

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

Факультет социальных наук
Кафедра социальной работы
Направление подготовки 39.04.02 – Социальная работа
Направленность (профиль) образовательной программы – История, методология
и теория социальной работы

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ
Зав. кафедрой
_____ В.В. Ситникова
« ____ » _____ 2024 г.

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

на тему: Медико-социальная работа со взрослым населением (на примере
Амурской области)

Исполнитель: студент группы 261-ом	_____	С.С. Назаренко
	(подпись, дата)	
Руководитель доцент, канд. мед. наук	_____	Л.З. Гостева
	(подпись, дата)	
Руководитель магистерской программы	_____	Т.С. Еремеева
	(подпись, дата)	
Нормоконтроль ассистент	_____	М.М. Саядян
	(подпись, дата)	
Рецензент канд. психол. наук	_____	Ю.В. Бадалян
	(подпись, дата)	
Рецензент	_____	О.В. Подкорытова
	(подпись, дата)	

Благовещенск 2024

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АМГУ»)

Факультет социальных наук
Кафедра социальной работы

УТВЕРЖДАЮ
Зав. кафедрой
_____ В.В. Ситникова
«____» _____ 2024 г.

ЗАДАНИЕ

К выпускной квалификационной работе студента группы 261-ом группы Назаренко Софии Сергеевны

1. Тема выпускной квалификационной работы: Медико-социальная работа со взрослым населением (на примере Амурской области)

(утверждена приказом от 31.05.2024 №1460-уч)

2. Срок сдачи студентом законченной работы 20.06.2024

3. Исходные данные выпускной квалификационной работы Интернет-ресурсы, учебники по социальной работе, статьи, законодательные акты, документация министерства здравоохранения Амурской области

4. Содержание выпускной квалификационной работы (перечень подлежащих разборке вопросов): Взрослое население как объект медико-социальной работы; Основы медико-социальной работы со взрослым населением; Медико-социальная работы со взрослым населением (на примере Амурской области)

5. Перечень материалов приложения (наличие чертежей, таблиц, графиков, схем программных продуктов, иллюстративного материала и т.п.) 5 таблиц, анкета, программа социологического исследования.

6. Консультанты по выпускной квалификационной работе: отсутствуют

7. Дата выдачи задания: 29.01.2024

Руководитель выпускной квалификационной работы Гостева Лилит Завеновна, кандидат медицинских наук, доцент

Задания принял к исполнению (дата) 29.01.2024

(подпись студента)

РЕФЕРАТ

Магистерская диссертация содержит 79 с., 13 рисунков, 2 таблицы, 7 приложений, 55 источников.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА, ВЗРОСЛОЕ НАСЕЛЕНИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ, МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ, ЗАБОЛЕВАНИЯ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ, СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ВИДЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ.

Медико-социальная работа со взрослым населением представляет собой одно из важнейших направлений в деятельности социальных учреждений и занимает особое место в практическом здравоохранении. Увеличение доли пожилых людей, числа больных хроническими заболеваниями, с особенностями их образа жизни и работы, выдвигает новые требования к медико-социальной работе со взрослым населением.

Исследование медико-социальной работы со взрослым населением Амурской области, поможет охарактеризовать актуальное состояние медико-социальной работы в регионе, а также выявить основные задачи, которые необходимо решить для оптимизации медико-социальной работы со взрослым населением в Амурской области.

Объект исследования: взрослое население Амурской области

Предмет исследования: медико-социальная работа со взрослым населением

Целью работы является изучение медико-социальной работы со взрослым населением Амурской области.

Методы магистерской диссертации: анализ статистических данных, анализ документов (специальной литературы, нормативно-правовых, статистических, периодических источников), анкетирование, сравнение, обобщение, классификация и систематизация.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	7
1 Взрослое население как объект медико-социальной работы	12
1.1 Понятие «взрослое население»	12
1.2 Общая характеристика заболеваемости взрослого населения	14
1.3 Правовые основы медико-социальной работы со взрослым населением	17
2 Основы медико-социальной работы со взрослым населением	23
2.1 Сущностные характеристики медико-социальной работы в современных социальных науках	23
2.2 Развитие медико-социальной работы как вида профессиональной деятельности	30
2.3 Специфика медико-социальной работы со взрослым населением	35
3 Медико-социальная работы со взрослым населением (на примере Амурской области)	41
3.1 Анализ медико-социальной работы со взрослым населением Амурской области	41
3.2 Практические рекомендации по оптимизации медико-социальной работы со взрослым населением Амурской области	67
Заключение	71
Библиографический список	74
Приложение А Программа социологического исследования «Медико-социальная работа в учреждениях здравоохранения»	80
Приложение Б Анкета	87
Приложение В План проведения региональных тематических мероприятий по профилактике заболеваний и поддержке здорового образа жизни на 2024 год	93

Приложение Г	Повестка встречи общественности и работников здравоохранения Амурской области по вопросу профилактики заболеваний и поддержки здорового образа жизни	106
Приложение Д	Рекомендации по формированию благоприятных отношений со средствами массовой информации	107
Приложение Е	Методические рекомендации по организации работы с волонтерами	109
Приложение Ж	План проведения мероприятий для обмена опытом медицинских, социальных работников, представителей общественных, религиозных, благотворительных и других организаций и движений, в том числе с изучением международного опыта медико-социальной работы со взрослым населением	112

ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ, СОКРАЩЕНИЯ

МСЗН – министерство социальной защиты населения;

МСЭ – медико-социальная экспертиза;

НКО – некоммерческая организация;

ОВЗ – ограниченные возможности здоровья;

УСЗН – Управление социальной защиты населения;

СМИ – средства массовой информации;

ООН – Организация Объединённых Наций;

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения;

ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция;

ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь лёгких;

ЗОЖ – здоровый образ жизни;

ЭКГ – электрокардиография;

АД – артериальное давление;

ЧКВ – чрескожные коронарные вмешательства;

ПСО – право социального обеспечения;

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт;

ГБУЗ АО – государственное бюджетное учреждение здравоохранения Амурской области;

ГАУЗ АО – государственное автономное учреждение здравоохранения Амурской области;

ООО – общество с ограниченной ответственностью;

РСЦ – региональный сосудистый центр;

ХСН – хроническая сердечная недостаточность;

ЗНО – злокачественное новообразование;

ДТП – дорожно-транспортное происшествие;

ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания;

СМО – страховая медицинская организация.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность магистерской диссертации обусловлена тем, что настоящее время в условиях усугубления социальных проблем в нашей стране, снижения показателей здоровья населения возрастает объективная потребность решения взаимосвязанных задач медицинского и социального характера на качественно новом уровне. Возникла необходимость создания новых форм и методов социальной работы населению, которые обеспечивали бы гражданам комплексные социальные услуги в случае заболевания, утраты трудоспособности и способствовали решению связанных со здоровьем социальных проблем. Вследствие этого в 90-е гг., в России стала развиваться медико-социальная работа как качественно новое направление социальной работы и вид профессиональной деятельности.

Медико-социальная работа со взрослым населением представляет собой одно из важнейших направлений в деятельности социальных учреждений и занимает особое место в практическом здравоохранении. Увеличение доли пожилых людей, числа больных хроническими заболеваниями, с особенностями их образа жизни и работы, выдвигает новые требования к медико-социальной работе со взрослым населением.

Исследование медико-социальной работы со взрослым населением Амурской области, поможет охарактеризовать актуальное состояние медико-социальной работы в регионе, а также выявить основные задачи, которые необходимо решить для оптимизации медико-социальной работы со взрослым населением в Амурской области.

Научные исследования, посвященные медико-социальной работе представлены в научных трудах В.Ю. Альбицкого, А.А. Баранова, Н.В. Устиновой, А.М. Бекарева, Е.Ю. Бикметова, Г.С. Жумадильдаевой, М.А. Захаровой, Б.А. Качмазовой, С.С. Меметова и Н.П. Шаркунова, В.В. Ким, К.Е. Моисеевой и Ш.Д. Харбедия, М.А. Алексеева, И.Н. Мороз и Н.И. Вишнякова, Т.Г. Светлович, Подкорытова А.В., С.А. Судьина, Н.В. Эккерта.

Среди зарубежных авторов, исследующих особенности медико-социальной работы, можно выделить Д. Хинан и Д. Биррел, Б. Пайк и Д. Монган, Г. Перман, Х. Робертсон, П.М Вильямс.

Важным для осмысления медико-социальной помощи населению старших возрастных групп представляется анализ функционирования социальных институтов поддержки старшей возрастной группы, представленный в работах Ф. Парслоу, О. Стивенсона, К. Томаса, Л. Торнстона, Н.П. Щукиной, Е.Р. Ярской-Смирновой.

В проблемном поле социологии медицины актуализированы теоретическое осмысление и практическая значимость влияния образа жизни взрослых людей на качество жизни (Е.А. Андриянова, С.А. Варгина, И.Л. Кром, А.В. Решетников, Д.П. Солодухина, С.В. Степухович, Л.А. Эртель); оказания медико-социальной помощи представителям позднего возраста (Э. Вильямс, В.В. Власов, М.Е. Волчанский, А.В. Михалева, В.И. Петров, Р.В. Шурупова); этических проблем медицинской помощи пожилым пациентам (Н.Н. Седова, И.В. Силуянова, П.Д. Тищенко, В.М. Чижова, Б.Г. Юдин).

В медико-социальном ракурсе следует выделить исследовательское направление, в рамках которого изучается взаимосвязь образа жизни и здоровья взрослого населения (И.В. Бестужев-Лада, А.А. Возьмитель, Д.А. Изуткин, Л.И. Лавлинская, В.Б. Мандриков, В.И. Толстых, З.Г. Френкель)

Для совершенствования организации медико-социальной помощи особое значение имеет концепция отечественной медико-социальной работы, разработанная А.В. Мартыненко. Мартыненко А.В. на основании анализа отечественного исторического опыта, современной демографической ситуации в стране, с учетом зарубежной теории и практики социальной работы, а также результатов собственных исследований разработал основные положения концепции отечественной медико-социальной работы. Исходя из потребностей населения цель медико-социальной работы была сформулирована как достижение максимального возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также социальным не-

благополучием.

Отметим, что комплексный многоаспектный анализ, посвященный медико-социальной работе с населением в учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения, в научной литературе полностью не завершен. Кроме того, большинство вышеуказанных авторов проводило свои исследования до вступления в силу новых нормативных правовых актов последних лет, касающихся сферы медико-социальной работы.

Научная новизна магистерской диссертации состоит в следующем:

- проанализированы классические и современные концепции медико-социальной работы;
- раскрыты сущностные характеристики медико-социальной работы со взрослым населением;
- проведено исследование «Медико-социальная работа в учреждениях здравоохранения Амурской области», направленное на анализ медико-социальной работы в Амурской области со взрослым населением.

Практическая значимость заключается в том, что материал магистерской диссертации может быть использован в учебной работе по специальности и направлению подготовки «Социальная работа», а также в практической и научной деятельности специалистов медико-социальной работы в социальных и медицинских учреждениях. Кроме того, значимость данного исследования заключается в возможности усовершенствования медико-социальной работы в регионе, чему будут способствовать разработанные практические рекомендации по оптимизации медико-социальной работы со взрослым населением Амурской области.

Объект исследования: взрослое население Амурской области

Предмет исследования: медико-социальная работа со взрослым населением

Целью работы является изучение медико-социальной работы со взрослым населением Амурской области.

Задачи диссертационного исследования:

- определить понятие взрослого населения
- изучить общую характеристику заболеваемости взрослого населения;
- рассмотреть правовые и научно-теоретические основы медико-социальной работы со взрослым населением;
- рассмотреть сущностные характеристики медико-социальной работы со взрослым населением;
- выявить специфику медико-социальной работы со взрослым населением;
- осуществить анализ медико-социальной работы со взрослым населением Амурской области и разработать предложение по ее оптимизации.

Методы магистерской диссертации: анализ статистических данных, анализ документов (специальной литературы, нормативно-правовых, статистических, периодических источников), анкетирование, сравнение, обобщение, классификация и систематизация.

Представленная работа имеет апробацию в следующих статьях и конференциях:

- Гостюхина С.С. Специфика и понятие социально-медицинской работы в современных социальных науках / С. С. Гостюхина // Развитие современной науки и образования: актуальные вопросы, достижения и инновации: сборник статей V Международной научно практической конференции – Пенза: МЦНС «Наука и Просвещение». – 2022.

- Гостюхина С.С. Актуальные проблемы развития сферы социального обслуживания в современном мире / С.С. Гостюхина // Актуальные вопросы современной науки и образования: сборник статей XXIX Международной научно-практической конференции. МЦНС «Наука и Просвещение». – 2023.

- Гостюхина С.С. Межведомственное взаимодействие органов исполнительной власти при организации социального обслуживания населения Амурской области / С.С. Гостюхина // Материалы XXXII научной конференции Амурского государственного университета «День науки» на секции «Актуальные вопросы социальных наук» (20 апреля 2023 года).

- Гостюхина С.С. Актуальные проблемы развития сферы социального

обслуживания в современном мире / С.С. Гостюхина // Проблемы социальной работы в Дальневосточном регионе: Материалы всероссийской научно-практической конференции (2-3 марта 2023 года, Благовещенск). – Благовещенск: Амурский государственный университет, – 2023.

– Назаренко С.С. Реализация национального проекта «Демография» / С.С. Назаренко // Международный научно-исследовательский журнал – 2024.

1 ВЗРОСЛОЕ НАСЕЛЕНИЕ КАК ОБЪЕКТ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

1.1 Понятие взрослое население

На современном этапе развития общественных наук для структурирования человеческой популяции применяются десятки различных критериев, однако почти всегда основным критерием является возрастная структура населения. Именно она дает первичные данные об исследуемой популяции и несет выраженную функциональность в качестве важнейшего организационного элемента социально-экономических отношений. Возрастные критерии лежат в основе современной социальной политики, медико-социальной работы, системы здравоохранения, образования, рынка труда и т. д.

Возраст – общая координата всех демографических процессов, которая фиксируется и принимается во внимание при регистрации самых ключевых эпизодов на протяжении всей жизни человека. Как правило, возраст исчисляется в годах, но, у младенцев – в днях, на первом месяце жизни – в неделях, на первом году жизни – в месяцах [8].

Содержание понятия возраста необходимо рассматривать с нескольких точек зрения.

1) *Возраст биологический*. Отличительной особенностью биологического старения является его индивидуальный характер и тесная взаимосвязь с образом жизни человека.

2) *Возраст демографический* (или хронологический). Определяется как число прожитых человеком лет. Границей старости при демографическом возрасте считается 65 лет. Именно этот возраст положен в качестве порогового значения старения населения по шкале, принятой ООН и ВОЗ. (United Nations, 2019). Демографический возраст является основным критерием для отнесения популяции к тому или иному типу старения.

3) *Психический возраст* определяется на основании старения работы органов чувств, снижения работоспособности нервной системы, ослабления

интеллектуальных функций, что зачастую сопровождается утратой навыков самообслуживания, резким снижением социальной активности, а порой и полной зависимостью от третьих лиц.

4) *Экономический возраст* характеризует место индивида в общественном разделении труда. Результатом такого подхода к определению возраста является возрастная периодизация на население младше трудоспособного возраста, население, находящееся в трудоспособном возрасте, и население старше трудоспособного возраста. В настоящее время порог экономической старости в нашей стране обозначен границами 60 лет — для женщин и 65 лет — для мужчин.

5) *Социальный возраст*. Этот тип возраста выражается путем изменения социальных ролей, выполняемых человеком. Он определяет характер взаимодействия индивида с другими людьми, возможности, уровни и сферы деятельности в обществе. Социальный возраст является результатом социальных событий, в которых участвовал человек. Изменения социального возраста сопровождаются, как правило, приобретением жизненного опыта, изменениями в мировоззрении, трансформацией в иерархии ценностей, стремлениях, образе жизни, в перспективах и жизненных планах и изменениями во взаимоотношениях.

Возрастной состав населения — это распределение населения по возрастным группам, которые характеризуются численностью выделенных групп и их соотношением между собой. При демографическом анализе чаще выделяются пятилетние (1-4, 5-9, 95-100 лет) возрастные группы, а при более обобщенном изучении — десятилетние — с интервалом в 10 лет [8]. Для специальных целей изучения принимаются свои возрастные критерии. Так, в российской статистике выделяются три крупные группы населения по их роли в демографической ситуации:

- 1) Молодое население (дети, дорабочий возраст) — от 0 до 15 лет.
- 2) Взрослое население (рабочий возраст) — от 16 до 60 (женщины до 55 лет).

3) Пожилое население (пенсионеры, послерабочий возраст) – после 60 (55) лет.

Численность взрослого населения трудоспособного возраста измеряется не теми, кто работает, а только теми, кто достиг возраста, необходимого для того, чтобы иметь возможность и вероятность работать. Взрослое население региона трудоспособного возраста измеряет количество занятых людей независимо от их возраста. Некоторые люди, не достигшие трудоспособного возраста, будут трудоустроены, например, младшие подростки или те, кто выходит на пенсию позже. Также будут те, кто включен в состав взрослого населения трудоспособного возраста, но не работает из-за инвалидности, болезни, обязанностей по уходу или других факторов.

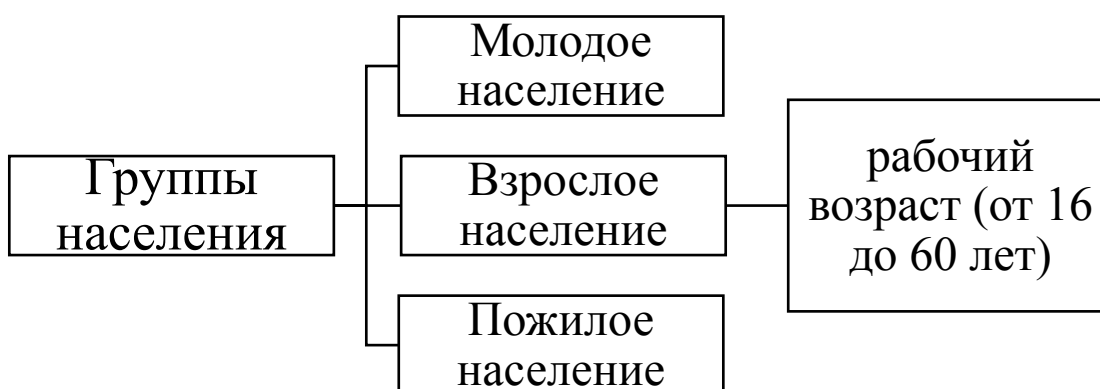


Рисунок 1 – Группы населения по их роли в демографической ситуации

Исходя из выше сказанного можно сделать вывод, что взрослое население региона трудоспособного возраста — это общее количество людей в данной области, которые способны и вероятно будут работать. Это основано на возрастном диапазоне, который определяется демографическими и трудовыми законами данного региона. Обычно к трудоспособному возрасту относятся подростки старшего возраста и лица пенсионного возраста, например, в возрасте от 18 до 64 лет.

1.2 Общая характеристика заболеваемости взрослого населения

Общая заболеваемость — частота всех имеющихся среди населения забо-

леваний, как впервые выявленных в данном календарном году, так и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больной вновь обратился за медицинской помощью в данном году [13].

Федеральная служба государственной статистики (Росстат) ежегодно собирает и анализирует данные по заболеваемости, получаемые путём проведения федерального статистического наблюдения и выборочных обследований. Росстат использует данные министерств и ведомств Российской Федерации.

Согласно данным Росстата, заболеваемость населения характеризуется числом случаев заболеваний, выявленных (или взятых под диспансерное наблюдение) в течение года при обращении в лечебно-профилактические организации или при профилактическом осмотре. Первичную заболеваемость регистрируют при установлении пациенту диагноза впервые в жизни. Общая заболеваемость населения характеризуется общим числом случаев заболеваний, зарегистрированных в течение года. В общей заболеваемости учитывают пациентов, которым диагноз установлен как впервые, так и при повторном (многократном) обращении по поводу одного и того же заболевания

В России в последние годы отмечается ухудшение здоровья взрослого населения. Это выражается в росте числа таких тяжелых хронических заболеваний, как гипертоническая болезнь сердца, ишемическая болезнь сердца, стенокардия, инфаркт миокарда, онкологическая патология, болезни мочеполовой системы. Одна из наиболее серьезных причин складывающейся ситуации - старение населения и груз тяжелых событий недавнего и отдаленного прошлого, вызывающих у многих, особенно пожилых людей, периодически возникающий эмоциональный стресс. Результат этих сложных событий - увеличение заболеваний пожилого и старческого возраста. Об этом же говорит и рост инвалидности.

В структуре общей заболеваемости взрослого населения преобладают болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, болезни костно-мышечной системы, болезни мочеполовой системы, болезни глаза и его

придаточного аппарата [13].

Несколько иная картина наблюдается для первичной заболеваемости. Здесь на первом месте стоят болезни органов дыхания. Далее следуют травмы, отравления, болезни мочеполовой системы, болезни кожи и подкожной клетчатки.

Анализ структуры патологии больных, находящихся под диспансерным наблюдением, показал, что большая часть из них состояла на учете по поводу болезней системы кровообращения. Далее следуют болезни эндокринной системы, болезни органов пищеварения, психические расстройства и новообразования.

В структуре онкологической заболеваемости (с диагнозом, установленным впервые в жизни) лидирующие позиции занимали злокачественные новообразования молочной железы у женщин, трахеи, бронхов и легких, шейки и тела матки, плаценты, предстательной железы, желудка, прямой кишки.

В структуре распространенности болезней органов дыхания лидируют острые заболевания (острый ларингит, фарингит, трахеит, пневмония и другие), в значительной степени зависящие от уровня инфекционной заболеваемости гриппом и другими острыми респираторными вирусными заболеваниями (ОРВИ) [24]. С позиций сохранения работоспособности и экономических потерь от утраты трудоспособности наибольшее значение имеют хронические заболевания органов дыхания - хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – группа заболеваний, которая включает хронический обструктивный бронхит, эмфизему, тяжелые формы бронхиальной астмы, хронический облитерирующий бронхиолит), а также бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь.

Характер динамики заболеваемости и распространенности болезней органов пищеварения примерно одинаков, наиболее интенсивно возрастает заболеваемость гастритами и дуоденитами, в то же время положительной выглядит тенденция резкого снижения числа случаев язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, анализ заболеваемости прикрепленного населения к медицинской организации свидетельствует о росте как первичной, так и общей заболеваемости населения. Показатель общей заболеваемости среди прикрепленного населения выше первичной, что свидетельствует о большем количестве накопленной хронической неинфекционной патологии и указывает на необходимость разработки комплексных мероприятий для ее профилактирования.

1.3 Правовые основы медико-социальной работы со взрослым населением

Основополагающими законами медико-социальной работы со взрослым населением и подзаконными актами, регламентирующими медико-социальную помощь, являются:

– Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием

12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020);

– Федеральный закон от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

– Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ (ред. от 25.12.2023) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;

– Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ (ред. от 25.12.2023) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

– Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ (ред. от 29.05.2024) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;

– Указ Президента РФ от 1 июля 1996 г. № 1011 «О мерах по обеспечению государственной поддержки инвалидов». В настоящий документ внесены изменения следующими документами: Указ Президента РФ от 27 апреля 2000 г. № 758;

– Постановление Правительства РФ от 5 апреля 2022 г. № 588 «О признании лица инвалидом»;

– Постановление Правительства РФ от 16 декабря 2004 г. № 805 «О порядке организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы».

Правовой основой медико-социальной работы являются также законы Федеральный закон «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 02.08.1995 № 122-ФЗ, Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 N 3185-1, Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ (ред. от 24.07.2023) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 30.03.1995 № 38-ФЗ и другие законодательные акты.

В современных условиях все основные законы РФ об охране здоровья населения полностью соответствуют требованиям Всемирной организации здравоохранения.

В формирующейся нормативной правовой базе медико-социальной работы основополагающими являются Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» и Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» 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. Специалисты рассматривают медико-социальную помощь как комплекс различных видов помощи: профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую, зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами.

В Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сказано, что медико-социальная помощь включает в себя профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, выплаты по нетрудоспособности и инвалидности.

Первичная медико-социальная помощь включает в себя лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений, неотложных состояний, проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, проведение мер по охране материнства и детства. Она оказывается бесплатно в соответствии с программой государственных гарантий и обязательного медицинского страхования.

Основными принципами охраны здоровья, согласно Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» являются:

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц и организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 6) доступность и качество медицинской помощи;
- 7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;

- 8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- 9) соблюдение врачебной тайны [45].

В гл. 3 данного закона определены полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья. В гл. 4 данного закона закреплены права и обязанности граждан в сфере здравоохранения.

Согласно ст. 19 гл. 4 обозначенного закона каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования. Законодательством Российской Федерации и соответствующими международными договорами Российской Федерации устанавливается также право на медицинскую помощь иностранным гражданам, проживающим и пребывающим на территорию Российской Федерации. Лица без гражданства, постоянно проживающие в Российской Федерации, пользуются правом на медицинскую помощь наравне с гражданами Российской Федерации, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

Федеральным законом «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28.12.2013 № 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, права и обязанности получателей и поставщиков социальных услуг. Этот закон определяет социальное обслуживание как деятельность служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи,

проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в сложной жизненной ситуации. Социально-медицинские услуги, которые законодательно закрепленные, имеют непосредственное отношение к медико-социальной помощи и медико-социальной работе.

Согласно ст. 4 Федерального закона «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28.12.2013 № 442-ФЗ, социальное обслуживание основывается на соблюдении прав человека и уважении достоинства личности, носит гуманный характер и не допускает унижения чести и достоинства человека.

Социальное обслуживание осуществляется также на следующих принципах:

1) равный, свободный доступ граждан к социальному обслуживанию вне зависимости от их пола, расы, возраста, национальности, языка, происхождения, места жительства, отношения к религии, убеждений и принадлежности к общественным объединениям;

2) адресность предоставления социальных услуг;

3) приближенность поставщиков социальных услуг к месту жительства получателей социальных услуг, достаточность количества поставщиков социальных услуг для обеспечения потребностей граждан в социальном обслуживании, достаточность финансовых, материально-технических, кадровых и информационных ресурсов у поставщиков социальных услуг;

4) сохранение пребывания гражданина в привычной благоприятной среде;

5) добровольность;

6) конфиденциальность [46].

Помимо федеральных законов, в нормативную правовую базу медико-социальной работы включены подзаконные акты, например, Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 июня 2007 г. № 389 «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях», где утверждено Положение об организации деятельности социального работника кабинета медико-социальной помощи

женской консультации, и другие, что позволяет реализовать возможности медико-социальной работы в различных сферах охраны здоровья.

К основополагающей нормативно-правовой базе могут быть также отнесены многочисленные документы и научные разработки международного и отечественного значения:

На основе анализа приведенных нормативно-правовых документов можно утверждать, что приоритетным направлением в развитии медико-социальной работы со взрослым населением на сегодняшний день становится оказание не только медицинской, но и профилактической, психологической и социальной помощи.

Таким образом, взрослое население – это люди, которые способны и вероятно будут работать. Обычно к трудоспособному возрасту относятся подростки старшего возраста и лица пенсионного возраста, например, в возрасте от 18 до 64 лет. Такие данные основаны на возрастном диапазоне, который определяется демографическими и трудовыми законами.

В последние годы отмечается ухудшение здоровья взрослого населения. Это выражается в росте как первичной, так и общей заболеваемости населения, в росте числа тяжелых хронических заболеваний.

Правовые основы медико-социальной работы со взрослым населением предусматривают оказание помощи взрослому населению в получении медико-социальных услуг, направленных на поддержание и сохранение здоровья путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья.

2 ОСНОВЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ВЗРОСЛЫМ НАСЕЛЕНИЕМ

2.1 Сущностные характеристики медико-социальной работы в современных социальных науках

Социальная работа представляет собой бурно развивающуюся сферу профессиональной деятельности новой для России, официально признанной лишь в 1991 г. специальности. В ходе внедрения ее в практику российского здравоохранения и социальной защиты естественно встает вопрос определения теоретической идентичности социальной работы в системе социального знания [16]. Социолого-ориентированный подход в научных исследованиях проблем социально-медицинской работы является одним из ведущих и перспективных в разработке теории и научном осмыслении содержания ее профессиональной деятельности. Понимание роли медицины, медицинской практики и здравоохранения как социальной системы, процессов познания медико-социальных, экономических, политических проблем здравоохранения нашло в XX веке свое отражение в становлении и закономерном развитии новой научной дисциплины – *социологии медицины*. А.В. Решетников (2002), возглавивший это научное направление, выделяет следующие факторы интеграции социологии и медицины, способствующие формированию ее как самостоятельной научной дисциплины [34]:

- состояние социальной аномии в обществе в условиях возвращения к принципам рыночной экономики;
- потребность медико-социологического осмысления роли и места системы охраны здоровья в жизни общества, использование социологических методов исследования в здравоохранении;
- изменение демографических процессов и структуры заболеваемости;
- потребность в использовании социологических подходов для изучения заболеваний и лечения больных.

Предметом изучения социологии медицины А.В. Решетников определяет

отношения индивида, социальных групп к состоянию общественного здоровья и организации медицинской помощи в зависимости от социально-экономических и политических факторов. Безусловно, в медицине будь то исследовательская деятельность, клиническая практика или профилактическая работа требуется учет факторов культурного и социального воздействия, которые влияют на восприятие человеком своего состояния, на формирование его решения обратиться за этой помощью и на его реакцию, на предоставляемую медицинскую помощь.

Медико-социальная работа с населением – профилактическая, лечебно-диагностическая, реабилитационная, протезно-ортопедическая и зубопротезная помощь, включающая меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, содержащая выплату пособий по временной нетрудоспособности. Медико-социальная помощь оказывается в учреждениях системы здравоохранения и системы социальной защиты. Суть медико-социальной работы заключается в координационной работе медицинских, социальных и иных специалистов, обеспечивающих оказание нуждающимся лицам медико-социальных услуг.

Понятие «медико-социальная работа» шире понятия «медико-социальной помощи». С одной стороны, медико-социальную работу рассматривают как разновидность социальной работы, направленной на охрану, поддержку физического и психического здоровья (индивида, коллектива, населения), а с другой стороны – это вид деятельности, направленный на достижение социального благополучия.

Практика медико-социальной работы в отечественном здравоохранении образует систему с собственными процессами, ценностями и социальными ролями, и нормами, требующими переосмысления в условиях социальной аномии. В социологии медицины все социальные процессы рассматриваются с точки зрения интересов людей, их потребностей и ожиданий в поддержании своего здоровья. Изучая проблемы здоровья, медицины и здравоохранения, медицинской политики и образования, демографии, социология медицины во

всех случаях стремится, прежде всего, исследовать человека социального в его медицинском социокультурном пространстве: основные, простые и сложные формы взаимодействия в системе охраны здравоохранения; нормы и правила поведения в медико-социальных системах, которые характеризуются основными категориями социологии (социальное действие, социальный институт, социальный статус, социальная роль, социальная структура, социальная общность, социальная группа, ценности и др.). Проблема улучшения здоровья населения – это и проблема изменения научной парадигмы отечественной медицины, здравоохранения.

Для успешной жизни в обществе люди должны обладать знаниями и опытом – культурой здорового образа жизни. Однако сами по себе такие знания мало что дают, если они не обеспечивают понимания тех реальных каждодневных процессов, в которых находятся люди. Для этого должна создаваться целостная картина текущего поведения всего населения, либо его отдельных социальных групп по поддержанию, сохранению и укреплению собственного здоровья. В то же время существует непреложный факт, что далеко не каждый человек в условиях свободы может сам создавать себе необходимые для достойной жизни условия в силу либо объективных причин (инвалидность, тяжелая болезнь, старость), либо отсутствия умения, других личных качеств. Таким социально ущемленным людям общество, государство должны оказывать помощь, используя рычаги социального управления для смягчения по возможности существующего неравенства в условиях удовлетворения этих потребностей, что является неотложной задачей социальной работы. В любом случае эта интеграция приведет к созданию новой системы позитивного социального знания о здоровье.

Позитивная парадигма социологии медицины отвечает ожиданиям социально-медицинской работы, направляет познание на поиск информации, которая служит следующим целям:

- помогает членам общества быстрее социализироваться;
- отвечает на вопросы о том, как образуются социальные группы и отно-

шения, как формируются институты в системе охраны здоровья, какова их общественная судьба;

- помогает строить поведенческие модели разных личностных типов;
- помогает выбирать и изменять модели институтов взаимодействий.

В системе ценностей личности данная проблематика достаточно успешно решается и в теоретическом плане, и на уровне разработки эффективных социальных технологий, направленных на изменение ценности здоровья, как в системе культуры всего общества, так и у самой личности. Реформы, осуществляемые в любом обществе, опираются на уже имеющиеся нормы, ценности, накопленный опыт.

В России в настоящее время ведется речь не об ослаблении нравственных начал, а об их восстановлении, поскольку они утрачены в качестве составляющей общей духовной регуляции как основного признака социального здоровья общества [16]. Отсюда представляется вполне закономерным рост интереса в современной отечественной социальной работе к социологии медицины, в рамках которой может быть осуществлено социологическое осмысление состояния медико-социальных институтов, роли и места врача, специалиста социальной работы и пациента, отношение к здоровью и болезни. Успешное функционирование здравоохранения как социального института возможно только в условиях обеспечения гармонии интересов всех взаимодействующих субъектов. Однако на практике это не всегда удается.

Существует насущная потребность в изучении влияния введения:

- работы лечебно-диагностических учреждений с различными формами собственности;
- потребностей разных социальных групп в медицинских услугах;
- динамики формирования медико-социальных групп и построения моделей оказания медико-социальной помощи и профилактических мероприятий.

Важной задачей социально-медицинской работы современного периода развития здравоохранения в нашей стране является разработка эффективной

системы контроля и мониторинга социальных индикаторов, единых социальных стандартов в деле охраны здоровья, интеграция в систему обязательного и добровольного медицинского страхования как формы социальной защиты [6]. Кроме практических и научных проблем, перед современной социологией медицины и социальной работой в здравоохранении стоит задача исследования морально-этических проблем, касающихся взаимоотношений врача и пациента, пределов допустимого вмешательства, донорства при пересадках органов, эвтаназии, коммерциализации здравоохранения и др. Медико-социологический анализ проблем, связанных с охраной и улучшением здоровья людей, должен быть направлен на всестороннее изучение специфических противоречий и трудностей, возникающих в медицинском обслуживании населения на новом этапе общественного развития, изучение путей и способов их преодоления. Важной стороной этого анализа является опора на весь арсенал методов, наработанных в современной науке, направленной на раскрытие возможностей общества в преодолении болезней и увеличении продолжительности жизни населения [12].

Важность задач *социологической парадигмы* социально-медицинской работы определяется тем, что они связаны с решением теоретических и прикладных социальных проблем здоровья, болезни и положением больного, функционированием медико-социальных систем, деятельностью в системе медицинского и социального страхования, формированием общественного мнения о работе системы здравоохранения. Использование конкретных медико-социологических исследований для гармонизации интересов субъектов и участников системы охраны здоровья, интегральной оценки качества жизни и эффективности деятельности медико-социальной системы также является важным аспектом интересов социально-медицинской работы. А.В. Решетников дает следующее определение социологии медицины как науки – это наука о закономерностях формирования ценностных отношений у разных слоев населения к здоровью, болезни и медицинскому обслуживанию, медицине и организации здравоохранения. Целью социологии медицины является поиск и

создание средств и инструментов контроля общества в интересах глобального укрепления общественного здоровья, предупреждения нежелательных тенденций в развитии медицины и здравоохранения [25].

Данное определение науки, цели и задач вполне отвечает притязаниям профессиональной социально-медицинской работы. Здоровье нации в значительной степени определяется состоянием и эффективностью системы здравоохранения и социальной защиты населения, которая служит основным потребителем профессионально подготовленных кадров специалистов социальной работы. По-видимому, осознание властными структурами общности задач, стоящих перед развитием системы здравоохранения и социальной защиты населения, привело к слиянию и созданию единой системы управления отраслями.

Только одна система здравоохранения не в состоянии обеспечить выполнение комплексных программ по укреплению здоровья населения, профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни и совершенствованию мер социальной защищенности граждан. Усилия специалистов социальной работы и социологов медицины должны быть направлены на определение природы социальных изменений и построение адекватных моделей медицинской и организационной деятельности как органов и учреждений здравоохранения, так и поведения самих индивидов [25].

Закономерный рост интереса к социологии медицины в современной отечественной науке определяется тем, что в ее рамках может быть осуществлено социологическое осмысление состояния системы охраны здоровья как важнейшей сферы общества и его социальных институтов, роли и места медицины, здравоохранения, врача, специалиста социальной работы и пациента [34].

Современная позитивная *психологическая парадигма*, лежащая в основе профилактической социально-медицинской работы, получила концептуальную известность под названием «психология отношений». Она зародилась в начале XX в. в школе маститого отечественного психиатра В.М. Бехтерева. Ее первые

штрихи были набросаны А.Ф. Лазурским и С.П. Франком в опубликованной ими в 1912 г. «Программе исследований личности и ее отношении к среде». В дальнейшем «психология отношений» развивалась Владимиром Николаевичем Мясищевым, в творчестве которого представлена разработка идеи отношений в отечественной психологии.

В основе становления понятийного аппарата и теоретической интерпретации положений данной концепции лежат научные исследования нейрофизиологической школы И.П. Павлова. Одно из ключевых положений разработанной В.Н. Мясищевым концепции формулируется так: «сущностью личности является отношение к действительности». Категория «отношения» – одно из центральных понятий концепции.

При психологическом анализе личность, целая и неделимая по своей природе, предстает как система отношений; а отношения, в свою очередь, выступают как структурные элементы личности. «Психологические отношения человека представляют целостную систему индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности». Психологические отношения могут быть описаны и проанализированы с помощью эмоционального, познавательного и волевого компонентов.

Названные компоненты отношения соответствуют в современной психологии выделению трех сфер психического: эмоциональной, когнитивной и мотивационно-поведенческой. По мнению В.С. Мерлина, человек проявляет себя как личность лишь в процессе осуществления сознательно поставленных целей и активного воздействия на окружающий мир.

Отношение к здоровью представляет собой систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующих или, наоборот, угрожающих здоровью людей, а также определенную оценку индивидом своего физического и психического состояния. Отношение к здоровью – один из элементов самосохранительного поведения. Обладая всеми характеристиками, присущими

психическому отношению, оно содержит три основных компонента: когнитивный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий.

Эффект теории реактивности проявляется при планировании, разработке и оценке эффективности рекламы здорового образа жизни, которая часто строится не на пропаганде сохраняющих здоровье формах поведения, а на запрете «нездоровых» привычек. Основная идея теории реактивности заключается в следующем: когда люди чувствуют, что их свобода поступать по своему желанию находится в опасности, у них возникает неприятное состояние реактивности, а избавиться от него можно, лишь совершив запретный поступок. Особенности социального микро- и макроокружения.

Таким образом, можно отметить, что сущность и понятие социально-медицинской работы в современных социальных науках раскрывается в нескольких основных науках – это социальная работа и социология медицины. Также исследователями выделяются различные парадигмы, которые по-своему указывают на важность изучения социально-медицинской работы, затрагивая ее многогранность.

2.2 Развитие медико-социальной работы как вида профессиональной деятельности

Медико-социальная работа рассматривается и как новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной не только на восстановление, но и сохранение, и укрепление здоровья всего населения.

Она принципиально меняет существующий подход к охране здоровья, так как предполагает системное медико-социальное воздействие на более ранних этапах развития болезненных процессов, потенциально ведущих к тяжелым осложнениям, инвалидизации и летальному исходу. Таким образом, медико-социальная работа приобретает не только выраженную реабилитационную, но и профилактическую направленность, что имеет особое значение. Целью медико-социальной работы является достижение оптимально возможного уровня

здоровья, функционирования и адаптации, лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием. Объектом медико-социальной работы являются различные контингенты лиц, имеющие выраженные медицинские и социальные проблемы, которые тесно взаимосвязаны и их решение затруднительно в рамках односторонних профессиональных мероприятий. Работа с такими контингентами одинаково тяжела и недостаточно эффективна как для медицинских работников, так и для специалистов социальных служб, поскольку неизбежно они оказываются перед кругом проблем, выходящих за рамки их профессиональной компетенции.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет социальную работу как деятельность, родственную врачеванию. Такая характеристика особенно убедительна в практике социальных работников, участвующих в оказании медико-социальной помощи населению и медико-социальной работе.

Разработка такого профильного направления социальной работы в нашей стране была обусловлена необходимостью поиска решения взаимосвязанных проблем здоровья медицинского и социального характера на качественно новом междисциплинарном уровне. Процесс ее становления — как новой практической и научно-образовательной деятельности — проходил в неразрывной связи с развитием теории и практики социальной работы и социального образования.

В начале 1990-х гг. ряд российских авторов в предлагаемых концепциях реформирования систем здравоохранения и социальной защиты населения анализировали различные аспекты комплексного подхода в решении проблем охраны здоровья населения. В этой связи 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.

Обоснованию места и роли социальных работников в оказании 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.

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 показывают, что, несмотря на предпринимаемые усилия в помощи лицам, имеющим медицинские и социальные проблемы, реальная координация ведомственных действий недостаточно эффективна. Оптимальное взаимодействие вырабатывается после длительной совместной работы в смежном секторе.

Медицинские работники на практике вынуждены выполнять ряд функций социальных работников, а социальные работники в свою очередь, имеющие дело с клиентами, которые страдают психической и физической патологией, должны выступать в роли врачей.

Медико-социальная работа имеет много общего по своей сути с медицинской помощью и деятельностью органов и учреждений здравоохранения в целом, при этом она не претендует на выполнение лечебно-диагностических функций, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и четкое разграничение сфер ответственности. Социальные работники, участвующие в оказании медико-социальной помощи населению, находят свое применение в учреждениях 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 деятельности в конце 1990-х гг. в контексте социально-экономических изменений.

Это происходит на основе интеграции тех знаний, которые выработало несколько поколений отечественных ученых. Не умаляя значения зарубежного опыта теории и практики социальной работы, сложившейся в последние

десятилетия, необходимо отметить глубокие исторические корни благотворительности и милосердия в России, которые можно рассматривать как этапы становления социальной помощи и основу отечественной медико-социальной работы. Экономические, социальные и культурно-исторические особенности России обуславливают необходимость развития отечественной теории медико-социальной работы как научной основы эффективной практической деятельности междисциплинарного характера при оказании медико-социальной помощи населению.

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 форм оказания социально-медицинских услуг, формирование нормативной правовой базы нового вида профессиональной деятельности, сложившаяся система подготовки профессиональных социальных работников медицинского профиля.

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, обеспечение ухода с учетом состояния здоровья, содействие в проведении медико-социальной экспертизы, проведение реабилитационных мероприятий социально-медицинского характера, обеспечение техническими средствами ухода и реабилитации, организация квалифицированного медицинского консультирования, организация лечебно-оздоровительных мероприятий и лечебно-трудовой деятельности, консультирование по социально-медицинским вопросам.

Обозначая место медико-социальной работы среди смежных видов деятельности, необходимо отметить координирующую роль социального работника в разрешении всего комплекса проблем клиента, оказавшегося в сложной жизненной ситуации и требующего соучастия специалистов смежных профессий - врачей, психологов, педагогов, юристов.

Классической триадой в организации социальной работы в области проблем, связанных с медициной и здравоохранением, являются службы, нацеленные на все виды профилактики – первичной, вторичной и третичной.

Речь идет о работе по предупреждению аномальных явлений, лежащих в основе заболевания, по предотвращению осложнений и негативных последствий болезни, по реадaptации и реабилитации больных, оказанию им социальной помощи. Именно в таком комплексном подходе строится медико-социальная работа во многих зарубежных странах.

Становление медико-социальной работы со взрослым населением в Российской Федерации можно рассматривать как одну из стратегий инновационного развития медико-социальной помощи населению.

В рамках социально-медицинских услуг обеспечиваются содействие в оказании пациентам 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, уход с учетом состояния здоровья, проведение медико-социальной экспертизы, реабилитационных мероприятий социально-медицинского характера, приобретение технических средств ухода и реабилитации, организация квалифицированного медицинского консультирования, лечебно-оздоровительных мероприятий и лечебно-трудовой деятельности, консультирование по социально-медицинским вопросам.

Таким образом, 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 другие; в системе социальной защиты населения - социальное консультирование, социальные пособия, социальное обслуживание на дому, социальное обслуживание в стационарных учреждениях, организация дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания, предоставление временного приюта и другие. Наряду с этим в данной сфере деятельности могут использоваться также формы и методы, сложившиеся в педагогике, психологии, правовой сфере. Конкретная структура медико-социальной работы со взрослым населением в каждом случае определяется конкретным профилем патологии или проблемой жизненной ситуации, в которой оказался клиент.

2.3 Специфика медико-социальной работы с взрослым населением

Целью социально-медицинской работы с взрослым населением является повышение уровня жизнедеятельности контингентов групп биологического, социального и медицинского риска.

Особенностью социально-медицинской работы со взрослым населением является то, что как профессиональная деятельность она формируется на стыке двух самостоятельных отраслей – здравоохранения и социальной защиты населения, что и обуславливает специфику ее функций.

Обозначая место социально-медицинской работы необходимо отметить координирующую роль специалиста по социальной работе в разрешении всего комплекса проблем клиента, оказавшегося в сложной жизненной ситуации и требующего соучастия специалистов смежных профессий – врачей, психологов, педагогов, юристов и др.

По своей сути социально-медицинская работа с взрослым населением имеет много общего с медицинской помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом. Но при этом она не превышает пределы своей компетенции, не претендует на выполнение лечебно-диагностических функций, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и четкое разграничение сфер ответственности [36]. Отечественный опыт организации

первичной медико-санитарной помощи, зарубежный опыт социальной работы в здравоохранении показывают, что, не смотря на предпринимаемую координацию усилий, в помощи лицам, имеющим как медицинские, так и социальные проблемы, реальная координация ведомственных действий недостаточно эффективна. Оптимальное взаимодействие вырабатывается лишь после длительной совместной работы в смежном секторе, после соответствующей подготовки на основе выбора специальных форм работы, которые позволяют объединить действия представителей разных специальностей в лице нового специалиста – специалиста по социальной работе, получившего соответствующую медицинскую специализацию

Здравоохранение представляет собой важнейшую отрасль социально-культурной деятельности, основной целью которой является осуществление мер по охране здоровья населения. Отечественная система здравоохранения состоит из государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

К государственной системе здравоохранения относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические учреждения и организации, создаваемые Минздравом РФ, министерствами субъектов РФ, государственными предприятиями, учреждениями и организациями.

К муниципальной системе здравоохранения относятся находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические учреждения. Финансирование деятельности муниципальных учреждений осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов (территориальных фондов обязательного медицинского страхования) и иных разрешенных источников.

К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой.

Ведущее место в структуре учреждений здравоохранения занимают лечебно-профилактические учреждения. К ним относятся:

– амбулаторно-поликлинические (амбулатории, городские поликлиники, здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты, косметологические лечебницы, центральные районные поликлиники и т. д.);

– больничные (городские больницы, детские больницы, центральные районные больницы, частные лечебницы и т. д.);

– диспансеры (врачебно-физкультурные, кардиологические, кожно-венерологические, наркологические, онкологические, противотуберкулезные, психоневрологические и т. д.);

– учреждения охраны материнства и детства (родильные дома, дома ребенка, ясли, молочные кухни);

– станции скорой и неотложной медицинской помощи, и переливания крови;

– санаторно-курортные учреждения (санатории, детские санатории, курортные поликлиники, грязелечебницы, санатории-профилактории).

Объектами социально-медицинской работы с взрослым населением являются различные контингенты лиц, находящиеся в состоянии социальной, медицинской или психологической дезадаптации (мигранты, безработные, осужденные, лица, страдающие зависимостью от психоактивных веществ, инфекционные больные, психически больные, ВИЧ-инфицированные, онкобольные, инвалиды, симбиотическая диада и др.) [37].

Специфика конкретной медико-социальной работы с взрослым населением определяется многими факторами:

– возрастом клиента;

– видом его социальной деятельности;

– экономическим положением его семьи;

– состоянием физического и психологического здоровья;

– степенью нарушения его адаптационных ресурсов в обществе и возможностью их частичного или полного восстановления;

– степенью социальной активности;

– наличие определенных факторов, оказывающих влияние на здоровье че-

ловека;

– возможностями общества и др.

Решение проблем данных групп является возможным на стыке различных научных дисциплин, что нашло свое отражение в социально-медицинской работе. Возникла необходимость интеграционного комплексного подхода, где происходит совместная работа целой группы специалистов: специалистов по социальной работе, психологов, социологов, медицинских работников, педагогов, юристов.

Основными направлениями медико-социальной работы с взрослым населением являются профилактическая и патогенетическая.

Профилактическая медико-социальная работа подразумевает проведение мероприятий по предупреждению нарушений соматического, психологического и репродуктивного здоровья; формированию здорового образа жизни; обеспечению социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др. Данный тип медико-социальной работы подразделяется на первичную и вторичную.

Задача *первичной профилактики* – предупреждение развития у взрослого населения патологических состояний, т.е. проведение социально-экономического анализа, формирование у населения представлений о здоровом образе жизни, активной жизненной позиции по отношению к своему здоровью.

Вторичная профилактика у взрослого населения направлена на предупреждение дальнейшего прогрессирования болезни и предусматривает комплекс лечебных и профилактических мероприятий, а также решение ряда социальных задач.

Главные направления профилактической медико-социальной работы с взрослым населением:

– повышение уровня медицинского образования населения, формирование у него представления о здоровом образе жизни и его значении в предупреждении заболеваний;

– выявление наиболее важных социальных факторов, оказывающих отри-

цательное влияние на здоровье человека, и непосредственное их устранение или уменьшение их влияния на организм.

Патогенетическая медико-социальная работа с взрослым населением включает в себя мероприятия по организации медико-социальной помощи, медико-социальной экспертизы, социальной работы в отдельных областях медицины и здравоохранения.

Приоритетным направлением патогенетической медико-социальной работы с взрослым населением является реабилитация больных – комплекс медицинских, социально-экономических и педагогических мероприятий (в том числе в специализированных реабилитационных центрах). К задачам реабилитации относится также повышение качества жизни пациентов.

Одним из факторов, влияющих на общественное здоровье, является качество и доступность для населения медико-социальной помощи, которую следует рассматривать как важнейшую составляющую охраны здоровья населения [40].

Таким образом, особенность социально-медицинской работы с взрослым населением предусматривает организацию медико-социальной помощи взрослому населению; проведение медико-социальной экспертизы; осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации взрослого населения; проведение социальной работы в отдельных областях медицины и здравоохранения; проведение коррекции психического статуса клиента; создание реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры; обеспечение преемственности во взаимодействии смежных профессий и др. Медико-социальная работа со взрослым населением, которую проводит социальный работник – это реальное воплощение медико-социальной защиты населения. Она направлена на оказание конкретной помощи взрослому населению, в ней нуждающейся.

Анализируя основы медико-социальной работы со взрослым населением, можно сделать вывод о том, что сущность и понятие медико-социальной работы со взрослым населением в современных социальных науках раскрывается в

нескольких основных науках – это социальная работа и социология медицины. Медико-социальная работа рассматривается как новый вид профессиональной мультидисциплинарной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной не только на восстановление, но и сохранение, и укрепление здоровья всего населения. Специфика медико-социальной работы со взрослым населением заключается в цели работы, которая предполагает повышение уровня жизнедеятельности взрослого населения на стыке двух самостоятельных отраслей.

3 ЭМПИРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ СО ВЗРОСЛЫМ НАСЕЛЕНИЕМ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

3.1 Анализ медико-социальной работы со взрослым населением Амурской области

Исследование медико-социальной работы со взрослым населением Амурской области осуществлялось методом анализа документов и опросом граждан в форме анкетирования. Выбор в их пользу обоснован тем, что данные методы обладают следующими достоинствами: сравнительно экономичный, возможность охвата больших групп людей, оперативность, экономия средств и времени.

В рамках исследования медико-социальной работы со взрослым населением в учреждениях здравоохранения Амурской области были опрошены потребители медико-социальных услуг в медицинских организациях.

Материалами исследования являлись отчетная и плановая документация, приказы министерства здравоохранения Амурской области, паспорта региональных проектов по реализации национальных программ.

В программе исследования были поставлены следующие задачи:

1. Анализ структуры населения Амурской области
2. Определение мероприятий, проводимых в рамках медико-социальной работы со взрослым населением Амурской области
3. Выявление показателей удовлетворённости пациентов доступностью и качеством оказания медико-социальной помощи
4. Разработка рекомендаций по оптимизации медико-социальной работы со взрослым населением Амурской области.

Рассмотрим результаты, полученные в ходе исследований, полученных путем анализа документов. Плотность населения: 2,2 чел./км², наибольшая плотность населения наблюдается на юге области 5,1 чел./км², наименьшая плотность населения на севере области – 0,18 чел./км².

Ежегодно по области отмечается снижение численности населения.

На 01.01.2024 численность постоянного населения составила 751 354 человек (на 01.01.2023 – 756 198 человек). По сравнению с 2022 годом число жителей области уменьшилось на 4 844 человека.

Показатель смертности за 10 лет: 2013 – 13,9, 2014 – 13,9, 2015 – 13,9, 2016 – 13,7, 2017 – 13,4, 2018 – 13,3, 2019 – 14,0, 2020 – 16,2, 2021 – 18,5, 2022 – 14,7; 2023-14,0, в соответствии с рисунком 2.

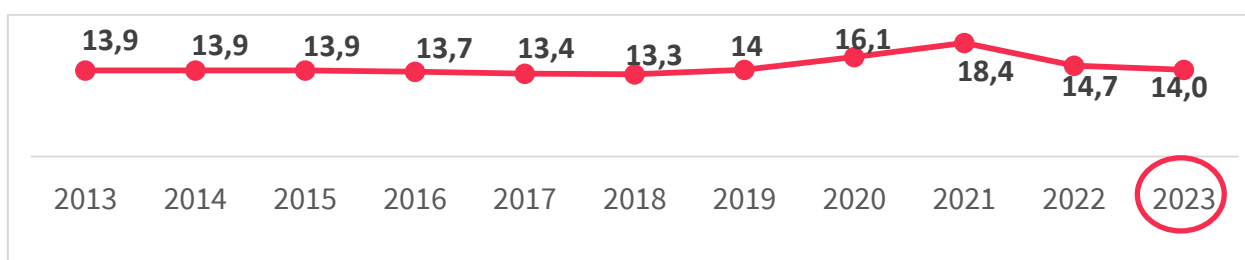


Рисунок 2 – Динамика общего коэффициента смертности от всех причин, на 1 000 населения (за период с 2013 по 2023 г.)

В структуре городское население – 68,3 %, дети – 22,5 %, трудоспособное население – 58,4 %.

За 12 недель 2024 года, среди взрослого населения, показатель смертности у мужчин составил 20,6 на 1000 тыс. населения, у женщин 6,6 на 1000 тыс. населения, в соответствии с рисунком 3.

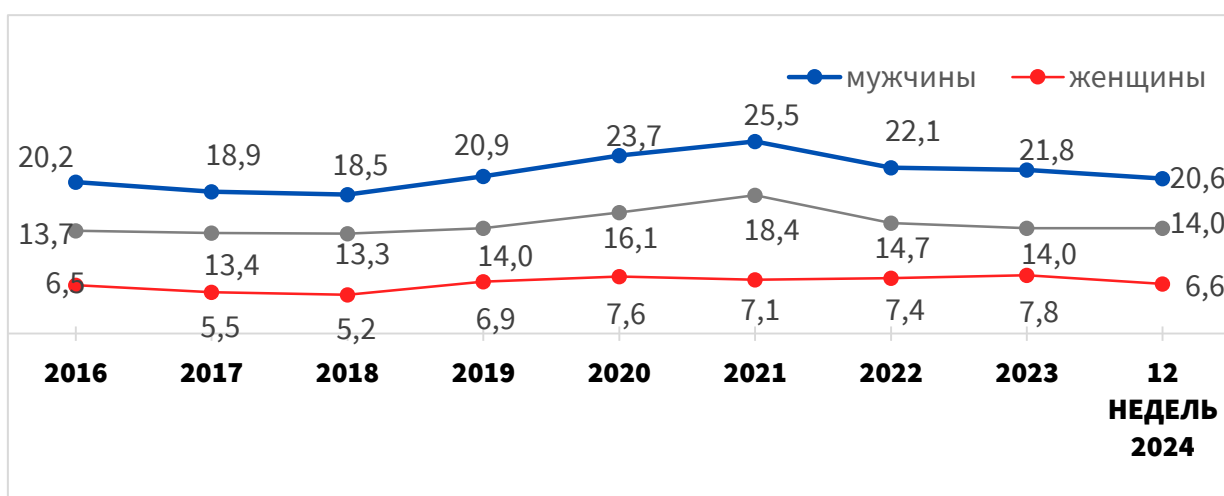


Рисунок 3 – Динамика общего коэффициента смертности от всех причин, на 1000 населения

Число умерших от отдельных причин в абсолютных числах составило: от болезней системы кровообращения – 1 009 человек («-» 3 человека по сравнению с аналогичным периодом 2023 года), новообразования 343 человека («+ »25 человек), от болезней нервной системы 152 человека («+75» человек), от болезней органов пищеварения 147 человек («-»17 человек), от болезней органов дыхания 55 человек («-»112 человек), от внешних причин 258 человек («-»22 человека), в соответствии с рисунком 4.

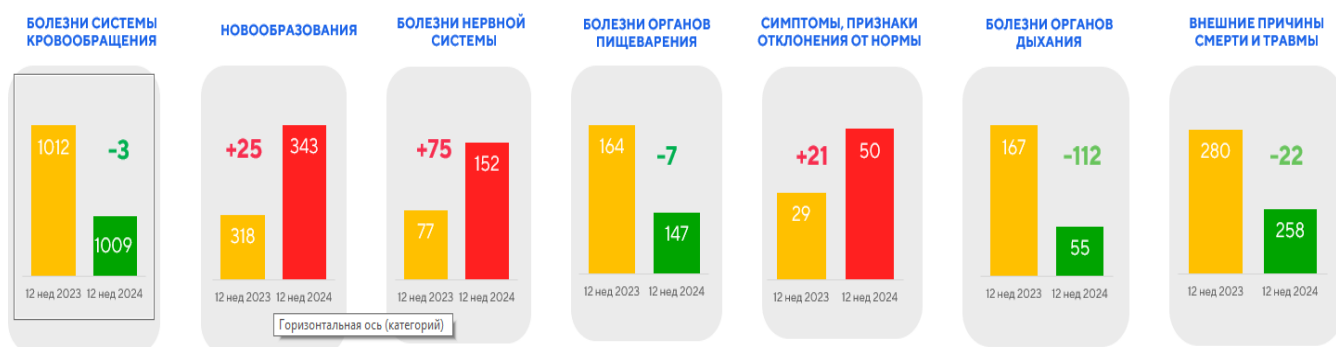


Рисунок 4 – Число умерших от отдельных причин, человек

С 2023 года проводится более детальный анализ структуры умерших по причинам смерти по возрастным группам.

В 2023 году из всех умерших от внешних причин (1546 человек) – 1183 человека (76,5 %) – это взрослые люди трудоспособного возраста, в соответствии с рисунком 5.

В 2023 году, как и в предыдущие 5 лет удельный вес случаев смерти от болезней системы кровообращения в общей структуре смертности остается стабильно высоким. Всего в 2023 году от болезней системы кровообращения умерло 4739 человек (623,7 на 100 тыс. населения), в 2022 году – 4639 человек (596,9 на 100 тыс. населения), в 2019 году – 4511 человек (566,8 на 100 тыс. населения).

В 2023 году в сравнении с 2022 годом отмечился рост случаев смерти от болезней системы кровообращения, на 100 человек или 4,5%, в сравнении с 2019 годом рост на 228 человек (5,1 %).

В структуре смертности от основных причин смертность от онкологических заболеваний в 2023 году занимает второе место.

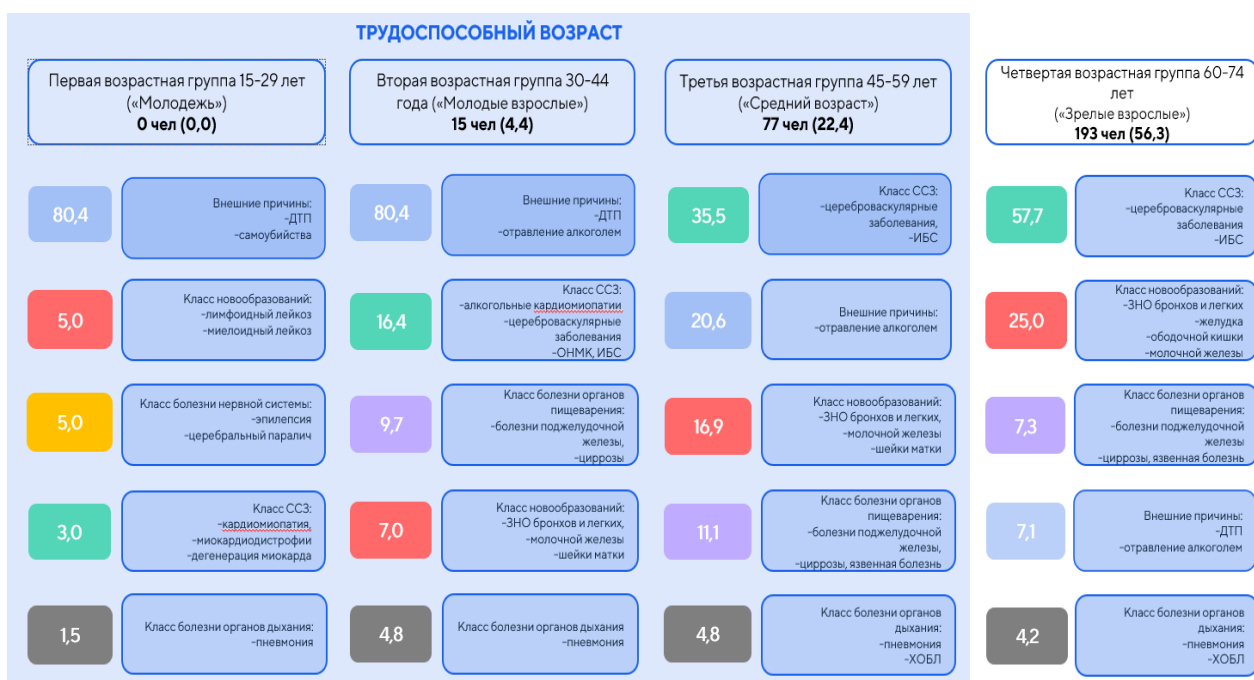


Рисунок 5 – Различия основных причин смерти, по возрастным группам населения

За данный период отмечается снижение показателя смертности в сравнении с аналогичным периодом 2022 года на 20 человек в абсолютных цифрах (за отчетный период 2023 года умерло 1608 человек, или 211,6 на 100 тыс. населения, в 2022 году – 1628 человек, или 209,5 на 100 тыс. населения), в относительном показателе – небольшой рост на 1,0%, в соответствии таблицы 1.

Таблица 1 – Изменение числа умерших в Амурской области по основным классам причин смерти

Ранговое место и доля умерших от всех причин в 2023 году		2023	2022	2021	2020	2019
№ (100,0%)	Всего умерших от всех причин, в том числе от:	10569	11346	14298	12677	11088
1 (44,8%)	болезней системы кровообращения	4739	4639	5092	5020	4511
2 (15,2%)	новообразований	1608	1628	1717	1838	1812
3 (14,6%)	внешних причин	1546	1410	1286	1512	1438
4 (6,7%)	болезней органов пищеварения	707	754	884	902	753
5 (4,3%)	болезней нервной системы	461	414	526	489	428
6 (4,0%)	болезней эндокринной системы	421	438	581	682	754
7 (3,9%)	болезней органов дыхания	409	915	1996	889	396
	в т.ч. от пневмонии (J12-J18)	214	680	1802	594	136
8 (1,7%)	симптомов, признаков и отклонений от нормы	181	154	184	294	231
9 (1,4%)	некоторых инфекционных и паразитарных болезней	145	142	156	134	158
10 (0,8%)	болезни мочеполовой системы	84	106	129	177	158
11 (0,3%)	Covid - 19 (U07.1-U07.2)	30	532	1472	562	0

В структуре общей смертности населения области от основных причин за 2023 год внешние причины занимают третье место.

Мероприятия в рамках медико-социальной работы со взрослым населением Амурской области, направленные на снижение смертности от болезней системы кровообращения, разделены на этапы, в соответствии с рисунком 6.

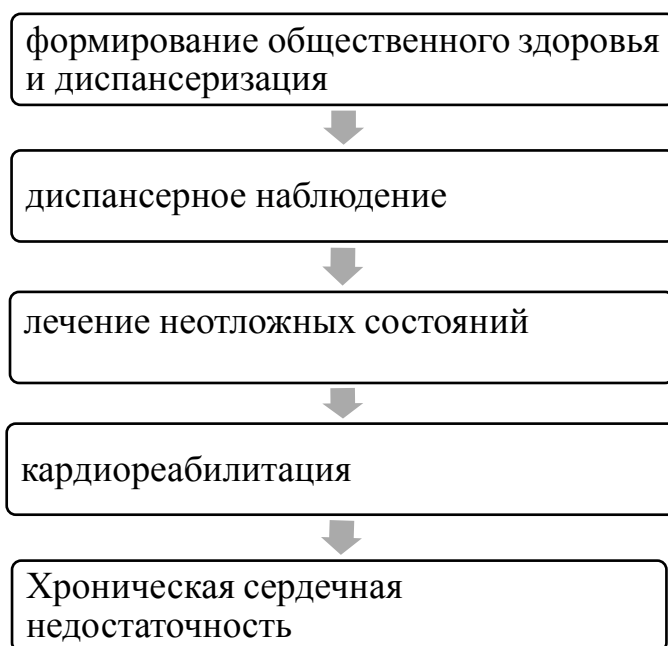


Рисунок 6 – Этапы мероприятий в рамках медико-социальной работы со взрослым население Амурской области

– формирование общественного здоровья и диспансеризация. Проводятся мероприятия по формированию ЗОЖ, работа со СМИ (вышло в свет 74 публикации в областных и муниципальных газетах, 147 на сайтах электронных СМИ, 46 телепередач и новостных сюжетов, 1 радиопередача. Размещено 839 публикаций на сайтах, более 6000 в социальных сетях, осуществляется прокат социальной рекламы на уличных индикаторных панелях), выявление коррекция факторов риска, особенно у лиц трудоспособного возраста (при проведении профилактических осмотров и диспансеризации впервые выявлена патология сердечно-сосудистой системы у 2383 человек, в том числе артериальная гипертония – 1730 человек, ишемическая болезнь сердца – 302 человек);

– диспансерное наблюдение. Введен контроль своевременной постановки на диспансерный учет и обеспечение лекарственными препаратами пациентов,

это проводится в ежедневном режиме главными внештатными специалистами министерства здравоохранения области, с применением телемедицинских технологий (ВКС). Количество проведенных консультаций с применением телемедицинских технологий с медицинскими организациям первого и второго уровня увеличилось в 1,6 раза (в 2023 году проведено 1 208 консультаций);

– лечение неотложных состояний. Открыт ещё один региональный сосудистый центр на базе ГБУЗ АО «Свободненская межрайонная больница». Оперативно актуализируется схема маршрутизации пациентов. Активно применяется дистанционное ЭКГ и АД специалистами скорой медицинской помощи, на ФАПах, ВА, УБ, увеличение в 2,2 раза за три года (в 2023 году составили 17 291 ЭКГ). Пациенты из отдаленных и труднодоступных населенных пунктов доставляются в ПСО и РСЦ санитарной авиацией. Ежегодно увеличивается количество проведенного тромболизиса на догоспитальном этапе (89,2 % в 2023 году), за последние три года увеличено количество проведенных ЧКВ в 1,6 раза, ЧКВ+ТЛТ в 2,2 раза;

– кардиореабилитация. Первый этап реабилитации проходит в ПСО и РСЦ, всего прошли 98,9 % пациента. Второй этап проводится в специализированном учреждении ГБУЗ АО «Больница восстановительного лечения», где прошли реабилитацию 24,2 % пациентов. Отделения укомплектованы новым современным оборудованием;

– ХСН. Формируется Регистр пациентов с ХСН. Открыто два кабинета в 2023 году, в текущем году планируется открытие еще 8 кабинетов.

Мероприятия по снижению смертности от ЗНО включают также ряд направлений, в соответствии с таблицей 2.

– профилактика и раннее выявление. Проводятся массовые просветительские мероприятия по вопросам здорового образа жизни, актуальным темам профилактики ЗНО. Работают школы здоровья для пациентов: с онкологическими заболеваниями, самообследования молочных желез, отказа от курения, контроля веса, здорового образа жизни, 2023 году произошло увеличение количества обученных в 3,1 раза в сравнении с 2022

годом. Электронные макеты печатной продукции размещены для скачивания на сайте ГБУЗ АО «Амурский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики». Изготовлено 7 мобильных баннеров: «Не пропусти опухоль», «Рак молочной железы», «Рак кожи», «Рак репродуктивной системы у женщин», «Рак репродуктивной системы у мужчин», «Рак легких», «Онкологические заболевания пищеварительной системы» для работы с населением во время массовых мероприятий;

- вторичная профилактика ЗНО в рамках проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения. В 2023 году выявлено 140 пациентов с впервые установленным диагнозом ЗНО;

- с целью раннего выявления рака молочной железы в 2023 году на территории Амурской области общее число рентгеновских профилактических исследований молочных желез составило 41761, что на 9,8 % больше, чем в 2022 году (38010 исследований) и на 53,3 % больше, чем в 2019 году (27229 исследований);

- организована работа выездных врачебных бригад медицинских организаций области и ГАУЗ АО «Амурский областной онкологический диспансер», в состав которых входят врачи: хирург-онколог, гинеколог, онколог, врач-ультразвуковой диагностики, средние медицинские работники;

- в женских смотровых кабинетах всего осмотрено 92 271 женщин, что на 19,1% больше, чем в 2022 году – 77452 женщины. Выявлено 289 пациенток с ЗНО (в 2022 году – 181 пациентка), что на 59,6% больше по сравнению с 2022 годом. В мужских смотровых кабинетах осмотрено 54922 человека, что на 18,2 % больше, чем в 2022 году – 46469 человек, выявлено 116 мужчин с ЗНО, что на 45,0 % больше в сравнении с 2022 годом (80 человек);

- на территории Амурской области функционирует 8 ЦАОП;

- приказом министерства здравоохранения области утверждена маршрутизация пациентов с подозрением на ЗНО;

- в 2023 году в практику ГАУЗ АО «Амурский областной онкологический

диспансер внедрено 34 новые методики с применением лекарственных препаратов и радиологического лечения;

– за счет средств областного бюджета ежегодно выделяется 150,0 млн. рублей для лечения пациентов таблетированными препаратами на амбулаторном этапе;

– проводится поэтапная медицинская реабилитация онкологических пациентов на базе ГАУЗ АО «Больница восстановительного лечения» (36 коек), на базе ООО «Санаторий «Бузули», АНО «Санаторий «Свободный»;

– утверждена маршрутизация пациентов с установленным онкологическим заболеванием для паллиативной помощи;

– с целью повышения качества жизни людей старшего поколения, на базе 3 комплексных центров социального обслуживания населения организованы «Патронажные службы» (службы сиделок). Организовано межведомственное взаимодействие исполнительных органов государственной власти Амурской области при предоставлении социальных услуг и социального сопровождения;

– в 2024 году запланировано внедрение ИИ по чтению маммографических снимков и организация референс-центра по чтению маммографий на базе ГАУЗ АО «АООД».

Таблица 2 – Мероприятия по снижению смертности от ЗНО включают также ряд направлений

Профилактика и раннее выявление	Проводятся массовые просветительские мероприятия по вопросам здорового образа жизни, актуальным темам профилактики ЗНО. Работают школы здоровья для пациентов: с онкологическими заболеваниями, самообследования молочных желез, отказа от курения, контроля веса, здорового образа жизни, 2023 году произошло увеличение количества обученных в 3,1 раза в сравнении с 2022 годом. Электронные макеты печатной продукции размещены для скачивания на сайте ГБУЗ АО «Амурский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики». Изготовлено 7 мобильных баннеров для работы с населением во время массовых мероприятиях
---------------------------------	---

Вторичная профилактика ЗНО в рамках проведения профилак-тических медицинских осмотров и диспансери-зации определенных групп взрослого населе-ния	в рамках проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения. В 2023 году выявлено 140 пациентов с впервые установленным диагнозом ЗНО;
Увеличение количества проведённых рентгеновских профилак-тических исследований молочных желез	общее число рентгеновских профилактических исследований молочных желез составило 41761, что на 9,8 % больше, чем в 2022 году (38010 исследований) и на 53,3 % больше, чем в 2019 году (27229 исследований);
Увеличение объёма обследований на просат-специфический антиген	В мужских смотровых кабинетах осмотрено 54922 человека, что на 18,2 % больше, чем в 2022 году – 46469 человек, выявлено 116 мужчин с ЗНО, что на 45,0 % больше в сравнении с 2022 годом (80 человек);
Организована работа выездных врачебных бригад медицинских организаций области и ГАУЗ АО «Амурский областной онкологический диспансер»	в состав которых входят врачи: хирург-онколог, гинеколог, онколог, врач-ультразвуковой диагностики, средние медицинские работники
В 2023 году в практику ГАУЗ АО «Амурский областной онкологический диспансер» внедрены лечения;	34 новые методики с применением лекарственных препаратов и радиологического лечения
На территории Амурской области функционирует 8 ЦАОП	

На базе 3 комплексных центров социального обслуживания населения организованы «Патронажные службы» (службы сиделок)	ГАУЗ АО «Больница восстановительного лечения», на базе ООО «Санаторий «Бузули», АНО «Санаторий «Свободный»;
В 2024 году запланировано внедрение ИИ по чтению маммографических снимков и организация референс-центра по чтению маммографий на базе ГАУЗ АО «АООД»	

Мероприятия по снижению смертности от внешних причин, в соответствии с рисунком 7.

– обследование автомобильных дорог общего пользования регионального и межмуниципального значения области на предмет их соответствия требованиям норм по стандартизации, в части наличия дефектов асфальтобетонного покрытия проезжей части, дефектов обочин (занижение, возвышение, растительность), наличия горизонтальной дорожной разметки, наличия дорожных знаков;

– проводится анализ дорожно-транспортных происшествий (далее - ДТП), совершенных в 2023 году на автомобильных дорогах общего пользования всех форм собственности на территории Амурской области, с целью выявления предочаговых мест концентрации ДТП;

– сформирован перечень предочаговых участков дорог и разработан плана мероприятий по их ликвидации;

– проводится анализ соответствия мест размещения средств фотовидеофиксации и мест концентрации ДТП;

– сформирована и проводятся заседания межведомственной комиссии по вопросам снижения аварийности, травматизма и смертности в результате ДТП под председательством Губернатора Амурской области;

– в средствах массовой информации размещается социальная реклама, публикации, ролики, статьи по обеспечению безопасности дорожного движения, информация о фактах резонансных ДТП при перевозках пассажиров и грузов, а также о результатах проверок и принятых мерах

– внедрены световозвращающие элементы на одежде учащихся (студентов)

высших и средних образовательных организаций, данная информация регулярно обсуждается на классных часах и родительских собраниях;

– проводятся ежемесячные заседания межведомственной комиссии по вопросам снижения смертности от самоубийств с выработкой совместного плана мероприятий, направленного на снижение числа суицидальных попыток;

– усилена информационно-коммуникационная компания, размещается социальная реклама, телевизионные и радиопередачи, видеосюжеты, интервью, публикации в печатных изданиях по проблемам депрессии, психологических дезадаптаций и кризисных состояний у взрослых;

– проводится обучение навыкам раннего распознавания признаков суицидального поведения врачей и других специалистов;

– совместно со специалистами с ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского», при выезде на территорию Амурской области, актуализирован план мероприятий «Дорожная карта» направленного на снижение показателей смертности от самоубийств;

– Составлен план мероприятий, направленных на борьбу с нарушениями в сфере оборота алкогольной и спиртосодержащей продукции и снижение уровня алкоголизации населения Амурской области находится на согласовании в Правительстве Амурской области;

– организованы выезды в составе врачей: психиатра-нарколога, психолога, психотерапевта, психолога и социального работника ГАУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер» в районы с высокими показателями заболеваемости алкоголизмом, согласно утвержденного графика выездов;

– проводятся посещения больных, состоящих на диспансерном наблюдении и уклоняющихся от динамического наблюдения на дому, организация проведения совместных рейдов с УМВД России по Амурской области к данной категории больных;

– организована система реабилитации на базе ГАУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер» на 25 койках на бюджетной основе (в 2023 году реабилитацию прошли более 120 человек).

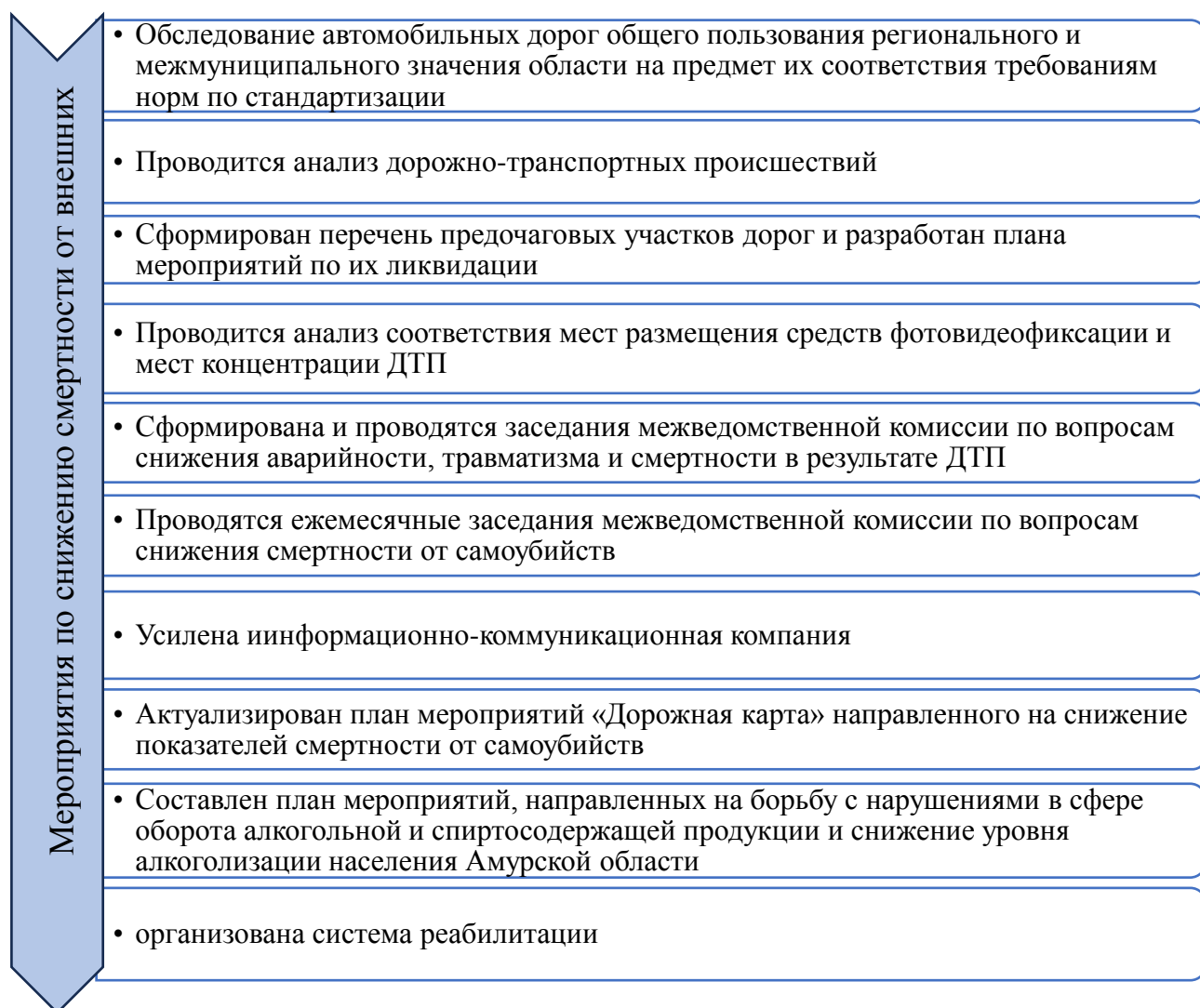


Рисунок 7 – Мероприятия по снижению смертности от внешних причин

Мероприятия, направленные на повышение охвата диспансеризацией и профилактическими осмотрами населения, в соответствии с рисунком 8.

– Обеспечена доступность записи на профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию для граждан с использованием ЕПГУ, в том числе доступность записи на прием, исследования и иные медицинские вмешательства, проводимые в рамках профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.

– Организована работа поликлиник в вечернее время и в выходные дни во всех медицинских организациях.

– Страховой медицинской организации Амурского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» (далее – СМО) организовано информирование застрахованных лиц, подлежащих диспансеризации или профилактическому медицинскому осмотру, в том числе не прошедших данные мероприятия.

– При поликлиниках созданы и укомплектованы отделения (кабинеты) медицинской профилактики с целью разграничения потоков пациентов, обращающихся по заболеванию и с профилактической целью.

– Поликлиники оснащены всем необходимым оборудованием для проведения профилактических мероприятий.

– Медицинские организации, осуществляющие профилактические мероприятия, посредством информационных ресурсов ТФОМС Амурской области и страховой медицинской организации Амурского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» (далее – СМО) ежемесячно актуализируют списки пациентов, подлежащих профилактическим мероприятиям и проактивно приглашают пациентов на профилактические мероприятия с применением скрипта специалистами колл-центров, посредством смс-рассылки и/или телефонного разговора.

– С целью повышения охвата граждан, проживающих в отдаленных и труднодоступных районах Амурской области, профилактическими медицинскими осмотрами организована доставка лиц старше 65 лет,

проживающих в сельской местности, в медицинские организации, автотранспортом социальных служб.

– Проводятся совещания с руководителями градообразующих предприятий (учреждений организаций), по вопросам организации профилактических мероприятий.

– Организовано проведение профилактических мероприятий в градообразующих предприятиях (с численностью более 500 работающих), в том числе в виде выездной формы работы.

– Проводится ежемесячное обучение медицинских работников по вопросам интерпретации результатов анкетирования при проведении профилактических осмотров и диспансеризации в части выявления факторов риска развития ХНИЗ, риска пагубного употребления алкоголя, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, оценки риска возможного возникновения сердечно-сосудистого заболевания в течение 10 лет в соответствии со шкалой SCORE и др.

– Разработаны алгоритмы и анкеты по раннему выявлению факторов риска развития онкологических заболеваний и раннего выявления онкологических заболеваний.

– Организовано обучение работников первичного звена на рабочем месте на базе ГАУЗ АО «Амурский областной онкологический диспансер» по вопросам выявления факторов риска развития предопухолевых и онкологических заболеваний.

– Проводятся на постоянной основе семинары для медицинских работников первичного звена, в том числе врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики, фельдшеров по раннему выявлению факторов риска ХНИЗ.

– Проводятся еженедельные видеоселекторные совещания главных внештатных специалистов министерства здравоохранения Амурской области по онкологии, кардиологии, неврологии, эндокринологии и др. в ходе которых рассматриваются вопросы раннего выявления факторов риска развития ХНИЗ.

– ГБУЗ АО «Амурский областной центр общественного здоровья и

медицинской профилактики» (ГБУЗ АО «АОЦОЗ И МП») в 2023 году разработано и издано 50 наименований печатной продукции, общим тиражом 44125 ед. по вопросам профилактики и раннего выявления ХНИЗ;

– Организовано взаимодействие со СМИ по пропаганде навыков здорового образа жизни, повышению приверженности граждан к прохождению профилактических мероприятий и настороженности по отношению к возникновению хронических неинфекционных заболеваний, с участием медицинских организаций области в 2023 г. вышло в свет 74 публикации в областных и муниципальных газетах, 147 на сайтах электронных СМИ, 46 телепередач и новостных сюжетов, 1 радиопередача. Размещено 839 публикаций на сайтах, более 6000 в социальных сетях, осуществляется прокат социальной рекламы на уличных индикаторных панелях.

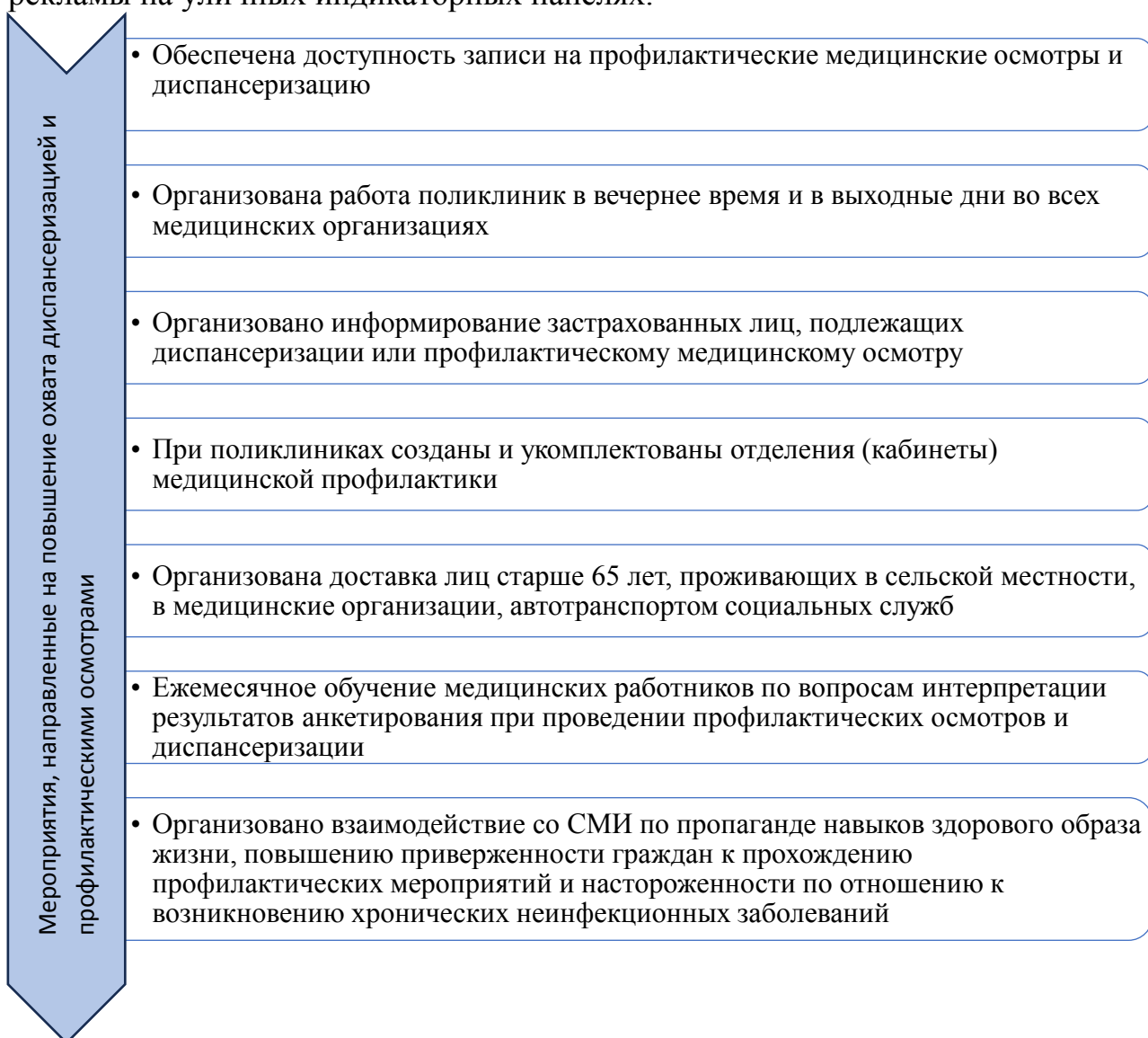


Рисунок 8 – Мероприятия, направленные на повышение охвата диспансеризацией и профилактическими осмотрами населения

СМО осуществляет контрольно-экспертные мероприятия по качеству проведения диспансеризации в медицинских организациях, проводятся регулярные опросы граждан о качестве проведенной диспансеризации и анализу причин отказов от прохождения диспансеризации. Результаты проведенных контрольно-экспертных мероприятий доводятся до сведения руководителей медицинских организаций для принятия соответствующих мер.

В начале года актуализируются списки пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению для выделения приоритетной группы коморбидных пациентов.

Ежемесячно проводится анализ отклика на проактивное приглашение на диспансерный прием коморбидных пациентов, организованы патронажи пациентов на дому, в ходе которых проводится разъяснительная работа с пациентами и их родственниками о необходимости пройти плановое обследование.

Проведение профилактического медицинского осмотра и I этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения сельским жителям организовано, в том числе в условиях фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий, где проводится анкетирование, осмотр на наличие злокачественных новообразований визуальных локализаций, забор биоматериалов на проведение анализов и другие методы исследования.

В 2023 году на территории области функционировал «Патруль здоровья» (мультидисциплинарная мобильная врачебная бригада). Осуществлены выезды в: г. Райчихинск, г. Белогорск, п.г.т. Прогресс, Архаринский, Серышевский, Благовещенский, Шимановский муниципальные округа и Селемджинский район. Осмотрено более 2000 человек, из них в рамках профилактических мероприятий – 784 человека, выявлена патология у 452 человека.

В медицинских организациях области проведено 94 тематических «Дня открытых дверей», просмотрено 7 341 человек, выявлена патология у 580 человек.

В рамках национального проекта «Демография» министерством здравоохранения области реализуются мероприятия 2 региональных проектов: «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек», «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение».

Доступность медико-социальной помощи предполагает доступность информации о получении медицинской помощи, простоту процедуры обращения за медицинской помощью и доступа к этой помощи, в том числе для людей с ограниченными возможностями. Недостаточная доступность медико-социальной помощи приводит к тому, что граждане, не получая помощи своевременно, попадают в медицинские организации не на ранних стадиях заболевания (или профилактически, с целью диспансеризации), а на более поздних, в связи с осложнениями и т.д. Недоступность медицинской помощи наносит вред как здоровью граждан, так и бюджету здравоохранения.

Под качественной организацией медико-социальной работы подразумевается не только профессионализм и своевременность медицинских вмешательств и диагностических процедур, но и целый комплекс обстоятельств, сопровождающих пациента при получении медико-социальной помощи, – условия пребывания в организации, вежливость и компетентность персонала и другие показатели.

К этим показателям в ряде случаев относятся пренебрежительно, полагая, что плохие условия, хамство врача и другие неприятности больной может перетерпеть, лишь бы само лечение было достаточно качественным.

Но на самом деле психологический настрой пациента является важным фактором эффективности лечения. Плохие условия могут привести к ухудшению не только психологического, но и физического состояния больного. Наиболее успешным оказание медицинской помощи может быть при применении субъект-субъектного подхода, когда пациент воспринимается не как бессловесный объект вмешательств, но как активный участник процесса лечения, который

имеет достаточную мотивацию следить за состоянием собственного здоровья, выполнять рекомендации врача. Не все препараты и методы лечения одинаково подходят всем пациентам. Поэтому в лечении очень важным элементом является обратная связь пациента с врачом, когда пациент на основании своих наблюдений высказывает своё мнение об эффективности лечения. Такая обратная связь позволяет врачу своевременно изменить тактику лечения. А чтобы обеспечить такую обратную связь между пациентом и врачом, необходимы взаимные уважительные и доверительные отношения.

Именно поэтому, помимо объективных статистических критериев оказания медико-социальной помощи, крайне важным является выявление показателей удовлетворённости пациентов доступностью и качеством оказания медико-социальной помощи.

Для более полного анализа удовлетворённости пациентов доступностью и качеством оказания медико-социальной помощи нами было проведено анкетирование граждан, получивших услуги в рамках медико-социальной работы в медицинских учреждениях Амурской области. В анкете исследования для каждого учреждения рассчитываются пять критериев (Приложение Б):

- критерий «Открытость и доступность информации об организации культуры»;
- критерий «Комфортность условий предоставления услуг»;
- критерий «Доступность услуг для инвалидов»;
- критерий «Доброжелательность, вежливость работников организации»;
- критерий «Удовлетворенность условиями оказания услуг».

Оценка открытости и доступности информации об организациях рассчитывается на основании следующих показателей:

Соответствие информации о деятельности организации, размещенной на общедоступных информационных ресурсах, перечню информации и требованиям к ней, установленным нормативными правовыми актами:

- на информационных стендах в помещении организации;

– на официальном сайте организации в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

Обеспечение на официальном сайте организации наличия и функционирования дистанционных способов обратной связи и взаимодействия с получателями услуг:

– телефона;

– электронной почты;

– электронных сервисов (форма для подачи электронного обращения/ жалобы/предложения; раздел «Часто задаваемые вопросы»; получение консультации по оказываемым услугам и пр.);

– обеспечение технической возможности выражения получателем услуг мнения о качестве оказания услуг (наличие анкеты для опроса граждан или гиперссылки на нее).

– Доля получателей услуг, удовлетворенных открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности организации, размещенной на информационных стендах, на сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет (в % от общего числа опрошенных получателей услуг).

Максимально возможный балл по итогам оценки показателей открытости и доступности составляет 100 баллов. Средний балл по обследуемым организациям составил 98,4, в соответствии рисунка 9.

Значение показателя «Соответствие информации о деятельности организации, размещенной на общедоступных информационных ресурсах, перечню информации и требованиям к ней, установленным нормативными правовыми актами» составило 98,0 баллов.

Значение показателя «Обеспечение на официальном сайте организации наличия и функционирования дистанционных способов обратной связи и взаимодействия с получателями услуг» составило 100 баллов.

Значение показателя «Доля получателей услуг, удовлетворенных открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности

организации, размещенной на информационных стендах, на сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет 97,4 балла.

Лучшими оказались следующие организации:

- ГАУЗ АО «АОДКБ»
- ГАУЗ АО АОИБ
- ГАУЗ АО АООД
- ГБУЗ АО «АОСП»
- ГБУЗ АО «Центр реабилитации «Надежда»
- ГАУЗ АО «Благовещенская ГКБ»
- ГБУЗ АО «ГП № 2» г.Благовещенск
- ГАУЗ АО «СП г.Благовещенска»

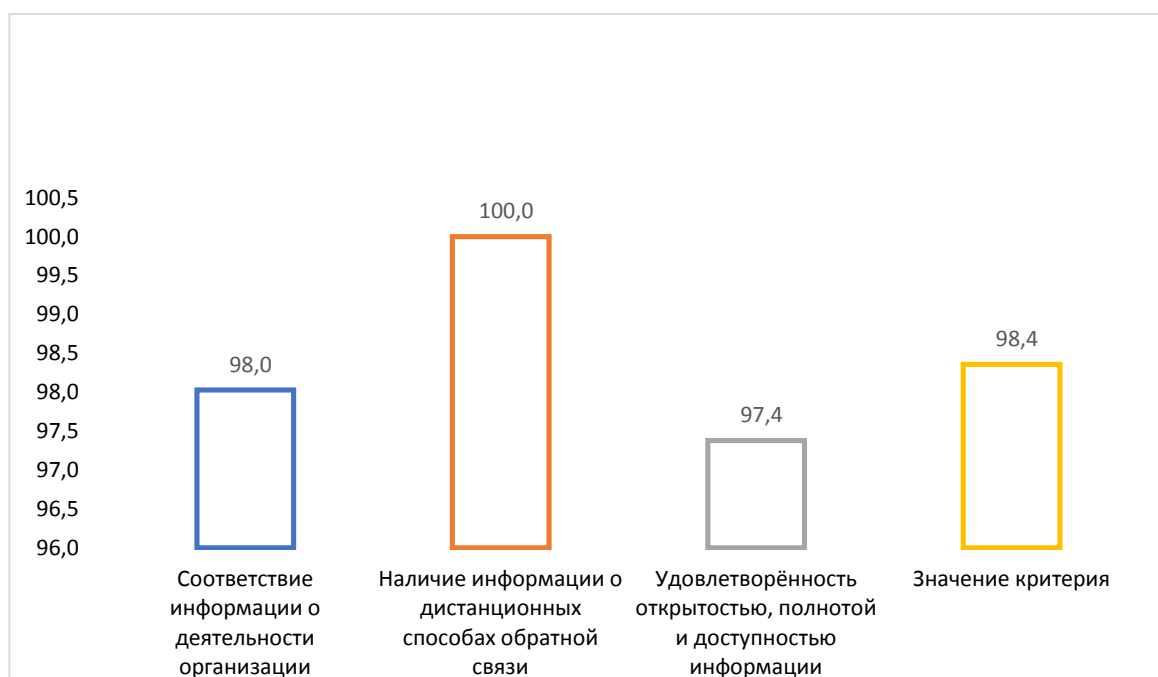


Рисунок 9 – Показатели открытости и доступности информации

Лучшими оказались следующие организации:

Оценка открытости и доступности информации об организациях рассчитывается на основании следующих показателей:

Обеспечение в организации комфортных условий для предоставления услуг:

- наличие комфортной зоны отдыха (ожидания);
- наличие и понятность навигации внутри организации;

- доступность питьевой воды;
- наличие и доступность санитарно-гигиенических помещений (чистота помещений, наличие мыла, воды, туалетной бумаги и пр.);
- санитарное состояние помещений организаций;
- возможность бронирования услуги/доступность записи на получение услуги (по телефону, с использованием сети Интернет на официальном сайте организации, при личном посещении и пр.)

Время ожидания предоставления услуги.

- Доля получателей услуг, удовлетворенных комфортностью условий предоставления услуг (в % от общего числа опрошенных получателей услуг).

Лучшими оказались следующие организации:

- ГАУЗ АО «АОДКБ»
- ГБУЗ АО «АОСП»
- ГБУЗ АО «Центр реабилитации «Надежда»
- ГБУЗ АО «АОПТД».

Оценка доступности услуг для инвалидов рассчитывается на основании следующих показателей:

Оборудование территории, прилегающей к организации, и ее помещений с учетом доступности для инвалидов:

- оборудование входных групп пандусами/подъемными платформами;
- наличие выделенных стоянок для автотранспортных средств инвалидов;
- наличие адаптированных лифтов, поручней, расширенных дверных проемов;
- наличие сменных кресел-колясок;
- наличие специально оборудованных санитарно-гигиенических помещений в организации.

Обеспечение в организации условий доступности, позволяющих инвалидам получать услуги наравне с другими:

- дублирование для инвалидов по слуху и зрению звуковой и зрительной информации;

- дублирование надписей, знаков и иной текстовой и графической информации знаками, выполненными рельефно-точечным шрифтом Брайля;
- возможность предоставления инвалидам по слуху (слуху и зрению) услуг сурдопереводчика (тифлосурдопереводчика);
- наличие альтернативной версии официального сайта организации в сети Интернет для инвалидов по зрению;
- помощь, оказываемая работниками организации, прошедшими необходимое обучение (инструктирование), возможность сопровождения работниками организации;
- наличие возможности предоставления услуги в дистанционном режиме или на дому.

Доля получателей услуг с инвалидностью, удовлетворенных доступностью услуг для инвалидов (в % от общего числа опрошенных получателей услуг), в соответствии с рисунком 10.

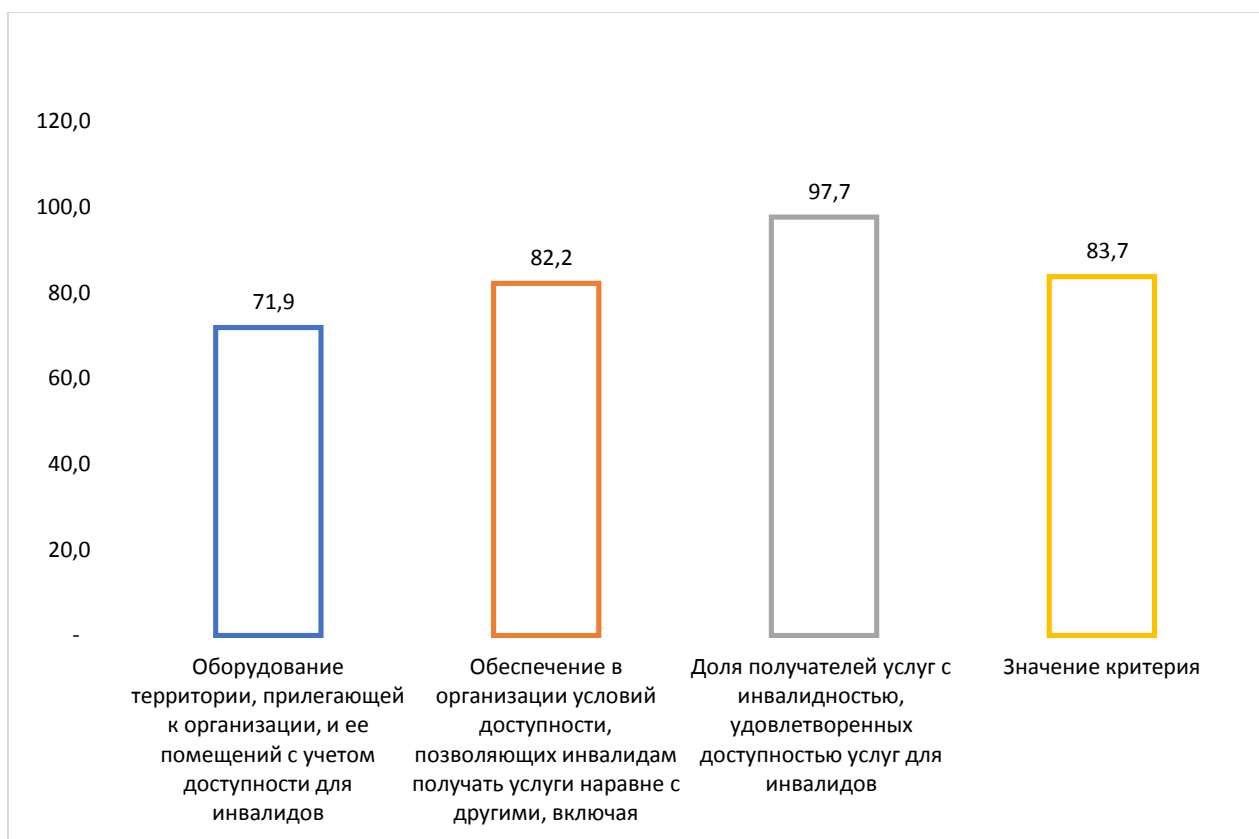


Рисунок 10 – Показатели доступности услуг для инвалидов

Лучшими оказались следующие организации:

- ГАУЗ АО «АОДКБ»

- ГАУЗ АО «Благовещенская ГКБ»
- ГАУЗ АО АООД
- ГБУЗ АО «АОПТД»
- ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника»
- ГАУЗ АО «Белогорская больница»
- ГБУЗ АО «Бурейская больница»

Оценка доброжелательности и вежливости сотрудников организаций рассчитывается на основании следующих показателей:

Доля получателей услуг, удовлетворенных доброжелательностью, вежливостью работников организации, обеспечивающих первичный контакт и информирование получателя услуги (работники справочной, кассиры и прочее) при непосредственном обращении в организацию.

Доля получателей услуг, удовлетворенных доброжелательностью, вежливостью работников организации, обеспечивающих непосредственное оказание услуги при обращении в организацию.

Доля получателей услуг, удовлетворенных доброжелательностью, вежливостью работников организации при использовании дистанционных форм взаимодействия.

Общий балл составил 97,8, в соответствии с рисунком 11. Значение показателя «Доля получателей услуг, удовлетворенных доброжелательностью, вежливостью работников организации, обеспечивающих первичный контакт и информирование получателя услуги» составило 98,0 балла.

По показателю «Доля получателей услуг, удовлетворенных доброжелательностью, вежливостью работников организации, обеспечивающих непосредственное оказание услуги при обращении в организацию» значение показателя составило 97,6.

По показателю «Доля получателей услуг, удовлетворенных доброжелательностью, вежливостью работников организации при использовании дистанционных форм взаимодействия» значение составило 97,7.

Лучшими оказались следующие организации:

- ГАУЗ АО АОИБ
- ГБУЗ АО «АОСП»
- ГАУЗ АО «СП г. Благовещенска»
- ГБУЗ АО «АОПТД»
- ГАУЗ АО «Благовещенская ГКБ»
- ГАУЗ АО АООД.

Оценка удовлетворенности качеством оказания услуг рассчитывается на основании следующих показателей:

Доля получателей услуг, которые готовы рекомендовать организацию родственникам и знакомым (могли бы ее рекомендовать, если бы была возможность выбора организации), в % от общего числа опрошенных получателей услуг.

Доля получателей услуг, удовлетворенных графиком работы организации (в % от общего числа опрошенных получателей услуг).

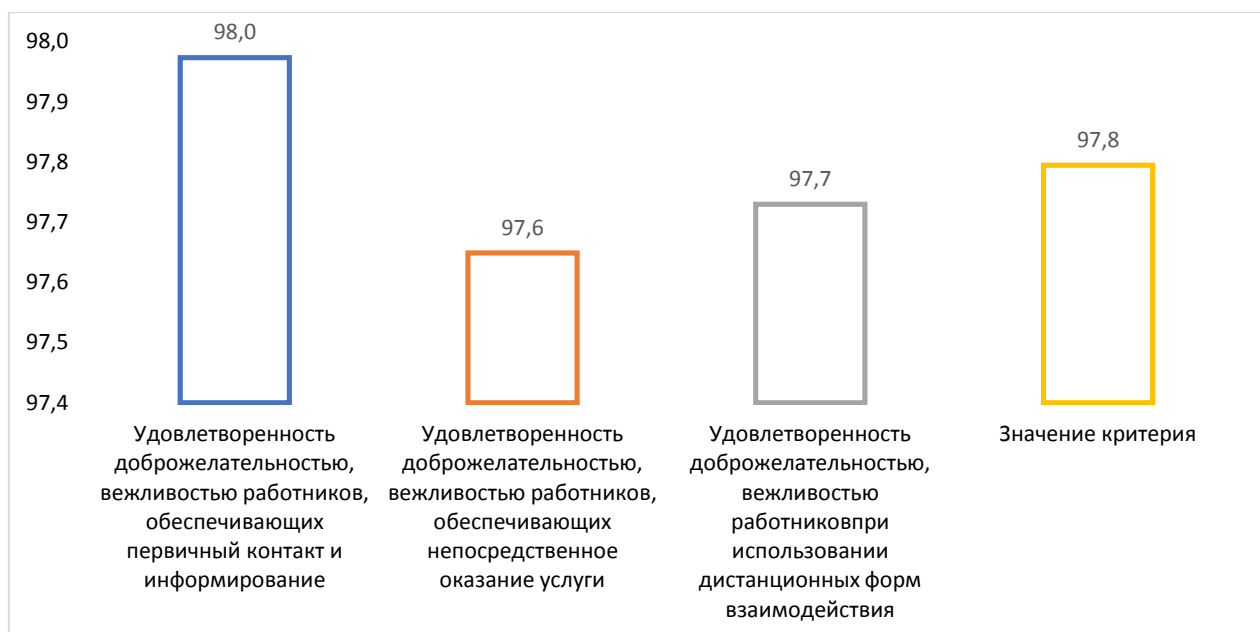


Рисунок 11 – Показатели доброжелательности и вежливости работников

Доля получателей услуг, удовлетворенных в целом условиями оказания услуг в организации (в % от общего числа опрошенных получателей услуг).

Максимально возможный балл по итогам оценки показателей удовлетворённости – 100.

Общий балл составил 97,7 баллов, в соответствии с рисунком 12.

Значение показателя «Доля получателей услуг, удовлетворенных графиком работы организации» составило 97,6. Значение показателя «Обеспечение на официальном сайте организации наличия и функционирования дистанционных способов обратной связи и взаимодействия с получателями услуг» составило 97,7. Показатель «Доля получателей услуг, удовлетворенных в целом условиями оказания услуг в организации» значения составили также 97,8.

Лучшими оказались следующие организации:

- ГАУЗ АО «Благовещенская ГКБ»
- ГБУЗ АО «АОПТД»
- ГБУЗ АО «АОСП»
- ГАУЗ АО «СП г.Благовещенска»
- ГАУЗ АО АОИБ
- ГАУЗ АО АООД
- ГБУЗ АО «Центр реабилитации «Надежда».

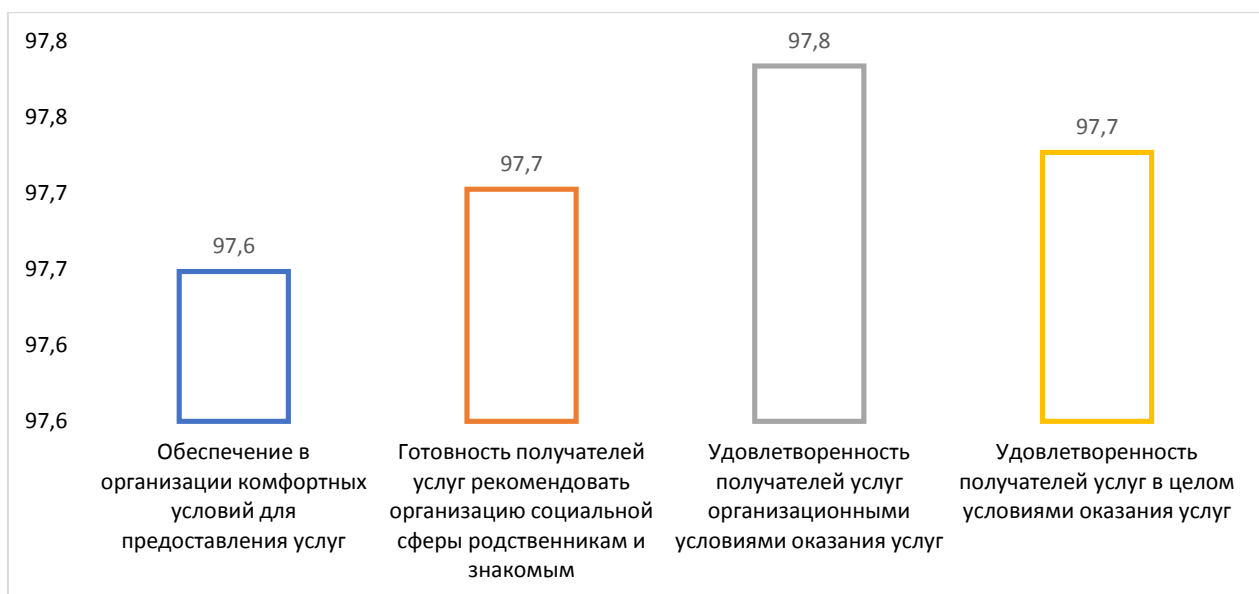


Рисунок 12 – Показатели комфортности условий оказания услуг

Таким образом, результаты опроса населения показали высокий уровень организации медико-социальной работы и качества оказания услуг медицинскими организациями Амурской области. Общий балл составил 95,28, в соответствии с рисунком 13.

При этом наиболее высокие баллы получены по критерию комфортности условий (98,8). Далее следуют критерии открытости и доступности информации

(98,4), доброжелательности и вежливости (97,8), удовлетворённости условиями (97,7). Наиболее низкий результат отмечается по критерию доступности для инвалидов (83,7 балла).

Лучшими оказались следующие организации:

- ГАУЗ АО «АОДКБ»
- ГАУЗ АО «Благовещенская ГКБ»
- ГБУЗ АО «АОПТД»
- ГАУЗ АО АООД

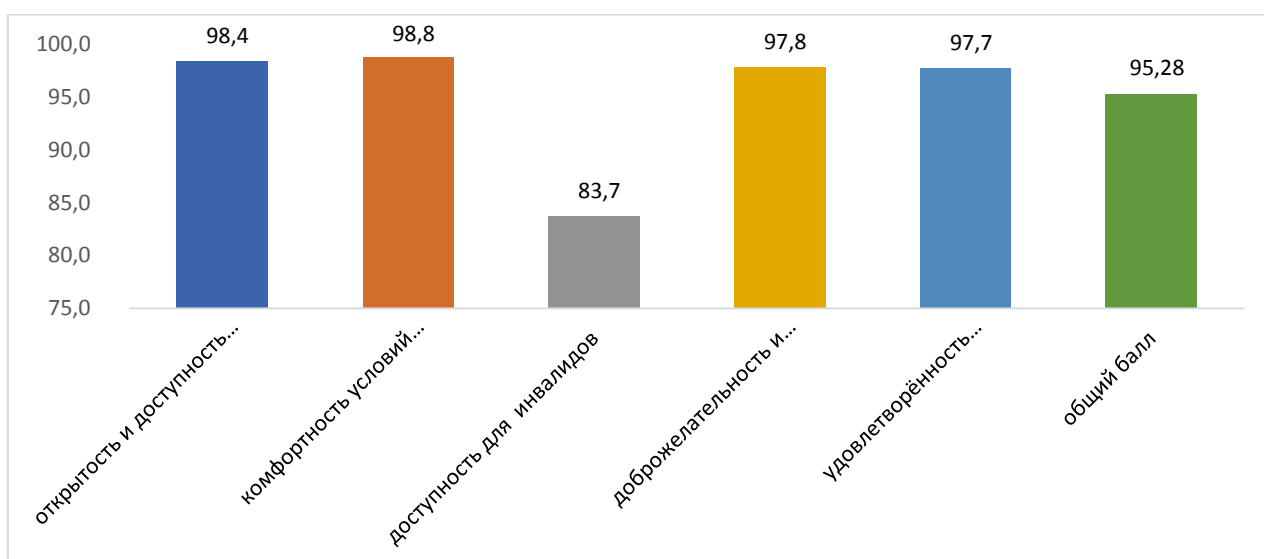


Рисунок 13 – Критерии качества оказания услуг медицинскими организациями

Также в ходе исследования медико-социальной работы со взрослым населением Амурской области были получены следующие результаты:

Ежегодно по области отмечается снижение численности населения.

В общей структуре заболеваемости взрослого населения Амурской области первые три места занимают: болезни системы кровообращений, новообразований, и внешние причины. Также отмечается прирост числа умерших в 2023 году от болезней системы кровообращений, внешних причин, болезней нервной системы, некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний, симптомов, признаков и отклонений от нормы.

Проводится ряд мероприятий, в рамках медико-социальной работы со взрослым населением Амурской области, направленных на снижение

смертности. Такой этап как формирование общественного здоровья не показывает высоких результатов. Доля населения с «высокой приверженностью здорового образа жизни» составила среди мужчин всего 0,9%, среди женщин – 4%. Это предполагает отсутствие курения, ежедневное потребление овощей и фруктов, «адекватную» активность, нормальное потребления соли, ограничение употребления алкоголя.

Анализ структуры население показал, что ежегодно по области отмечается снижение численности населения. В структуре всего населения, трудоспособное занимает 58,4%. В структуре смертности взрослого населения Амурской области основными причинами являются:

- болезнь системы кровообращений;
- онкологические заболевания;
- внешние причины;
- болезни органов пищеварения;
- болезни нервной системы.

При анализе документов выявлено, что проводится ряд мероприятий, в рамках медико-социальной работы со взрослым населением Амурской области направленных на снижение смертности. Данные мероприятия показывают положительные результаты, но есть и те этапы, которые не пользуются актуальностью у взрослого населения Амурской области.

По результатам анкетирования установлено, что уровень удовлетворенности организацией медико-социальной работы и качеством оказания услуг медицинскими организациями Амурской области достаточно высок, но тем не менее в некоторых учреждениях выявлены недостатки. Например,

3.2 Практические рекомендации по оптимизации организации медико-социальной работы со взрослым населением Амурской области

В связи с тем, что медико-социальная помощь населению является комплексом деятельности многих учреждений разной ведомственной

принадлежности, выполняющих различные функции, а учреждения, которые формируют систему, взаимодействуют между собой и характеризуются социальными взаимоотношениями, среди которых следует выделить управленческие отношения, характеризующиеся процессами управления людьми и функционированием рассматриваемых систем, становится все более актуальной необходимостью анализа организации медико-социальной работы.

По итогу проведенного исследования сформированы практические рекомендации по оптимизации медико-социальной работы со взрослым населением Амурской области.

Так как этап формирования здорового образа жизни не пользуется актуальностью у населения. Был составлен план проведения региональных тематических мероприятий по профилактике заболеваний и поддержке здорового образа жизни на 2024 год (приложение В). Согласно этому плану, рекомендуется проводить организационно-методические мероприятия со специалистами по теме ЗОЖ для медицинских работников, организовывать региональные научно-практические семинары о лучших практиках организации физической активности.

Также рекомендуется проводить встречи общественности с известными медицинскими работниками региона по профилактике заболеваний и поддержке здорового образа жизни, необходимо и межведомственное взаимодействие между медицинскими и социальными учреждениями (приложение Г).

Необходимо уделить внимание активной работе со СМИ: интервью, выступления главных внештатных сотрудников региона по теме здорового образа жизни, позитивным новостям в СМИ по теме формирования и влияния здорового образа жизни на взрослое население Амурской области (приложение Д), для того чтобы создать положительный имидж здорового образа жизни, привлечь граждан к занятиям спорта, прохождению диспансеризаций и профилактических осмотров.

Рекомендуется привлечение к медико-социальной работе со взрослым населением помощи волонтеров, волонтерских движений (усиление мотивации

и стимулирования деятельности волонтеров, создание в высших и средних профессиональных образовательных учреждениях студенческих волонтерских отрядов для оказания медико-социальной помощи), (приложение Е).

Рекомендуется расширение практики обмена опытом медицинских, социальных работников, представителей общественных, религиозных, благотворительных и других организаций и движений, в том числе с изучением международного опыта медико-социальной работы со взрослым населением (приложение Ж).

Также исходя из результатов исследования из-за прироста числа, умерших в 2023 от внешних причин сформированы рекомендации по оптимизации медико-социальной работы по профилю «психиатрия- наркология».

Рекомендовано:

1) Министерству здравоохранения Амурской области совместно с главным внештатным специалистом психиатром-наркологом Амурской области, главным врачом ГАУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер» принять меры по доукомплектованию районов области врачами психиатрами-наркологами.

2) Министерству здравоохранения Амурской области решить вопрос по организации ординатуры по «психиатрии-наркологии» на кафедре нервных болезней, психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Амурской государственной медицинской академии» МЗ РФ.

3) Организовать межведомственное взаимодействие по вопросу более активного назначения судами лицам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, обязательного лечения, медицинской и социальной реабилитации в соответствии со статьей 71-1 и 82-1 УК РФ, ст. 4.1 КоАП.

4) Внедрить Единую цифровую платформу медицинской информационной системы с целью ведения медицинской документации в наркологических подразделениях (кабинетах) Амурской области в электронном виде в полном объеме, согласно нормативным требованиям.

5) Внедрение плана мероприятий ГБУЗ АО «АОПБ» по профилактике суицидов и суицидального поведения среди взрослого населения Амурской области в рамках межведомственного взаимодействия.

6) Создание кризисного центра на базе ГБУЗ АО «АОПБ» с целью профилактики суицидов и суицидального поведения среди взрослого населения Амурской области

7) Продолжить обеспечение автоматизированным и рабочими местами медицинских работников в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения (Приказ МЗ РФ от 14 октября 2022 г. № 668 н)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диссертационное исследование показало, что выбранная тема, а именно медико-социальная работа со взрослым населением (на примере Амурской области) является актуальной.

В процессе написания магистерской диссертации была достигнута её *цель*, и решены поставленные *задачи*. В связи с этим, можно сделать следующие выводы:

Взрослое население – это люди, которые способны и вероятно будут работать. Обычно к трудоспособному возрасту относятся подростки старшего возраста и лица пенсионного возраста, например, в возрасте от 18 до 64 лет. Такие данные основаны на возрастном диапазоне, который определяется демографическими и трудовыми законами.

В последние годы отмечается ухудшение здоровья взрослого населения. Это выражается в росте как первичной, так и общей заболеваемости населения, в росте числа тяжелых хронических заболеваний.

Правовые основы медико-социальной работы со взрослым населением предусматривают оказание помощи взрослому населению в получении медико-социальных услуг, направленных на поддержание и сохранение здоровья путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья

Сущностные характеристики медико-социальной работы со взрослым населением в современных социальных науках раскрывается в нескольких основных науках – это социальная работа и социология медицины. Медико-социальная работа рассматривается как новый вид профессиональной мультидисциплинарной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной не только на восстановление, но и сохранение, и укрепление здоровья всего населения.

Специфика медико-социальной работы со взрослым населением заключа-

ется в цели работы, которая предполагает повышение уровня жизнедеятельности взрослого населения на стыке двух самостоятельных отраслей.

В ходе исследования медико-социальной работы со взрослым населением Амурской области были получены следующие результаты:

Ежегодно по области отмечается снижение численности населения.

В общей структуре заболеваемости взрослого населения Амурской области первые три места занимают: болезни системы кровообращений, новообразований, и внешние причины. Также отмечается прирост числа умерших в 2023 году от болезней системы кровообращений, внешних причин, болезней нервной системы, некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний, симптомов, признаков и отклонений от нормы.

При анализе документов выявлено, что проводится ряд мероприятий, в рамках медико-социальной работы со взрослым населением Амурской области направленных на снижение смертности. Данные мероприятия показывают положительные результаты, но есть и те этапы, которые не пользуются актуальностью у взрослого населения Амурской области.

Такой этап как формирование общественного здоровья не показывает высоких результатов. Доля населения с «высокой приверженностью здорового образа жизни» составила среди мужчин всего 0,9%, среди женщин – 4%. Это предполагает отсутствие курения, ежедневное потребление овощей и фруктов, «адекватную» активность, нормальное потребления соли, ограничение употребления алкоголя.

В результате исследования получены данные о том, что уровень удовлетворенности организацией медико-социальной работы со взрослым населением и качеством оказания услуг медицинскими организациями Амурской области достаточно высок, но тем не менее в некоторых учреждениях выявлены недостатки. Например, в большинстве исследованных районных медицинских учреждениях прилегающая территория и помещения не оборудованы с учетом доступности для инвалидов.

Для решения недостатков были разработаны рекомендации для оптими-

зации медико-социальной работы со взрослым населением Амурской области. Разработанные рекомендации представляют собой комплекс мер, направленных на повышение уровня организации медико-социальной работы со взрослым населением, что должно привести к снижению заболеваемости и смертности взрослого населения, а также улучшений условий оказания медико-социальной помощи.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Авилов, О.В. Добровольное медицинское страхование в системе медико-социальной работы с населением / О.В. Авилов // Вестник ЧелГУ. – 2002. – № 2. – С. 124-127.
- 2 Азарова, Е.Г. Концепция развития законодательства о социальном обеспечении / Е.Г. Азарова. – М.: Норма, 2011. – 209 с.
- 3 Андреенков, В.Г. Методы сбора информации в социологических исследованиях. Организационно-методические проблемы опроса. Анализ документов. Наблюдение. Эксперимент / В.Г. Андреенков, О.М. Маслова // – Москва: Наука, 1991. – 224 с.
- 4 Баранников, Д.О. Социальное обслуживание пожилых и инвалидов: региональный аспект (из опыта работы Посольского дома-интерната для престарелых и инвалидов). / Д.О. Баранников, Т.В. Григорьева, Д.М. Парфенов // Вестник Бурятского государственного университета. Образование. Личность. Общество. – 2014. – № 5. – С. 117-119.
- 5 Басова, Н.Ф. Основы социальной работы : учеб. пособие для академического бакалавриата / Н. Ф. Басов [и др.] ; под ред. Н. Ф. Басова. – 5-е изд., испр. и доп. – М. : Издательство Юрайт, 2018. – 213 с.
- 6 Бегидов, М.В. Социальная защита инвалидов : учеб. пособие для академического бакалавриата / М.В. Бегидов, Т.П. Бегидова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Издательство Юрайт, 2019. – 98 с.
- 7 Беляева, М.А. Осмысление содержания понятия «Медико-социальная работа» // Педагогическое образование в России. – 2008. – №1. – С. 25-33.
- 8 Берова, Ф.Ж. Возрастная структура населения и ее роль в социально-экономическом развитии региона / Ф. Ж. Берова // Известия КБНЦ РАН. – 2020. – №1 (93).
- 9 Горшков, М.К. Прикладная социология: методология и методы: Учебное пособие / М.К. Горшков, Ф.Э. Шереги. – М.: Альфа-М: ИНФРА-М, 2009. – 416 с.

10 Гостева, Л. З. Содержание и методика социально-медицинской работы [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Л. З. Гостева; АмГУ, ФСН. – Благовещенск : Изд-во Амур. гос. ун-та, 2016. – 200 с. Режим доступа: http://irbis.amursu.ru/DigitalLibrary/AmurSU_Edition/7360.pdf. – 30.09.2022.

11 Гостева, Л. З. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни [Электронный ресурс] : сб. учеб. – метод. материалов для направления подготовки 44.03.05 «Пед. образование» (с профилями подготовок) / АмГУ, ФСН; сост. Л. З. Гостева. – Благовещенск: Изд-во Амур. гос. ун-та, 2017. – 43 с. Режим доступа: http://irbis.amursu.ru/DigitalLibrary/AmurSU_Edition/7734.pdf – 30.09.2022.

12 Григорьев, И.В. Право социального обеспечения: учеб. пособие для бакалавриата / И.В. Григорьев. – М.: Кнорус, 2014. – 233 с.

13 Дайнеко, Н. В. Современное состояние, тенденции и особенности заболеваемости населения в Российской Федерации; факторы, их определяющие / Н. В. Дайнеко, М. А. Каргапольцев, М. А. Новикова, А. А. Рой. // Молодой ученый. – 2024. – № 3 (502). – С. 112-119.

14 Добренъков, В.И. Методы социологического исследования: Учебник. / В. И. Добренъков, А.И. Кравченко / М.: ИНФРА-М. – 2004. – С. 319-358

15 Ивачев П. В. Теория и практика социально-медицинской работы: учеб. пособие / П. В. Ивачев, Ю. С. Чурилов, К. В. Кузьмин ; Урал. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург, 2007. – 256 с.

16 Каргинова, Е.В. Социальная защита населения в современной России / Е.В. Каргинова // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2016. – № 9-1. – С. 259-266.

17 Кононова, Т. Б. История социальной работы : учебник для бакалавров / Т. Б. Кононова. – Москва : Издательство Юрайт, 2022. – 356 с.

18 Королев, М.А. Теоретические предпосылки социологического анализа профессиональной деятельности социальных работников участвующих в оказании медико-социальной помощи / М.А. Королев // Социология. 2018. – № 3. – 269 – 277.

19 Кошелев, Н. Социальное обслуживание и права населения / Н. Кошелев. - М.: Омега-Л, 2010. – 152 с

20 Кром, И.Л. Социальные параметры стратегий медико-социальной работы при хронических неинфекционных заболеваниях / И.Л. Кром, И.Ю. Новичкова, Т.Н. Ильина, А.А. Коблова // Logos et Praxis. – 2012. – № 2. – С. 87-96.

21 Лядова, А.В. Особенности становления социологии медицины как междисциплинарного научного направления / В. А. Лядова // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. – 2019. – № 1. – С. 42-61.

22 Мартыненко, А.В. Подготовка профессиональных социальных работников медико-социального профиля / А.В. Мартыненко // Российский медицинский журнал. – 2013. – № 6. – С. 9-12.

23 Маслова, О. М. Качественная и количественная социология: методология и методы / О. М. Маслова // Социология. – 1995. – № 5-6. – С. 5-15

24 Модестов, А.А. Современные тенденции заболеваемости болезнями органов дыхания детского населения Российской Федерации / А.А. Модестов // Сибирское медицинское обозрение. – 2008. – № 6. – С. 3-8.

25 Наместникова, И.В. Этические основы социальной работы : учебник и практикум для СПО / И. В. Наместникова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Издательство Юрайт, 2019. – 381 с.

26 Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. для студ. вузов / под ред. Г. Н. Царик. – Кемерово, 2012. – 840 с.

27 Основы социально-медицинской работы / сост.: Г.З. Нафикова, О.Г. Афанасьева. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО «Башгосмедуниверситет» Минздравсоцразвития России, 2012. – 90 с.

28 Павленок, П.Д. Методология и теория социальной работы / П.Д. Павленок. – М.: ИНФРА-М, 2019. – 60 с.

29 Платонова, Н. М. Введение в теорию социальной работы / Н.М. Платонова. – М.: Санкт-Петербургский государственный институт психологии и

социальной работы, 2015. –188 с.

30 Подвязникова, М.В. Медицинская помощь как объект правоотношений по социальному обеспечению / М.В. Подвязникова // Сибирское юридическое обозрение. – 2012. – № 2 (19). – С. 41-43.

31 Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

32 Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. № 187н «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению».

33 Радионова, Л. В. Концептуальные основы подготовки специалистов по медико-социальной работе / Л.В. Радионова // Вестник НВГУ. – 2010. – № 1. – С. 78-80.

34 Решетников, А. В. Социология медицины / Решетников А. В. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 864 с.

35 Ростовская, Т.К., Особенности организации медико-социальной службы в России / Т.К. Ростовская, М.А. Королева // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2020. – № 3 (59). – С. 88-95

36 Соколова, Н.А. Медицинская помощь в системе обязательного социального страхования / Н.А. Соколова // Сибирское юридическое обозрение. 2012. – №2 (19). – С. 30-32.

37 Социальная защита отдельных категорий граждан. Качество жизни пожилого населения : учеб. пособие для СПО / В. Д. Роик. – М. : Издательство Юрайт, 2017. – 400 с.

38 Социально-медицинская работа: учебное пособие: [для студентов, обучающихся по специальности 040101.65 – Социальная работа/ А. М. Вязьмин, А. Л. Санников, Ж. Л. Варакина и др.]; М-во здравоохранения и соц. развития РФ, Сев. гос. мед. ун-т. – 2-е изд., испр. и доп. – Архангельск: Сев. гос. мед. ун-т, 2010. – 407 с.

39 Султанбеков, З.К. Мониторинг здоровья населения в решение экологических проблем большого города / З.К. Султанбеков, А. Ш. Букунов // Мед. труда и пром. экол.. – 2011. – № 6. – С. 20-22.

40 Терентьев, К.С. Социально-экономические проблемы организации медицинской помощи / К.С. Терентьев // Вестник ТГУ. – 2012. – № 7. – С. 135-138.

41 Турсынбекова, Ж.Д. Медико-социальные технологии как средство реализации компетенций социального работника в сфере здравоохранения / Ж.Д. Турсынбекова // Медицина и экология. 2015. – № 4 (77). – С. 110 – 118.

42 Усова, О.А. Социальная поддержка различных категорий населения в Российской Федерации: эффективность, проблемы функционирования системы / О.А. Усова, В.А. Грищук // Общество, экономика, управление. – 2019. – № 1. – С. 18-23

43 Фальковская К.И. Социологические методы исследования в практике медико-социальной работы / К.И. Фальковская, А.В. Мартыненко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – № 2. – С. 261 - 265.

44 Федеральный закон от 17 июля 1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» в ред. от 07.03.2018 // Собрание законодательства РФ. – 1999. – № 29. – Ст. 3699.

45 Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

46 Федеральный закон от 28 декабря 2013 № 442-ФЗ (ред. от 11.06.2021) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»

47 Фирсов, М.В. История социальной работы в России / М.В. Фирсов. – Москва: Наука, 2020. – 256 с.

48 Фирсов, М.В. История социальной работы / М.В. Фирсов. – М.: Академический Проект, Трикста, 2018. – 49 с.

49 Холостова, Е.И. История социальной работы : учебное пособие для вузов / Е. И. Холостова. – Москва : Издательство Юрайт, 2022. – 137 с.

50 Холостова, Е.И. Теория и методика социальной работы : учебник для СПО / Е. И. Холостова [и др.] ; под ред. Е. И. Холостовой, Л. И. Кононова, М. В. Вдовиной. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Издательство Юрайт, 2019. – 288 с.

51 Шарин, В.И. История социальной работы / В.И. Шарин. – М.: Дашков и Ко, 2020. – 368 с.

52 Ядов, В.А. Стратегия социологического исследования: описание, объяснение, понимание социальной реальности / В.А. Ядов. – Москва: Добросвет, 2000. – 567 с.

53 Ядов, В.А. Социологическое исследование: методология, программа, методы / В.А. Ядов – Москва: Наука, 1972. – 239 с.

54 Medical Social Work: Connotation, Challenges and Prospect Syeda Mahnaz Hassan, PhD Pakistan Journal of Social Sciences (PJSS) Vol. 36, No. 1 (2016), pp. 495-504

55 Social workers in integrated health care: Improving care throughout the life course Lisa de Saxe Zerden MSW, PhD, Brianna M. Lombardi MSW, PhD & Anne Jones MSW, PhD Pages 142-149 / Published online: 20 Dec 2018

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Программа социологического исследования

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

Факультет социальных наук
Кафедра социальной работы
Направление подготовки 39.04.02 – Социальная работа

ПРОГРАММА СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

на тему: Медико-социальная работа в учреждениях здравоохранения

Исполнитель

студент группы 261- ом

С.С. Назаренко

Руководитель

доцент, канд. мед. наук

Л.З. Гостева

Благовещенск 2024

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

СОДЕРЖАНИЕ

- 1 Обоснование проблемной ситуации
- 2 Уточнение и интерпретация основных понятий
- 3 Гипотезы
- 4 Структурная операционализация
- 5 Факторная операционализация
- 6 Принципиальный (стратегический) план исследования
- 7 Обоснование системы выборки единиц наблюдения
- 8 Методики и методы исследования
- 9 База исследования

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

1 Обоснование проблемной ситуации.

В настоящее время в условиях усугубления социальных проблем в нашей стране, снижения показателей здоровья населения возрастает объективная потребность решения взаимосвязанных задач медицинского и социального характера на качественно новом уровне. Возникла необходимость создания новых форм и методов социальной работы населению, которые обеспечивали бы гражданам комплексные социальные услуги в случае заболевания, утраты трудоспособности и способствовали решению связанных со здоровьем социальных проблем. Вследствие этого в 90-е гг., в России стала развиваться социально-медицинская работа как качественно новое направление социальной работы и вид профессиональной деятельности.

Социально-медицинская работа представляет собой одно из важнейших направлений в деятельности социальных учреждений и занимает особое место в практическом здравоохранении. Увеличение доли пожилых людей, числа больных хроническими заболеваниями, с особенностями их образа жизни и работы, выдвигает новые требования к оказанию социально-медицинской помощи, медицинской реабилитации.

Целью исследования является анализ организации медико-социальной работы со взрослым населением в учреждениях здравоохранения Амурской области.

Задачи:

- Анализ структуры населения Амурской области
- Определение мероприятий, проводимых в рамках медико-социальной работы со взрослым населением Амурской области
- Путем опроса потребителей медико-социальных услуг выявить уровень показателей удовлетворённости пациентов доступностью и качеством оказания медико-социальной помощи
- Разработка рекомендаций по оптимизации медико-социальной работы со

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

взрослым населением Амурской области.

Объект исследования:

взрослое население Амурской области, получающих медико-социальную помощь в учреждениях здравоохранения Амурской области.

Предмет исследования:

организация медико-социальная работа со взрослым населением Амурской области в учреждениях здравоохранения

Интерпретация основных понятий

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

2. Взрослое население (рабочий возраст) – от 16 до 60 (женщины – до 55) лет.

3. Медицинское учреждение – это лечебно-профилактические и другие виды заведений, в которых людям, в том числе с какими-либо заболеваниями, оказываются медицинские услуги: диагностика, лечение, реабилитация после перенесённых болезней.

4. Медико-социальная помощь предполагает оказание гражданам профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, протезно-ортопедической и зубопротезной помощи, а также принятие мер социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности

5. Стационарное лечение — организация круглосуточной медицинской помощи и ухода за больными, помещенными в специально оборудованное медицинское учреждение.

6. Амбулаторное лечение — организация медицинской помощи приходящим в медицинское учреждение больным.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

3 Выдвижение рабочих гипотез

Организации медико-социальной работы со взрослым населением в учреждения здравоохранения Амурской области имеет высокий уровень

4 Структурная операционализация представлена в таблице А.1.

Таблица А.1 – структурна операционализация

Показатели оценки качества	Параметры показателя оценки качества, подлежащие оценке
<p>Соответствие информации о деятельности организации социальной сферы, размещенной на общедоступных информационных ресурсах, ее содержанию и порядку (форме), установленным нормативными правовыми актами:</p> <ul style="list-style-type: none"> - на информационных стендах в помещении организации социальной сферы; - на официальном сайте организации социальной сферы в сети Интернет (далее - официальных сайтов организаций социальной сферы). 	<p>Соответствие информации о деятельности организации социальной сферы, размещенной на информационных стендах в помещении организации социальной сферы, ее содержанию и порядку (форме), установленным нормативными правовыми актами.</p> <p>Соответствие информации о деятельности организации социальной сферы, размещенной на официальном сайте организации социальной сферы, ее содержанию и порядку (форме), установленным нормативными правовыми актами..</p>
<p>Наличие на официальном сайте организации социальной сферы информации о дистанционных способах обратной связи и взаимодействия с получателями услуг и их функционирование:</p> <ul style="list-style-type: none"> - абонентского номера телефона; - адреса электронной почты; - электронных сервисов (для подачи электронного обращения (жалобы, предложения), получения консультации по оказываемым услугам и иных.); - раздела официального сайта «Часто задаваемые вопросы»; 	<p>Наличие на официальном сайте организации информации о дистанционных способах взаимодействия с получателями услуг и их функционирование:</p> <ul style="list-style-type: none"> - абонентского номера телефона; - адреса электронной почты; - электронных сервисов (для подачи электронного обращения (жалобы, предложения), получения консультации по оказываемым услугам и иных); - раздела официального сайта «Часто задаваемые вопросы»; - технической возможности выражения получателем услуг мнения о качестве условий оказания услуг организацией социальной сферы (наличие анкеты для опроса граждан или гиперссылки на нее); - иного дистанционного способа взаимодействия.
<p>Обеспечение в организации социальной сферы комфортных условий для предоставления услуг (перечень параметров комфортных условий устанавливается в ведомственном нормативном акте уполномоченного федерального органа исполнительной власти об утверждении показателей независимой оценки качества).</p>	<p>Наличие комфортных условий для предоставления услуг, например:</p> <ul style="list-style-type: none"> - наличие комфортной зоны отдыха (ожидания), оборудованной соответствующей мебелью; - наличие и понятность навигации внутри организации социальной сферы; - наличие и доступность санитарно-гигиенических помещений; - санитарное состояние помещений организации социальной сферы;

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

5 Факторная операционализация представлена в таблице А.2

Таблица А. 2 – Факторная операционализация

Влияющие факторы	
Объективные	Субъективные
1) Социальная политика государства по отношению, имеющих психические заболевания; 2) Наличие организаций, решающих проблемы взрослого населения,	Возраст Образование Пол Диагноз

6 Принципиальный план исследования представлен в таблице А.3

Таблица А.3 – План исследования

Этапы	Содержание	Сроки
Подготовительный	Определение темы, обоснование проблемы, объект, предмет, цель, задачи, интерпретация основных понятий, составление структурной и факторной операционализации, формулировка гипотез, обоснование системы выборки, набросок основных процедур сбора данных.	
Основной	– Проведение инструктажа; – Сбор анкет.	
Завершающий	– Выбраковка анкет; – Статистическая обработка; – Интеграция полученных результатов.	

7 Обоснование системы выборки единиц наблюдения

В рамках исследования медико-социальной работы со взрослым населением в учреждениях здравоохранения Амурской области были опрошены потребители медико-социальных услуг в медицинских организаций.

Объем работ – 17 медицинских организаций Амурской области.

8 Методики и методы исследования

Метод исследования: опрос в форме анкетирования на базе медицинских

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

учреждений. Данный метод был выбран в связи с тем, что он сравнительно экономичный, возможность охвата больших групп людей, оперативность, экономия средств и времени.

9 База исследования – медицинские учреждения

- 1 ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница»
- 2 ГАУЗ АО «Кожно-венерологический диспансер»
- 3 ГАУЗ АО «Больница восстановительного лечения»
- 4 ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 1» г.Благовещенск
- 5 ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 3» г.Благовещенск
- 6 ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 4» г.Благовещенск
- 7 ГАУЗ АО «Ивановская больница»
- 8 ГАУЗ АО «Константиновская больница»
- 9 ГАУЗ АО «Больница рабочего поселка (пгт) Прогресс»
- 10 ГБУЗ АО «Свободненская больница»
- 11 ГБУЗ АО «Серышевская больница»
- 12 ГБУЗ АО «Сковородинская центральная районная больница»
- 13 ГАУЗ АО «Тындинская больница»
- 14 ГБУЗ АО «Тындинская стоматологическая поликлиника»
- 15 ГАУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер»
- 16 ГБУЗ АО «Амурская областная психиатрическая больница»
- 17 ГАУЗ АО «Амурский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Анкета

для оценки условий организации медико-социальной работы
в медицинских учреждениях Амурской области

1. Вы обратились в медицинскую организацию?
 - к врачу-терапевту участковому (перейти к вопросам 2 - 3)
 - к врачу-педиатру участковому (перейти к вопросам 2 - 3)
 - к врачу общей практики (семейному врачу) (перейти к вопросам 2 - 3)
 - к врачу-специалисту (кардиолог, невролог, офтальмолог, стоматолог, хирург, эндокринолог, другие) (перейти к вопросам 2а - 3а)
 - иное (диспансеризация, медицинский осмотр, др.) (перейти к вопросам 2а - 3а)

2. Время ожидания приема врача, к которому Вы записались (вызвали на дом), с момента записи на прием составило?
 - 24 часа и более
 - 12 часов
 - 8 часов
 - 6 часов
 - 3 часа
 - менее 1 часа

3. Вы записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача) при первом обращении в медицинскую организацию?
 - да (перейти к вопросу 3.1)
 - нет (перейти к вопросу 3.2)

- 3.1. Вы записались на прием к врачу (вызвали врача на дом)?
 - по телефону медицинской организации (перейти к вопросу 3.1.1)
 - по телефону Единого кол-центра (перейти к вопросу 3.1.1)
 - при обращении в регистратуру (перейти к вопросу 3.1.1)
 - через официальный сайт медицинской организации
 - через Единый портал государственных услуг (www.gosuslugi.ru)

- 3.1.1. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость) к которым Вы обращались?
 - да
 - нет

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

3.2. По какой причине

- не дозвонился
- не было талонов
- не было технической возможности записаться в электронном виде
- другое

2а. Время ожидания приема врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием составило?

- 14 календарных дней и более
- 13 календарных дней
- 12 календарных дней
- 10 календарных дней
- 7 календарных дней
- менее 7 календарных дней

3а. Вы записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача) при первом обращении в медицинскую организацию?

- да (перейти к [вопросу 3.1а](#))
- нет (перейти к [вопросу 3.2а](#))

3.1а. Вы записались на прием к врачу?

- по телефону медицинской организации (перейти к [вопросу 3.1.1а](#))
- по телефону Единого кол-центра (перейти к [вопросу 3.1.1а](#))
- при обращении в регистратуру (перейти к [вопросу 3.1.1а](#))
- лечащим врачом на приеме при посещении (перейти к [вопросу 3.1.1а](#))
- через официальный сайт медицинской организации

3.1.1а. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость) к которым Вы обращались?

- да
- нет

3.2а. По какой причине?

- не дозвонился
- не было талонов
- не было технической возможности записаться в электронном виде
- другое

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

4. Врач принял Вас в установленное по записи время?

- да
- нет

5. Вы удовлетворены отношением врача к Вам (доброжелательность, вежливость)?

- да
- нет

6. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?

- да (перейти к вопросу 6.1)
- нет

6.1. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной в помещениях медицинской организации?

- да
- нет

7. Перед обращением в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?

- да (перейти к вопросу 7.1)
- нет

7.1. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?

- да
- нет

8. Вы удовлетворены комфортностью условий предоставления услуг в медицинской организации?

- да
- нет (перейти к вопросу 8.1)

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

8.1. Что именно Вас не удовлетворяет?

- отсутствие свободных мест ожидания
- наличие очередей в регистратуру, у кабинетов медицинских работников
- состояние гардероба
- отсутствие питьевой воды
- отсутствие санитарно-гигиенических помещений
- состояние санитарно-гигиенических помещений
- санитарное состояние помещений
- отсутствие мест для детских колясок (для медицинских организаций, оказывающих помощь детскому населению)

9. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?

- да (перейти к вопросам 9.1 - 9.3)
- нет

9.1. Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?

- I группа
- II группа
- III группа
- ребенок-инвалид

9.2. В медицинской организации обеспечены условия доступности для лиц с ограниченными возможностями?

- да
- нет (перейти к вопросу 9.2.1)

9.2.1. Пожалуйста, укажите, что (кто) именно отсутствует:

- выделенные места стоянки для автотранспортных средств инвалидов
- адаптированные лифты, поручни, расширенные дверные проемы
- сменные кресла-коляски
- дублирование для инвалидов по слуху и зрению звуковой и зрительной информации
- дублирование информации шрифтом Брайля
- специально оборудованные санитарно-гигиенические помещения
- сопровождающие работники
- возможность оказания медицинской помощи инвалидам на дому

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

9.3. Удовлетворены ли Вы доступностью услуг для инвалидов в медицинской организации?

- да
- нет

10. При обращении в медицинскую организацию Вам назначались диагностические исследования (лабораторные исследования, инструментальные исследования (ЭКГ, ЭЭГ, рентген, УЗИ, др.), компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография)?

- да (перейти к вопросу 10.1)
- нет (перейти к вопросу 11)

10.1. Вы ожидали проведения исследования:

- 14 календарных дней и более
- 13 календарных дней
- 12 календарных дней
- 10 календарных дней
- 7 календарных дней
- менее 7 календарных дней

10.2. Исследование выполнено вовремя, установленное по записи?

- да
- нет

11. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для оказания медицинской помощи?

- да
- нет

12. Удовлетворены ли Вы навигацией внутри медицинской организации (представлением информации о размещении кабинетов медицинских работников, лабораторных и диагностических подразделений, санитарно-гигиенических помещений и др.)?

- да
- нет

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

13. В целом Вы удовлетворены условиями оказания услуг в данной медицинской организации?

да

нет

14. Вы используете электронные сервисы для взаимодействия с данной медицинской организацией (электронное обращение, электронная почта, часто задаваемые вопросы, др.)?

нет (опрос завершен)

да (перейти к вопросу 14.1)

14.1. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость), которые с Вами взаимодействовали?

да

нет

Мы благодарим Вас за участие!

Если Вы хотите оставить предложения по работе данной медицинской организации, пожалуйста, напишите: (не более 150 знаков)

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Повестка встречи общественности и работников здравоохранения Амурской области по вопросу профилактики заболеваний и поддержки здорового образа жизни

г. Благовещенск,
Зал Гиппократ, АОКБ

Дата, время проведения

1. Анализ достижения целевых показателей региональных проектов Национального проекта «Здравоохранения».

Докладчик: Химиченко Оксана Викторовна – первый заместитель министра здравоохранения Амурской области (регламент выступления 20 минут).

2. Мониторинг проведения профилактических мероприятий взрослого населения за 5 месяцев 2024 года.

Докладчик: Киреева Ольга Сергеевна – главный внештатный специалист терапевт министерства здравоохранения Амурской области (регламент выступления 15 минут).

3. Информация по графикам выездных бригад и передвижных мобильных комплексов.

Докладчик: Ветрова Елена Владимировна – заведующий отделом разработки и реализации мониторинга корпоративных и муниципальных программ ГАУЗ АО «Амурский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики» (регламента выступления 15 минут).

4. Исполнение тематического плана «Здоровый образ жизни» за 5 месяцев 2024 года.

Докладчик: Ширина Марина Николаевна – главный врач ГАУЗ АО «Амурский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики» (регламента выступления 15 минут).

5. Результаты экспертного контроля профилактических мероприятия за 5 месяцев 2024 года. Результаты опросов застрахованных лиц о качестве диспансеризации и причинах отказов от ее прохождения.

Докладчик: Дьячкова Елена Леонидовна – директор Амурского филиала АО «СК «Согаз-Мед» (регламент выступления, 20 минут).

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Рекомендации по формированию благоприятных отношений со средствами массовой информации

Механизм отношений со средствами массовой информации является связующим звеном для всех сфер деятельности, так как именно через СМИ устанавливается эффективная обратная связь, которая отражает состояние общественного мнения и объективной оценки. Ряд рекомендаций по установлению эффективных контактов с прессой:

1. Сообщения для печати должны отвечать принятым нормам, быть точными и понятными.

2. Предпочтительно передавать информацию заблаговременно, чтобы облегчить работу СМИ и дать им время для изучения и анализа.

3. Сообщения составляются объективно, без каких-либо преувеличений;

4. Отдел связей с общественностью должен быть всегда открыт и доступен для установления контактов со СМИ в любой форме.

5. При оформлении сообщений о необычных или неприятных событиях необходимо предварительно посоветоваться с руководством, продумать их и придать необходимый и нужный оттенок.

Формируя отношения со СМИ, каждая организация должна установить формальную политику взаимодействия с ними. Эта политика включает в себя соблюдение правил предоставления информации для СМИ, а также умение осуществлять сбор и анализ информации, уже выпущенной СМИ для общественности.

К основным принципам работы с представителями средств массовой информации относятся:

– умение сформировать такой план работы со СМИ, который позволил бы гибко и своевременно реагировать на многочисленные изменения, а также на непредвиденные ситуации в определенных целевых аудиториях общественности; основным разделом плана целесообразно выделить раздел по взаимодействию со СМИ на нормативной основе; в данном разделе будут предусмотрены условия, права и обязанности взаимодействия сторон (условия аккредитации журналистов, условия доступа к информации и к какой именно, назначение персональных лиц, предназначенных для непосредственных контактов с журналистами, и т. п.);

– выделение высокопрофессиональных специалистов, отвечающих за работу с прессой; как правило, журналисты любят брать интервью у первых лиц, что не всегда бывает эффективным для самой организации; в большинстве случаев, особенно на переломных этапах, в работе, целесообразно предложить средствам массовой информации подготовленного специалиста, имеющего достаточный опыт и знания работы со СМИ, не реагирующего на колкости, бесцеремонность и излишнюю любознательность журналистов; в случаях напряженных ситуаций в рамках проводимых пресс-конференций, брифингов не обязательно отвечать на

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

на каждый поставленный вопрос, отвечать следует лишь на вопросы, с которыми вы можете справиться и имеете достоверные факты;

– нельзя допускать распространения в прессе ошибочных фактов, ложных слухов; немедленно следует реагировать на них, стараться опровергнуть всеми возможными способами, так как допущенная ошибка, слух могут превратиться в медиа-факт, который намного сложнее устранить;

– следует уметь в некоторых ситуациях тактически проигрывать СМИ, так как порой сохранение доверия общественности намного эффективнее, чем победа над СМИ.

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Методические рекомендации по организации работы с волонтерами

1. Планируйте добровольческие программы.

Прежде всего, решите, для чего вам нужны добровольцы. Что они будут делать? Каким образом вы будете поощрять деятельность волонтеров? Кто будет координировать деятельность добровольцев? Только ответив на эти и другие вопросы, которые возникнут в вашей команде в период обсуждения возможности привлечения добровольцев начинайте действовать!

2. Осуществляйте привлечение добровольцев.

Независимо от возраста, пола, и профессии, социального статуса и личных качеств, люди хотят быть полезными, а значит, могут стать добровольцами. Привлекая людей старшего возраста к работе в вашем волонтерском движении вам необходимо не только ясно и понятно объяснять, для какой конкретной работы нужны добровольные помощники, но, прежде всего, объяснять цели этой работы. Кому поможет то, что вы намерены делать? Привлечь людей старшего возраста к вашей деятельности могут самые разнообразные возможности, открывающиеся для них. Это и соучастие в достижении целей, и возможности приобретения новых знаний, навыков. Это и возможность проявить заботу, сострадание, милосердие, быть нужными и полезными, найти новых друзей и многое другое.

3. Выявляйте мотивации и осуществляйте отбор добровольцев.

Добровольчество - это уникальная возможность для человека совместить удовлетворение своих личных потребностей с потребностями общества. Поэтому общественные организации - самая благоприятная среда для развития добровольчества. Высокие цели и минимум бюрократии, неформальное общение и наглядность результатов работы, многообразие возможностей для самореализации и поддержка единомышленников - все это притягивает активных людей. В то же время, каждым человеком движут собственные мотивы в соответствии с его жизненными ценностями и опытом. Основным мотивом деятельности служит желание быть в строю, применять свой опыт и знания вне профессиональной стези, быть востребованным в обществе. Чтобы обеспечить условия, мотивирующие добровольческую работу людей, кураторы должны создавать ситуации, в которых добровольцы, выполняя необходимую работу, могут в то же время удовлетворить эти потребности. Для разных сфер деятельности нужны люди с разными личностными качествами. Необходимо осуществлять отбор добровольцев для каждого вида работ. Отбор можно проводить методом собеседования или тестирования, можно привлекать и специалистов (психологов, социальных работников).

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

4. Информируйте и ориентируйте добровольцев.

Добровольцу, исполняющему самые скромные поручения 1 раз в квартал, необходимо знать и понимать, каким общественным процессам он сопричастен, что изменится в результате деятельности вашего волонтерского отряда и его личного вклада. Привлекайте добровольцев к совещаниям и собраниям.

6. Обучайте добровольцев и делегируйте им полномочия.

Большинство людей, придя в волонтерский отряд для добровольной работы, нуждаются в дополнительных знаниях и навыках. Организуйте лекции, семинары, обучающие программы по темам, которые интересуют добровольцев и будут полезны для их работы. Не бойтесь делегировать добровольцам полномочия. Люди ответственно подойдут к делу и поручениям, если увидят вашу ответственность, ответственность персонала и других добровольцев. Опасаясь поручать добровольцу серьезные дела, если он готов к этому, вы можете охладить его стремления и уже не получить той отдачи, которую могли бы. При определении задач, ответственности, поручений не забывайте определять вместе с добровольцем ожидаемые результаты его работы. После исполнения работы фиксируйте их достижение, даже если результаты достигнуты не в полной мере. Люди хотят расти! Добровольная работа, совмещенная с личностным ростом, дает уверенность в своих силах и самоуважение.

7. Разработайте систему мониторинга, контроля и оценки работы добровольцев.

Работа добровольцев должна отслеживаться и контролироваться. Для каждого человека важно, чтобы его работу замечали. Для каждой организации важно, чтобы люди, работающие в ней, двигались к общей цели, а не в разные стороны. Организуйте систему учета добровольческой работы, мероприятий для добровольцев. Следите, чтобы каждый доброволец был закреплен за определенной программой, проектом, акцией, сферой деятельности. Сводки или отчеты о работе, наблюдения координаторов, обсуждения на собраниях - все это поможет контролю. Однако наиболее эффективна обратная связь с самими добровольцами. Есть ли у него трудности, с которыми он работает? Возможно, он устал или хочет изменить вид деятельности, пройти дополнительное обучение или реализовать новую идею? Назначайте координаторов по работе с добровольцами. Проводите опросы, анкетирования ваших добровольцев. Определяя формы оценки результатов труда добровольцев, вы получаете серьезные аргументы для поддержки ее деятельности. Смело используйте эти аргументы в отношениях с бизнесом, властью, СМИ.

8. Оказывайте поддержку добровольцам в их начинаниях, продумайте механизмы их удержания в волонтерском отряде.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

Планы работы вашей организации не должны мешать творчеству добровольцев. Поддерживайте ваших добровольцев в их начинаниях, не сдерживайте инициативу по пустякам. Удержать добровольцев в организации поможет только искреннее внимание к ним и их работе. Вовремя изменить работу, дать совет, или помочь, предоставить дополнительные возможности, или обучить, познакомить с другими людьми и по-человечески поддержать - все это серьезные дела, если он готов к этому. И все же, будьте готовы к тому, что кто-то уйдет из вашей организации. И это будет происходить постоянно, из года в год. Добровольцы - это не ваш оплачиваемый персонал! Несмотря на то, что вы в них много вложили и, по вашему мнению, сделали все, чтобы они остались, их право уйти из вашей организации без объяснения причин.

9. Поощряйте и продвигайте Ваших добровольцев.

Если вовремя замечать, что волонтер готов взять на себя дополнительную ответственность или реализовать собственную идею, проект, программу, что он лидер, продвигайте его, назначайте на новую вакансию или создайте ее для него. Поощряйте ответственную инициативу, продвигайте своих добровольцев, и вы увидите, как растет ваша организация. Важным аспектом в работе с добровольцами является поощрение. Необязательно оно должно выражаться в материальных предметах, ценных подарках и т.д. Гораздо важнее общественное признание. Проявите творческий подход к этому шагу и найдите свою особую форму поощрения добровольцев именно в вашей организации.

10. Способствуйте созданию благоприятного психологического климата в организации и вовремя разрешайте конфликты.

Постоянно следите и фиксируйте проблемы, связанные с работой добровольцев. Обсуждайте эти проблемы, ищите решения. Нерешенные, отложенные проблемы быстро превращаются в упущенные возможности. Осознайте и назовите самые сильные аргументы в пользу совместной работы персонала и добровольцев в интересах организации. Основной персонал и добровольцы могут быть коллегами и партнерами, привнося в организацию дух сотрудничества и творчества.

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

План проведения мероприятий для обмена опытом медицинских, социальных работников, представителей общественных, религиозных, благотворительных и других организаций и движений, в том числе с изучением международного опыта медико-социальной работы со взрослым населением

Таблица Ж.1 – План проведения мероприятий

№	Мероприятие	Цель
1	Круглый стол «Совершенствование медико-социальной помощи взрослому населению»	Развитие и совершенствование механизмов взаимодействия государства, медицинского сообщества и общественных организаций для улучшения качества жизни граждан региона
2	Конференция «Медико-социальные практики активизации ресурсов взрослого населения и пожилых людей, признанных нуждающимися в социальном обслуживании»	Анализ существующих медицинских и социальных практик поддержки взрослого населения и пожилых людей, признанных нуждающимися в социальном обслуживании
3	Круглый стол «Совершенствование медико-социальных подходов к повышению качества жизни граждан старшего поколения»	Организация кампаний по пропаганде здорового образа жизни, мобилизация структур, которые должны быть задействованы в организации информационно-просветительской кампании «Качество жизни граждан старшего поколения», направленной на создание дружественной атмосферы и комфортной инфраструктуры для граждан старшего поколения в местных сообществах.
4	Заседание комиссии по межведомственному взаимодействию и координации медико-социальной помощи гражданам, признанных нуждающимися в социальном обслуживании	Улучшение условий сотрудничества и взаимодействия в области организации медико-социального обслуживания граждан, признанных нуждающимися в социальном обслуживании.