, группы объектов медико-социальной работы в амбулаторной медицинской организации являются длительно и часто болеющие лица. Этот разнообразный по характеру имеющейся патологии, тяжести течения заболеваний, наличию осложнений и частоте рецидивов контингент лиц, как правило, сталкивается с множеством проблем как медицинского, так и психологического, социального, правового и педагогического характера. Содействие в решении многих из них находится в поле профессиональной деятельности социального работника амбулаторной медицинской организации.

Медико-социальная работа с ними носит преимущественно патогенетический характер, включает анализ имеющихся проблем и помощь в их решении, например содействие в получении специализированных видов медицинской помощи, в том числе и высокотехнологичных. Лицам, имеющим признаки инвалидности, социальный работник может содействовать в направлении на медико-социальную экспертизу с целью установления факта инвалидности и разработки с последующей реализацией индивидуальной программы реабилитации и (или) абилитации инвалида. Содействие в проведении в течение времени до очередного переосвидетельствования в рамках медико-социальной экспертизы всех запланированных в рамках комплексной реабилитации мероприятий медицинского, профессионального и социального характера позволит не только улучшить и (или) восстановить физическое и психическое здоровье таких лиц, но улучшить социальное функционирование человека.

Нередко такие лица из-за имеющихся заболеваний испытывают трудности в трудоустройстве и выполнении трудовых обязанностей. По этой причине социально-правовое консультирование таких лиц, содействие в реализации его трудовых прав, представление интересов перед работодателем, содействие в получении квалифицированной юридической помощи – все это также является задачей профессионального социального работника.

Большинство длительно и часто болеющих лиц сталкиваются и с иными проблемами социального характера: снижением материального уровня жизни и, как следствие, отсутствием возможности оплатить, например, дорогостоящие лекарства и санаторно-курортное лечение, что ставит перед профессиональным социальным работником задачи по их решению с привлечением специалистов органов и учреждений социальной защиты населения, различных фондов и других негосударственных организаций, частных благотворителей.

Хотя в отношении этой группы лиц медико-социальная работа, как указывалось выше, имеет преимущественно патогенетическую направленность, вопросам формирования умений и навыков здоровьесберегающего поведения как медико-социальной работе профилактической направленности следует уделять не меньшее внимание.

Для проведения медико-социальной работы с лицами – представителями третьей группы объектов медико-социальной работы в амбулаторных медицинских организациях используются сле-

дующие технологии: социальная диагностика, различные виды социального консультирования, социальное сопровождение, социальная терапия, содействие в получении медицинской помощи, включая высокотехнологичную, содействие в своевременном направлении на медико-социальную экспертизу и реализации плана мероприятий комплексной реабилитации, социальный патронаж, представление интересов лица перед работодателем (адвокатирование) и др.

Следует подчеркнуть важность соблюдения принципа солидарности медико-социальной работы, поскольку при ее выполнении профессиональному социальному работнику важно установить взаимосвязь и преемственность в деятельности со специалистами различных профилей различных учреждений и организаций, в том числе организаций системы социальной защиты, центров занятости населения, а также принципа континуальности в связи с длительным течением заболевания, потенцирующим развитие целого круга проблем не только медицинского характера.

Четвертая, согласно базовой модели, группа объектов медико-социальной работы – это больные с выраженными социальными проблемами. К ним в равной степени могут быть отнесены лица как с острой, так и хронической патологией, у которых возникли проблемы, осложняющие процесс восстановления и поддержания на максимально высоком уровне здоровья.

Рассмотрим типичные для данной группы объектов проблемы на примере ВИЧ-инфицированного лица и(или) больного СПИДом.

Для таких лиц характерны проблемы психологического характера, например стрессовое состояние, обусловленное пониманием наличия у них тяжелого неизлечимого заболевания, необходимостью информирования близких родственников о наличии такого заболевания и др.; проблемы медицинского характера – поиск возможностей для получения необходимой лекарственной и других видов медицинской помощи в зависимости от места его проживания и других жизненных обстоятельств; проблемы социального характера, например возможность продолжать учебу и(или) работу, особенно в случаях, когда его профессия связана с некоторыми ограничениями для больных данным заболеванием; проблемы правового характера – отсутствие информации о правах и обязанностях ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, увольнение с работы в связи с открывшимся фактом болезни и др.

Большие проблемы для данной категории лиц создает и отсутствующее в обществе толерантное отношение к данной категории лиц и, как следствие этого, их стигматизация.

Типичный круг описанных проблем является основанием для проведения медико-социальной работы с данной группой лиц, в том числе в условиях амбулаторных медицинских организаций, в первую очередь предназначенных для оказания медико-социальной помощи лицам в соответствии с профилем заболевания.

Совместно с медицинским персоналом, а также психологами, а при необходимости юристами и специалистами других профилей социальный работник содействует их решению. Он проводит санитарно-гигиеническое просвещение по вопросам особенностей течения данного заболевания и его прогноза, необходимости строгого выполнения всех рекомендаций врача для профилактики неблагоприятного его исхода, содействует формированию стрессоустойчивости, обсуждает вопросы оптимальных и щадящих способов информирования семьи и ближайших родственников о наличии заболевания и проводит с ними консультации по соблюдению мер, направленных на максимально безопасное совместное проживание с больным.

Социальный работник знакомит ВИЧ-инфицированного, больного СПИДом с его правами и обязанностями, закрепленными Федеральным законом от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О профилактике распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита

человека (ВИЧ-инфекции)», содействует продолжению его работы и(или) учебы, взаимодействует с работодателем и коллегами по работе в случае наличия у них информации о ВИЧ-инфицированном сотруднике, содействует данному лицу в получении всех необходимых видов медицинской помощи, включая лекарственную.

Он также устанавливает контакты с негосударственными организациями и фондами, осуществляющими финансовую, юридическую и иную поддержку данной категории лиц.

В соответствии с решаемыми задачами социальный работник использует следующие технологии медико-социальной работы: социальную диагностику, различные виды социального консультирования, психокоррекцию и иные технологии социально-психологической работы; социальное сопровождение, социальную терапию, содействие в получении медицинской помощи, включая лекарственную, социальный патронаж, представление интересов лица перед работодателем (адвокатирование) и др.

Важно стимулировать и личную активность человека, привлекая самого ВИЧ-инфицированного к решению возникающих проблем, что соответствует принципу конструктивной стимуляции медико-социальной работы.

Инвалиды, пятая из выделенных в базовой модели группа объектов медико-социальной работы в медицинской организации амбулаторного типа, представляет разнообразный по возрасту, полу, причине инвалидности и времени ее наступления (в детстве или взрослом возрасте), характеру и степени выраженности ограничений жизнедеятельности, определяющих группу инвалидности, реабилитационному потенциалу и реабилитационному прогнозу, а также характеру требуемых мер социальной поддержки контингент лиц.

Как и в отношении четырех описанных выше групп клиентов – объектов медико-социальной работы, она будет строиться с учетом медицинского и социального статуса, имеющих проблем медицинского, психологического, педагогического, профессионального, правового, социального и иного характера.

Медико-социальная работа с данной категорией лиц имеет как патогенетическую, так и профилактическую направленность. Своевременное выявление и направление лиц, имеющих признаки инвалидности, на медико-социальную экспертизу, а также переосвидетельствование в назначенные сроки имеет профилактический характер, поскольку, как указывалось выше при описании медико-социальной работы с длительно и часто болеющими, принятие данного решения является мерой профилактики ухудшения здоровья такой категории лиц и потому может рассматриваться как медико-социальная работа профилактической направленности. Помимо этого, чрезвычайно важно формировать у данной группы лиц умения и навыки здоровьесберегающего поведения, технологии которого описаны выше для других групп.

Инвалиды, как лица с тяжелыми формами заболеваний, вызывающими стойкое нарушение функций организма и приводящими к ограничениям жизнедеятельности (способности к самообслуживанию, передвижению, общению, контролю за своим поведением и др.), безусловно, испытывают разнообразные проблемы, которые в силу имеющихся у них ограничений жизнедеятельности, а также пожилого или юного возраста решать самостоятельно не всегда представляется возможным.

Необходимо также помнить, что возникающие проблемы ухудшают состояние их здоровья. Многообразный спектр имеющихся у инвалида проблем обуславливает участие в оказании различных видов медико-социальной помощи специалистов различного профиля, включая профессио-

нального социального работника. Это будет способствовать достижению максимально высокого уровня здоровья и социального функционирования инвалида.

Безусловно, в решении проблем инвалидов и их семей должны принимать участие профессиональные социальные работники не только амбулаторных медицинских организаций, но и специалисты по социальной работе организаций социальной защиты населения, например, центров социального обслуживания, реабилитационных центров, предоставляющих инвалидам разнообразные социальные, в том числе социально-медицинские услуги, а также учреждений системы образования и др. По этой причине при организации и проведении медико-социальной работы с данной категорией лиц важно соблюдать принципы полимодальности и солидарности данной профессиональной деятельности.

Одной из технологий социальной работы с инвалидами в медицинской организации амбулаторного типа является медико-социальная реабилитация, право на которую закреплено Федеральным законом от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Содержательная составляющая медико-социальной работы с инвалидами в амбулаторных медицинских организациях в основном направлена на организацию и проведение совместно с медицинским персоналом мероприятий медицинского направления реабилитации в соответствии с индивидуальной программой реабилитации и(или) абилитации инвалида (ребенка-инвалида), которая разрабатывается, своевременно корректируется и оценивается на предмет эффективности запланированных и реализованных в ней мероприятий экспертами бюро медико-социальной экспертизы, проводящими процедуру медико-социальной экспертизы, в том числе в процессе переосвидетельствования инвалида в запланированные сроки.

Для реализации медицинского направления комплексной реабилитации инвалида в ряде амбулаторных медицинских организаций развернуты отделения (кабинеты) восстановительного лечения, располагающие в соответствии с выполняемыми данным подразделением задачами персоналом (врачи-физиотерапевты, специалисты по лечебной физкультуре и массажу и др.) помещениями и оборудованием. Ряд процедур сотрудники данного отделения могут проводить инвалидам и на дому, а организовать их проведение способны социальные работники.

Кроме этого, в задачи профессионального социального работника входят выявление и анализ имеющихся у инвалида и его семьи проблем социального, образовательного, коммуникативного, правового и иного характера, а также содействие их решению.

Особую группу представляют дети-инвалиды, для которых, помимо мероприятий медицинского направления реабилитации, чрезвычайно важно содействовать организации обучения и воспитания в рамках профессионального (психолого-педагогической его составляющей) направления медико-социальной реабилитации и(или) абилитации ребенка-инвалида.

Большую по численности группу инвалидов составляют лица молодого возраста, для которых важно определиться с профессией (профориентация), пройти соответствующую профессиональную подготовку (профессиональное обучение) и найти подходящую работу (трудоустройство и трудовая адаптация).

Профессиональный социальный работник медицинской организации может способствовать реализации планов молодого инвалида на трудовую деятельность с учетом состояния его здоровья и рекомендаций врачей, предпочтений и возможностей будущей профессиональной деятельности, в дальнейшем содействуя организации обучения с последующим трудоустройством и трудовой адаптацией совместно со специалистами образовательных организаций, организаций системы социальной защиты населения и др.

Данное направление можно рассматривать как один из аспектов медико-социальной работы, поскольку возможность инвалида трудиться способствует независимому образу жизни и максимально возможной социальной интеграции, что положительно влияет на психологическое состояние и социальное благополучие, а значит, и на здоровье инвалида в целом.

Для проведения такой работы профессиональный социальный работник устанавливает взаимодействие со службой занятости, в учреждениях которой в настоящее время создаются специальные подразделения по работе с инвалидами и специалисты которых помогают инвалиду определиться с профессией, организовать профессиональное обучение или переобучение, а в дальнейшем найти работу.

Реализуемые в стране на протяжении последних лет мероприятия по созданию доступной среды для инвалидов и других маломобильных групп населения в рамках государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» позволяют преодолевать барьеры и обеспечивать инвалиду доступ не только к месту работы, но и другим объектам городской инфраструктуры (магазинам, аптекам, медицинским и иным организациям социальной сферы, включая учреждения культуры, образования, физической культуры и спорта, общественному транспорту, автомобильным парковкам, жилым домам и др.).

Содействие инвалиду в реализации права на безбарьерную среду, включая помощь в обеспечении его техническими средствами реабилитации, также является одной из задач профессионального социального работника медицинской организации.

В целом, характеризуя медико-социальную работу с инвалидами в медицинских организациях, можно представить профессионального социального работника как координатора деятельности всех специалистов этих учреждений, направленной на социальную интеграцию инвалида. По этой причине чрезвычайно важно формировать у профессионального социального работника компетенции командного метода работы в полипрофессиональной бригаде специалистов.

Медико-социальная работа с инвалидами в городских поликлиниках может проводиться не только совместно с врачом, осуществляющим диспансерное наблюдение инвалида, но и в условиях патронажного отделения, а также отделений (кабинетов) паллиативной медицинской помощи.

3.2. СОДЕРЖАНИЕ И ТЕХНОЛОГИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ СТАЦИОНАРНОГО ТИПА

Сущность медико-социальной работы в стационарных медицинских организациях определяется не только основными направлениями деятельности самой организации, но и контингентом лиц, получающих медицинскую помощь в учреждениях этого типа.

В соответствии с базовой моделью медико-социальной работы в стационарных медицинских организациях могут получать медицинскую помощь все группы клиентов – объектов медико-социальной работы, за исключением лиц, составляющих группу высокого риска развития заболевания. Анализ содержания и технологий медико-социальной работы в этих организациях целесообразно проводить с учетом особенностей каждой из этих групп клиентов.

Уже на этапе поступления в стационар больному нередко требуется оказание не только медицинской помощи. Например, в случае острого заболевания, травмы, несчастного случая, дорож-

но-транспортного происшествия, чрезвычайной ситуации семья и ближайшее окружение больного не всегда информированы о его госпитализации.

Особенно это касается случаев тяжелого состояния больного (например, в состоянии комы), не позволяющего ему самостоятельно сообщить родственникам о госпитализации. Нередко при пациенте нет документов, удостоверяющих его личность.

Социальный работник совместно с сотрудниками приемного отделения может помочь в идентификации больного, передавая информацию о поступившем в справочную больницы, а при необходимости в единую справочную о пропавших людях, в средства массовой информации, органы МВД. Особенно это касается детей, лиц пожилого и старческого возраста, одиноко проживающих и других социально уязвимых категорий.

Такие функции в последние годы взяли на себя так называемые координаторы по работе с пациентами в ряде скорпомощных стационарных организациях Москвы.

Для выделения объектов медико-социальной работы в профильных лечебно-диагностических отделениях стационарной медицинской организации весь контингент пациентов может быть разделен на следующие группы:

- пациенты с острой формой или обострением хронического заболевания, которые получают медицинскую помощь, включающую диагностические процедуры, лечение с использованием лекарственной терапии и(или) операций, других методов терапии;
- инвалиды, госпитализированные для проведения медицинской реабилитации, например, реконструктивных операций для предстоящего протезирования;
- родственники больного, которому необходимо обеспечить дополнительный уход в связи с тяжелым состоянием, в том числе один из родителей ребенка или другой член семьи, обеспечивающий дополнительный уход за ребенком в детских стационарных медицинских организациях.

Исходя из этого можно сформировать объекты медико-социальной работы в стационарной медицинской организации:

- больные с острой формой заболевания или обострением хронической формы заболевания, которые испытывают проблемы не только медицинского, психологического, социального, правового и иного характера;
- члены семьи и ближайшее окружение больного;
- инвалиды.

Рассмотрим содержание и технологии медико-социальной работы с каждой из этих трех групп пациентов.

В отношении всех выделенных объектов медико-социальной работы как лиц, имеющих нарушение здоровья, профессиональный социальный работник может организовать мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению с использованием методов, средств и форм, описанных в предыдущем разделе данной главы.

Режим дня для пациентов стационарной медицинской организации, за редким исключением, например, находящегося в отделении реанимации или интенсивной терапии в силу тяжести состояния, построен таким образом, что большинство лечебно-диагностических процедур прово-

дятся в дневное время. Во второй половине дня в свободное от медицинских процедур время для пациентов социальным работником могут быть организованы беседы, просмотр видео- и аудиоматериалов, раздача листовок, брошюр, буклетов, посвященных вопросам факторов риска и профилактики различных заболеваний, в первую очередь социально значимых, а также обучению пациентов навыкам здоровьесберегающего поведения.

В профильных отделениях (кардиологическом, гастроэнтерологическом, эндокринологическом, наркологическом, психиатрическом и др.) может быть использована и другая технология просветительской работы – организация терапевтических сообществ больных в соответствии с профилем заболевания.

Медико-социальную работу просветительского характера можно рассматривать в рамках профилактической направленности. Деятельность профессионального социального работника такого содержания демонстрирует воспитательный подход в его деятельности: позволяет социальному работнику выступать в роли учителя, консультанта, эксперта (давать советы, формировать умения, моделировать и демонстрировать правильное с точки зрения укрепления и восстановления здоровья поведение).

Социальный работник выявляет имеющиеся у пациента медицинской организации стационарного типа проблемы психологического, социального и правового характера.

Например, при госпитализации одинокой матери часто возникает проблема, связанная с необходимостью организовать уход за ребенком, оставленным дома без присмотра с ее стороны. Возможным вариантом решения данной проблемы является взаимодействие социального работника больницы с родственниками больной, которые могут взять на себя контроль за ребенком на время госпитализации матери, а также со специалистами учреждений системы социальной защиты, образования, помогающими организовать временное пребывание ребенка, например, в социальном приюте для детей и подростков.

Временное устройство ребенка у родственников или в социальном учреждении будет способствовать не только организации его обучения, питания, досуга и безопасности на время отсутствия матери, но и психологическому комфорту самой матери как важному фактору восстановления ее здоровья.

Социальная диагностика проблем правового, социального и иного характера, совместно с больным составленный план их решения, содействие в получении необходимой для этого поддержки и помощи также составляет профессиональное поле деятельности социального работника медицинской организации стационарного типа.

Нередко пациенты стационара из числа лиц без определенного места жительства, мигрантов или лиц, случайно оказавшихся вдалеке от места постоянного проживания, получивших травму, оказавшихся пострадавшими в результате чрезвычайной ситуации, дорожно-транспортного происшествия, сталкиваются с проблемой утраты документов, подтверждающих личность, а также денежных средств и личных вещей. Содействие их восстановлению во время нахождения больного в медицинской организации также может быть включено в обязанности профессионального социального работника.

Следует отметить, что утрата документов нередко случается и у больных с психическими расстройствами, а также лиц пожилого и старческого возраста. Нередки случаи, когда больные после выписки из стационара из-за отсутствия денежных средств не могут приобрести проездные документы для возвращения домой. Профессиональный социальный работник может связаться

с родственниками больного или оказать ему необходимую помощь в поиске денежных средств из других источников.

Еще одной нередко возникающей проблемой является частичная или полная утрата больным способности к самообслуживанию, особенно пожилого или старческого возраста, одиноко проживающего, в результате остро возникшего заболевания или травмы как причины его госпитализации. Как правило, работа с такими пациентами, выписка которых из стационара по этой причине нередко задерживается, проводится медицинским персоналом.

Профессиональный социальный работник медицинской организации стационарного типа может оказать квалифицированную помощь таким лицам, например, с помощью специалистов социальных служб и организаций, обеспечивающих социальное обслуживание на дому или в стационарной форме. С этой целью еще во время пребывания больного в стационаре социальному работнику следует организовать взаимодействие со своими коллегами – социальными работниками учреждений социального обслуживания, содействуя подготовке нужных документов для своевременной организации социального обслуживания для получения пациентом социальных услуг и иных видов помощи.

В настоящее время руководители профильных отделений стационарных медицинских организаций при наличии такого пациента информируют социальные службы, представители которых еще до предполагаемой выписки больного посещают его для проведения социальной диагностики с целью определения возможных форм социального обслуживания (на дому или в стационарных организациях данной системы) пациента. Особо это имеет отношение к одиноким и одиноко проживающим лицам, которым при отсутствии семьи и родственников организовать уход бывает затруднительным.

В случае возможности для больного, частично утратившего способность к самообслуживанию, после госпитализации самостоятельно проживать дома профессиональный социальный работник медицинской организации стационарного типа должен содействовать получению необходимой медицинской помощи и социально-медицинских услуг совместно со специалистами амбулаторной медицинской организации, например отделения патронажного ухода, отделения (кабинета) паллиативной медицинской помощи, дневного стационара и стационара на дому городской поликлиники, а также отделения социального обслуживания на дому территориального центра социального обслуживания.

Такая форма совместного сопровождения лиц, частично утративших способность к самообслуживанию вследствие заболевания или преклонного возраста, закреплена приказом Минтруда России и Минздрава России от 21.12.2017 № 861/1036.

Медико-социальная работа в медицинской организации стационарного типа с инвалидами во многом совпадает по содержанию и технологиям с предыдущим объектом – лицами с хроническими формами заболеваний. В основном деятельность профессиональных социальных работников с данной группой включает формирование здоровьесберегающего поведения, а также совместное с самим инвалидом и членами его семьи решение комплекса психологических, правовых и иных проблем социального характера.

В случае госпитализации инвалида для реализации мероприятий медицинского направления реабилитации, например реконструктивного хирургического вмешательства с целью дальнейшего протезирования, социальный работник может содействовать его организации: выбору места протезирования, помощи по обеспечению инвалида необходимыми протезными изделиями

и иными техническими средствами реабилитации, а также организации безбарьерной среды и др.

Однако ограниченное по времени пребывание в стационарном учреждении часто не позволяет социальному работнику решать все имеющиеся у инвалида и его семьи проблемы. По этой причине в стационаре важно содействовать их максимальному выявлению, а также оценке имеющихся возможностей для их решения в сроки госпитализации с дальнейшим продолжением работы после выписки из стационара специалистами социальных служб по месту жительства инвалида.

Семья и ближайшее окружение пациентов стационарных медицинских организаций, безусловно, также является объектом медико-социальной работы. Профессиональный социальный работник может организовать работу с семьей пациента по формированию здорового образа жизни семьи, особенно это касается семьи больного ребенка и в первую очередь ребенка-инвалида. Кроме этого, семья пациента с тяжелым, хроническим, неизлечимым заболеванием, а также семья инвалида нуждается в психологической поддержке, которая может быть оказана социальным работником.

Безусловно, характер имеющихся у семьи больного и(или) инвалида проблем во многом определяется характером и особенностями имеющегося у их родственника заболевания.

Медико-социальная работа с семьей больного заболеваниями психиатрического, наркологического и онкологического профиля имеет, безусловно, свои особенности. Важно при этом отметить, что для таких больных семья может стать как источником поддержки, заботы и внимания, что будет способствовать улучшению качества его жизни, так и снижать по причине неправильного взаимодействия с больным его реабилитационный потенциал. Иными словами, посредством медико-социальной работы семья больного и(или) инвалида может и должна трансформироваться из объекта в субъект медико-социальной работы для больного члена семьи.

Используемые технологии медико-социальной работы в медицинских организациях стационарного типа многообразны и зависят от объекта, на которого она направлена, поскольку для решения имеющихся проблем профессиональный социальный работник, следуя принципу полимодальности медико-социальной работы, выбирает из всего многообразия технологий те, использование которых поможет наиболее качественному решению всего комплекса проблем человека, оказавшегося в сложной жизненной ситуации в связи с нарушением здоровья.

В первую очередь такими технологиями являются социальная диагностика, консультирование (социально-медицинское, социально-психологическое, социально-правовое, социально-педагогическое и др.), содействие в получении необходимых видов медико-социальной помощи, социальный патронаж, социальная терапия, социальное сопровождение, социальное посредничество, медико-социальная реабилитация, санитарное просвещение и воспитание, психокоррекция и др.

В последние годы в медицинских организациях находит все большее распространение деятельность полипрофессиональных команд специалистов. Это прежде всего касается медицинских организаций наркологического, психиатрического, онкологического, реабилитационного профиля, а также паллиативной медицинской помощи, охраны материнства и детства, репродуктивного здоровья, планирования семьи.

Согласованные, взаимосвязанные, взаимодополняющие и при этом реализуемые с помощью специфических для каждого вида профессиональной деятельности технологий мероприятия (воздействия) в отношении пациентов и их семей в процессе оказания им медико-социальной

помощи врачами, психологами, педагогами, специалистами по реабилитационной работе и профессиональными социальными работниками могут успешно осуществляться полипрофессиональной бригадой специалистов, объединенных командным методом работы.

И если в практической деятельности медицинских организаций совместный метод работы медиков на уровне «врач – медицинская сестра – младший медицинский персонал» давно сформирован и эффективно используется, то цель, задачи, технологии работы полипрофессиональной команды, состоящей из медиков и специалистов других профилей, еще недостаточно разработаны, и потому в практике этот метод не нашел широкого применения или носит формальный характер, хотя потребность в нем велика.

У всех специалистов, составляющих такую полипрофессиональную команду, включая профессиональных социальных работников, должны быть сформированы соответствующие знания, умения и навыки, в частности:

- базовые знания у всех специалистов команды, касающиеся основ (теории, технологий, практики) профессиональной деятельности каждого специалиста участника команды;
- умения совместной постановки цели и определения задач для ее достижения в каждом конкретном случае работы с пациентом и на каждом этапе работы с ним команды;
- умения оптимального распределения обязанностей между специалистами при организации работы с пациентом и в процессе оказания ему медико-социальной помощи;
- умения выбора и навыки использования каналов, форм и методов коммуникации между специалистами команды для обмена информацией о пациенте, окончательных и промежуточных результатах оказанной медико-социальной помощи для ее коррекции;
- знания, умения и навыки исследовательской работы, касающейся изучения потребностей пациентов в различных видах медико-социальной помощи, ее доступности, организации и качества, а также возможностей расширения сфер деятельности команд в медицинских организациях здравоохранения и учреждениях смежных сфер деятельности.

Результаты проведенного исследования (Решетников А. В., Присяжная Н. В., Павлов С. В., 2017), посвященного ожиданиям работодателей – руководителей медицинских организаций от выпускников вузов – молодых специалистов и включавшего сравнительный анализ характеристик, способствующих их конкурентоспособности на рынке труда, убедительно доказывают, что среди выделенных более 40 характеристик коммуникативные навыки, междисциплинарный взгляд на практическую деятельность, хорошие адаптационные навыки и личностные качества являются ведущими характеристиками выпускника, которые будут способствовать как его конкурентоспособности на рынке труда, так и успешной будущей профессиональной деятельности.

Это еще раз убедительно доказывает важность формирования у будущих врачей, психологов, а также профессиональных социальных работников и иных специалистов, участвующих в охране здоровья населения, умений и навыков работы в полипрофессиональных командах, что, несомненно, будет способствовать обеспечению комплексного подхода к охране здоровья, тем самым способствуя повышению качества его жизни.

ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Назовите объекты медико-социальной работы в медицинских организациях амбулаторного типа.
2. Охарактеризуйте содержание и технологии медико-социальной работы с группами риска развития заболеваний в медицинских организациях амбулаторного типа.
3. Охарактеризуйте содержание и технологии медико-социальной работы с длительно и часто болеющими лицами в медицинских организациях амбулаторного типа.
4. Охарактеризуйте содержание и технологии медико-социальной работы с инвалидами в медицинских организациях амбулаторного типа.
5. Охарактеризуйте содержание и технологии медико-социальной работы с пациентами в медицинских организациях стационарного типа.
6. Охарактеризуйте содержание и технологии медико-социальной работы с семьей ребенка в медицинских организациях стационарного типа.
7. Какие методы, формы и средства гигиенического обучения и воспитания использует профессиональный социальный работник для формирования здоровьесберегающего поведения пациентов медицинских организаций?

ТЕМЫ ДЛЯ ДОКЛАДОВ И РЕФЕРАТОВ

1. Традиционные и инновационные технологии гигиенического обучения и воспитания в практике медико-социальной работы.
2. Принципы медико-социальной работы и их применение в деятельности профессионального социального работника медицинской организации.
3. Характеристика объектов медико-социальной работы в медицинских организациях различного типа и профиля.
4. Роль профессиональных социальных работников в оказании медико-социальной помощи инвалидам в медицинских организациях различного типа.
5. Командный метод работы полипрофессиональных бригад специалистов в медицинских организациях.
6. Профессиональный социальный работник как координатор деятельности полипрофессиональной бригады специалистов в медицинских организациях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За прошедшие три десятилетия становления и развития в России профессиональной социальной работы разработаны теоретические, методологические, организационно-правовые, управленческие ее основы, решаются вопросы обеспечения данной профессиональной деятельности квалифицированными кадрами. Параллельно решению этих вопросов в России наблюдается процесс институционализации как социальной, так и медико-социальной работы. Этот процесс является социально детерминируемым и динамичным, имеющим сложные механизмы функционирования. При этом данный процесс идет весьма противоречиво и разнопланово в трех основных направлениях: в области познания, практики и образовательной деятельности.

Расширяются и сферы профессиональной деятельности специалистов по социальной работе, изначально деятельность которых была связана с учреждениями и организациями системы социальной защиты. Одной из таких относительно новых для социальной работы сфер является сфера охраны здоровья граждан, социальную работу в которой следует рассматривать как специфическое ее направление – медико-социальную работу.

К настоящему времени разработаны теоретико-методологические и организационно-правовые основы медико-социальной работы как специфического направления социальной работы, получили также развитие ее содержательная и технологическая составляющие.

Следует отметить, что оптимизировать содержательную и технологическую составляющие медико-социальной работы в здравоохранении как важной компоненты системы охраны здоровья граждан можно только в соответствии с целью и задачами медицинских организаций различного типа по оказанию различных видов медицинской помощи, что определяет и контингенты лиц, получающих ее в данных организациях, с имеющимся у них в связи с нарушением здоровья комплексом медицинских, психологических, социальных и иных проблем, а также с учетом специфики социальных условий, в которых оказался пациент и его семья.

Дальнейший процесс становления и развития медико-социальной работы как деятельности, родственной врачеванию, будет характеризовать общественные запросы на медико-социальную помощь междисциплинарного характера, с одной стороны, и ответственные действия государства на эти запросы, с другой стороны, что явится основой дальнейшего развития и совершенствования системы охраны здоровья как одной из ведущих социальных проблем любого государства и общества в целом.

Приложение 1

НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ

1. Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» // СЗ РФ. – 2013. – № 52.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СЗ РФ. – 2011. – № 48.
3. Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» // СЗ РФ. – 1999. – № 40.
4. Указ Президента РФ от 06.06.2019 № 254 «О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» // СЗ РФ. – 2019. – № 23.
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 24.11.2014 № 1236 «Об утверждении примерного перечня социальных услуг по видам социальных услуг» // СЗ РФ. – 2014. – № 48.
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» // СЗ РФ. – 2004. – № 49. – С. 4916.
7. Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «О государственной программе Российской Федерации “Развитие здравоохранения” на 2018–2025 годы» // СЗ РФ. – 2018. – № 1. – С. 373.
8. Приказ Минздрава России от 16.09.2003 № 438 «О психотерапевтической помощи» (утверждено положение об организации деятельности социального работника, участвующего в оказании психотерапевтической помощи, штатные нормативы медицинского и иного персонала, в том числе специалистов по социальной работе и социальных работников, психотерапевтического кабинета, психотерапевтического отделения и психотерапевтического центра).
9. Приказ Минздрава России от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» (утвержден порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе штатные нормативы медицинского и немедицинского персонала в организациях и структурных подразделениях, оказывающих медицинскую помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения).

10. Приказ Минздрава России от 30.12.2015 № 1034н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю “психиатрия-наркология” и порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и(или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ» (утверждены штатные нормативы медицинского и иного персонала, в том числе специалистов по социальной работе и социальных работников, наркологического дневного стационара, наркологического отделения, отделения медицинской реабилитации, наркологического диспансера, наркологической больницы, реабилитационного наркологического центра).
11. Приказ Минздрава России и Минтруда России от 31.05.2019 № 345н/372н «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».
12. Приказ Минздравсоцразвития России от 01.06.2007 № 389 «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях».
13. Приказ Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология” (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
14. Приказ Минздрава России от 28.07.1997 № 226 «О подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи».
15. Приказ Минздрава России от 31.10.2012 № 560н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “детская онкология”» (с изменениями на 4 июля 2017 года).
16. Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации».
17. Приказ Минтруда России от 13.06.2017 № 486н «О Порядке разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм».
18. Приказ Минтруда России и Минздрава России от 21.12.2017 № 861/1036 «Об утверждении методических рекомендаций по организации социального обслуживания и социального сопровождения граждан, полностью или частично утративших способность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, и оказания им медицинской помощи».

Приложение 2

ЛИТЕРАТУРА

1. Баженова, М. И. Роль специалиста по социальной работе в паллиативной помощи детям // Отечественный журнал социальной работы. – 2018. – № 1.
2. Воробцова, Е. С. Командный метод работы в организациях паллиативной медицинской помощи // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2019. – № 3. – С. 16–21.
3. Воробцова, Е. С., Мартыненко, А. В., Овчинникова, С. В. Социальная работа в системе паллиативной медицинской помощи // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2016. – № 2. – С. 14–21.
4. Воробцова, Е. С. Технологии формирования у будущих врачей умений и навыков командного метода работы в полипрофессиональной бригаде специалистов. Материалы научно-практической конференции «Педагогические чтения: учебно-методические основы образовательной деятельности в высшей медицинской школе». – М. : МГМСУ им. А. И. Евдокимова, 2018.
5. 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.
6. Воробцова, Е. С. Медико-социальная работа в охране репродуктивного здоровья и планировании семьи // Отечественный журнал социальной работы. – 2020. – № 2. – С. 109–119.
7. Воробцова, Е. С. Полипрофессиональный подход к охране здоровья граждан: состояние и пути совершенствования. – Сборник трудов научно-практической конференции «Ценностные основания интеграционных процессов в Евразии» (28–29 марта 2024 г., Москва).
8. Гайнуллина, Ю. И., Ляшенко, В. В., Базыр-Сады, Р. О., Владыкина, Т. В. Медико-социальная работа в паллиативной онкологии // Отечественный журнал социальной работы. – 2019. – № 3.
9. История социальной работы: учебник / под ред. В. И. Жукова. – М. : Издательство РГСУ, 2011. – 400 с.
10. Мартыненко, А. В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование. – М. : Наука, 1999. – 270 с.
11. Мартыненко, А. В. Становление медико-социального образования в России // Известия Российской академии образования. – 2013. – № 1 (25). – С. 102–110.

12. Мартыненко, А. В. Теория и практика медико-социальной работы: учебное пособие. – М. : Гардарики, 2007. – 159 с.
13. Мартыненко, А. В., Воробцова, Е. С. Вопросы институционализации медико-социальной работы в Российской Федерации. Материалы VIII Международной научно-практической конференции «Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности» (3–5 октября 2019 г.) / отв. ред. Ю. Ю. Шурыгина. – Улан-Удэ: Изд-во ВСГУТУ, 2019. – С. 155–157.
14. Новиков, Г. А., Рудой, С. В., Вайсман, М. А., Подкопаев, Д. В. Роль и место социальной и психологической поддержки при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам: результаты эпидемиологического исследования // Паллиативная медицина и реабилитация. –2021. – № 1. – С. 5–10.
15. Социальная работа в здравоохранении. Учебник / под ред. Л. М. Мухарямовой, И. Б. Кунецовой-Моренко. – Н. Новгород: Изд-во Нижегородского госуниверситета им. Н. И. Лобачевского, 2011. – 328 с.
16. Теория и технологии медико-социальной работы: ученик и практикум для вузов / А. В. Мартыненко [и др.]; под ред. А. В. Мартыненко. – М. : Издательство Юрайт, 2023. – 339 с.
17. Фирсов, М. В., Студёнова, Е. Г. Технология социальной работы: учебник. – М. : КНОРУС, 2016. – 344 с.
18. Хасанова, Г. М., Зарипов, И. Р. Медико-социальная реабилитация наркозависимых людей // Актуальные вопросы экологии человека: социальные аспекты. – 2017. – № 2. – С. 220–223.
19. Цейтлин, Г. Я., Сидоренко, Л. В., Володин, Н. Н., Румянцев, А. Г. Организация медицинской и психолого-социальной реабилитации детей и подростков с онкологическими и гематологическими заболеваниями // Российский журнал детской онкологии и гематологии. – 2014. – № 3. – С. 59–65.
20. Цейтлин, Г. Я., Кокорева, М. Е., Колтаков, И. А., Володин, Н. Н. Психолого-социальная служба – ключевая структура в системе реабилитационной помощи в детской онкологии // Онкопедиатрия. – 2015. – № 3. – С. 363–364.
21. Цейтлин, Г. Я., Гусева, М. А., Антонов, А. И., Румянцев, А. Г. Медико-социальные проблемы семей, имеющих ребенка с онкологическим заболеванием, и пути их решения в практике детской онкологии // Педиатрия, 2017. – Т. 96. № 2. – С. 173–181.
22. Шурыгина, Ю. Ю. Инновационные технологии медико-социальной работы с населением // Отечественный журнал социальной работы. – 2015. – № 2.

Приложение 3

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

ГЛАВА 1. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, РОДСТВЕННАЯ ВРАЧЕВАНИЮ

1. В генезисе медико-социальной работы лежат традиции:

- А) меценатства
- Б) филантропии
- В) милосердия
- Г) благотворительности

2. Медико-социальная работа представляет собой:

- А) направление социальной работы в охране здоровья граждан
- Б) профессиональную деятельность врача и/или социального работника по решению социальных проблем больного
- В) профессиональную деятельность социального работника с лицами, имеющими риск развития заболевания или заболевание
- Г) профессиональную деятельность социального работника в организациях, оказывающих медико-социальную помощь гражданам в связи с нарушением здоровья

3. Цель медико-социальной работы:

- А) улучшение социального функционирования лиц пожилого возраста
- Б) достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием
- В) оказание медико-социальной помощи инвалидам
- Г) повышение уровня жизни населения

4. Медико-социальную работу проводит:

- А) врач
- Б) средний медицинский персонал
- В) профессиональный социальный работник
- Г) специалист по реабилитационной работе

5. Возникновение у лиц с нарушением здоровья (заболеванием) проблем медицинского, психологического, социального и иного характера обуславливает участие в сохранении, укреплении и восстановлении их здоровья:

- А) врачей
- Б) психологов
- В) специалистов по реабилитационной работе
- Г) специалистов по социальной работе

6. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья является:

- А) принципом охраны здоровья граждан Российской Федерации
- Б) основанием для участия социальных работников в охране здоровья граждан
- В) предметом профессиональной деятельности социального работника
- Г) предметом совместной профессиональной деятельности врача, психолога и юриста

7. Медико-социальная работа проводится в:

- А) медицинских организациях
- Б) образовательных организациях
- В) организациях социального обслуживания населения
- Г) организациях адаптивной физической культуры и спорта

8. Участие профессиональных социальных работников в охране здоровья населения закреплено:

- А) Конституцией Российской Федерации
- Б) ведомственными нормативными актами
- В) Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Г) Федеральным законом № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»

9. Медико-социальная работа имеет особое значение в оказании медико-социальной помощи больным в медицинских организациях:

- А) онкологического профиля
- Б) стоматологического профиля
- В) психиатрического профиля
- Г) наркологического профиля

10. Специалист по социальной работе, осуществляющий медико-социальную работу, использует технологии:

- А) профессиональной медицинской деятельности
- Б) профессиональной социальной работы
- В) профессиональной психологической помощи
- Г) профессиональной юридической помощи

ОТВЕТЫ

1. В, Г; 2. А, В, Г; 3. Б; 4. В; 5. А, Б, В, Г; 6. А, Б, В; 7. А, Б, В, Г; 8. Б; 9. А, В, Г; 10. Б.

ГЛАВА 2. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Медико-социальная работа – это:

- А) вид медико-социальной помощи
- Б) вид профессиональной деятельности
- В) вид медицинской деятельности
- Г) вид социального обслуживания

2. Медико-социальная работа – это профессиональная деятельность:

- А) врача
- Б) педагога
- В) специалиста по социальной работе
- Г) психолога

3. Цель медико-социальной работы:

- А) повышение уровня жизни населения
- Б) помощь инвалиду в трудоустройстве
- В) достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием
- Г) оказание медицинской помощи больным

4. Принцип, предусматривающий сочетание в медико-социальной работе различных подходов, способов воздействия на клиента:

- А) полимодальность
- Б) континуальность
- В) конструктивная стимуляция
- Г) экосистемность

5. Выделяют следующие направления медико-социальной работы:

- А) профилактическое и диагностическое
- Б) реабилитационное и протезно-ортопедическое
- В) профилактическое и патогенетическое
- Г) социальное и медицинское

**6. В отношении лиц, составляющих группу повышенного риска заболеваний, проводится ме-
диико-социальная работа преимущественно:**

- А) социальной направленности
- Б) профилактической направленности
- В) медицинской направленности
- Г) патогенетической направленности

7. В медико-социальной работе используются следующие технологии:

- А) оказание медицинской помощи
- Б) социальный патронаж
- В) социальное сопровождение
- Г) медико-социальная реабилитация

8. Человек, имеющий проблемы, связанные с нарушением здоровья, – это:

- А) субъект медико-социальной помощи
- Б) объект медико-социальной работы
- В) объект пенсионного страхования
- Г) предмет медико-социальной работы

9. При проведении медико-социальной работы выделяют следующие группы клиентов:

- А) группа повышенного риска заболеваний
- Б) члены семьи и ближайшее окружение больного
- В) длительно и часто болеющие
- Г) больные с выраженными социальными проблемами
- Д) _____ (впишите)

**10. Оказание инвалидам социально-медицинских услуг регламентировано следующим Фе-
деральным законом:**

- А) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Б) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»
- В) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»
- Г) «О государственной социальной помощи»

ОТВЕТЫ

1. Б; 2. В; 3. В; 4. А; 5. В; 6. Б; 7. Б, В, Г; 8. Б; 9. инвалиды; 10. В.

ГЛАВА 3. СОДЕРЖАНИЕ И ТЕХНОЛОГИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

1. Право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь как неотъемлемое право человека и гражданина закреплено:

- А) Конституцией Российской Федерации (1993)
- Б) Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- В) Федеральным законом от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»
- Г) Федеральным законом от 24.11.1995 № 181-ФЗ «Об социальной защите инвалидов в Российской Федерации»

2. Объекты медико-социальной работы в медицинской организации амбулаторного типа:

- А) лица группы высокого риска заболеваний
- Б) лица с хроническими заболеваниями
- В) инвалиды
- Г) семья больного

3. Санитарно-гигиеническое обучение граждан рассматривается как медико-социальная работа:

- А) профилактической направленности
- Б) гигиенической направленности
- В) патогенетической направленности
- Г) социальной направленности

4. Использование различных технологий при оказании медико-социальной помощи пациентам медицинских организаций отвечает принципу _____ медико-социальной работы:

- А) экосистемности
- Б) полимодальности
- В) конструктивной стимуляции
- В) солидарности

5. Для выявления проблем социального, психологического, правового и иного характера, возникших у пациента медицинской организации в связи с нарушением здоровья, используется технология:

- А) социальной терапии
- Б) социальной адаптации
- В) социальной диагностики
- Г) социальной коррекции

6. Содействие в получении медицинской помощи гражданину в случае заболевания, травмы, несчастного случая – это:

- А) объект медико-социальной работы
- Б) субъект медико-социальной работы
- В) принцип медико-социальной работы
- Г) технология медико-социальной работы

7. Формирование умений и навыков здоровьесберегающего поведения граждан составляет:

- А) объект медико-социальной работы
- Б) субъект медико-социальной работы
- В) принцип медико-социальной работы
- Г) предмет медико-социальной работы

8. Согласованные взаимосвязанные, взаимодополняющие, но реализуемые с помощью специфических для каждого вида профессиональной деятельности технологий мероприятия в отношении пациентов и их семей в процессе оказания им медико-социальной помощи отвечают _____ методу работы:

- А) коллективному
- Б) профессиональному
- В) командному
- Г) совместному

9. В состав полипрофессиональной команды специалистов, оказывающих пациентам медико-социальную помощь, в медицинской организации входят следующие специалисты:

- А) врач
- Б) психолог
- В) специалист по социальной работе
- Г) инженер по технике безопасности

10. Технологии медико-социальной работы, используемые при оказании медико-социальной помощи, в стационарной медицинской организации:

- А) лечение
- Б) социальная диагностика
- В) гигиеническое просвещение и воспитание
- Г) социальная терапия

ОТВЕТЫ

1. А; 2. А, Б, В, Г; 3. А; 4. Б; 5. В; 6. Г; 7. Г; 8. В; 9. А, Б, В; 10. Б, В, Г.

Научное электронное издание

Воробцова Елена Сайдзяновна

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Учебное пособие

Корректор Л. И. Базылевич

Дизайнер-верстальщик А. В. Усанов

Объем данных 1.5 МБ

Дата подписания к использованию: 06.07.2024

[URL: https://niioz.ru/moskovskaya-medsina/izdaniya-nii/metodicheskie-posobiya/](https://niioz.ru/moskovskaya-medsina/izdaniya-nii/metodicheskie-posobiya/)

ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»,
115088, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9
Тел.: +7 (495) 530-12-89
Электронная почта: niiozmm@zdrav.mos.ru



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

**ДВИГАЕМ НАУКУ
ВПЕРЕД!**



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



МОСКВА
2024