

## МОДЕЛЬ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ МОЛОДЫМ СЕМЬЯМ

*Анафьянова Т.В.*

Красноярский государственный медицинский университет, Россия

Опыт работы медицинских и социальных учреждений в системе реабилитации семей инвалидов показал, что помощь семье и сам процесс реабилитации и социализации семьи идет изолированно. В основном оказывается адресная помощь, наиболее социально незащищенных семей. В практике социальной работы не учитываются реабилитационные потенциалы и реабилитационные возможности семей. Отсутствует мониторинг здоровья семей, характеризующих особенности и потребности семей различных видов.

По нашему мнению для совершенствования медико-социальной помощи семьям необходимо объединить усилия специалистов реально работающих в сфере семейной практики: семейных психологов, специалистов по социальной работе, социальных педагогов и врачей общей практики. Особенностью подхода при формировании модели такой работы с молодыми семьями, как нам представляется, является соотношение соответствия их социально-ролевой функции к уровню потребности в помощи семье. Центральное место в данной модели отводится врачу общей практики, а реализация через *супервизию*. По определению, предложенного Э. Хессом «супервизия – это процесс интеракций (действий), главная цель которого заключается в том, чтобы один человек (супервизор) общался с другим человеком (супервизируемым), чтобы помочь ему более эффективно оказывать помощь другим людям. Потребность в супервизии возникла в результате развития практики профессиональной помощи в процессе социальной работы с клиентом (Хесс Э. Проблемы и перспективы исследования групповой групповой психотерапии. Клинико-психологические психотерапии (ред. Б.Д. Карвасарский). - Л., 1979, - С. 30-38).

Административный мотив супервизии связан с оптимальным развитием медико-социальных служб как организации оказывающих реальные услуги различным категориям семей. Другим важным компонентом супервизии является защита потребителя этих услуг, что требует контроля за деятельностью специалистов и контроля выполнения ими технологических процедур оказания помощи клиентам. Данная характеристика супервизии наиболее точно связывает цели и задачи работы врача семейной практики и особым вниманием государства к формированию и развитию здоровья молодой семьи.

Однако, чтобы супервизия семьи имела постоянный вектор развития, а предоставляемые услуги давали ожидаемый конечный результат, необходима организация контроля выполнения планируемых действий в отношении семьи и оценку профессионализма работы своих сотрудников. В целом, модель супервизии молодой семьи представляет собой классическую систему взаимосвязанных функциональных блоков (системообразующий,

организационный, клинико-экспертный, информационно-аналитический, технологический) (сх. 1).

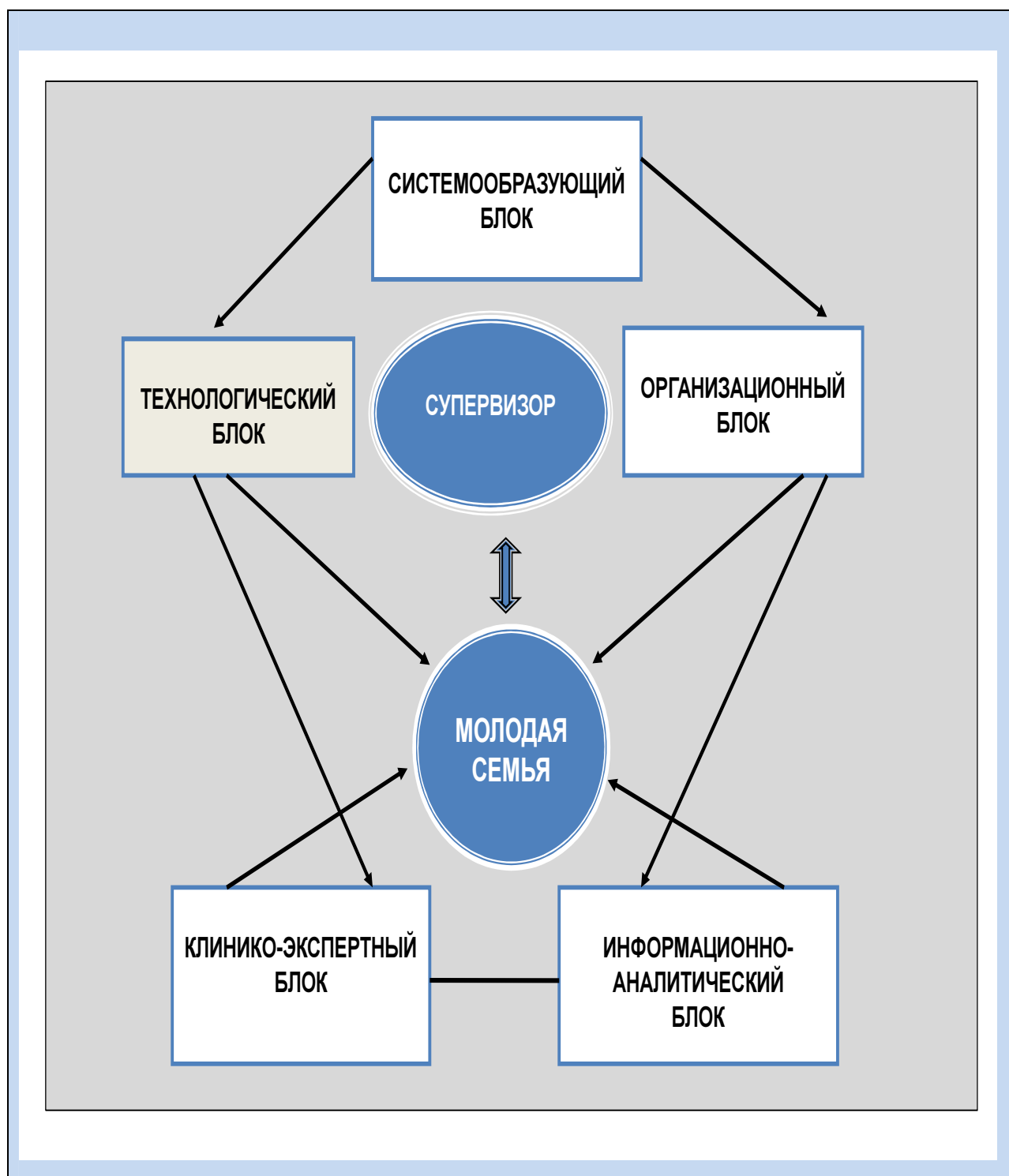


Схема 1. Структурная схема модели супервизии молодой семьи

Основой модели супервизии молодой семьи является *системообразующий блок* (сх. 2), цель работы которого заключается в формировании супервизионного пространства.

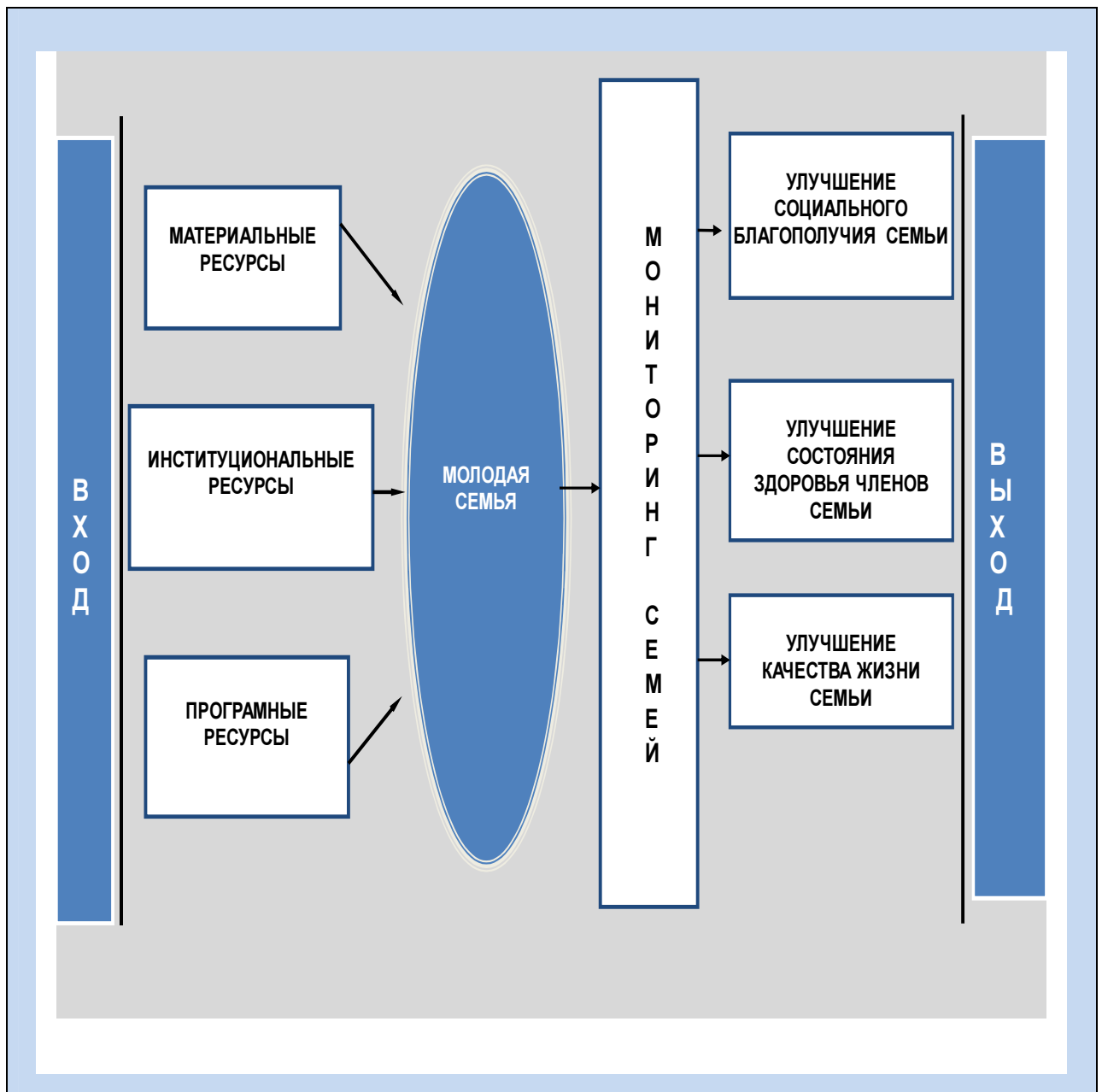


Схема 2. Системообразующий блок

Особенность супервизии медико-социальной работы с семьей заключается не только в том, что одновременно осуществляется несколько уровней отношений между клиентом (семьей) и специалистом (супервизируемым), но и особенностях рабочего альянса между ними под началом супервизора (семейного врача). Соответственно супервизорное пространство включает в себя: совокупное здоровье семьи, социальный контекст, экономическую реальность (схема 3).

Под супервизорным пространством для молодой семьи нами понимается совокупность сетей поддержки различных учреждений (медицинских, социальных и административных и общественных учреждений (организаций и социальных институтов), через выделение семье ресурсов, направленных на сохранение и улучшение здоровья. При

формировании супервизорного пространства должны учитываться возможности элементов этого пространства семьи через социальный контекст (социальные программы и государственные проекты), и экономическую реальность (деятельность государственных и негосударственных учреждений).

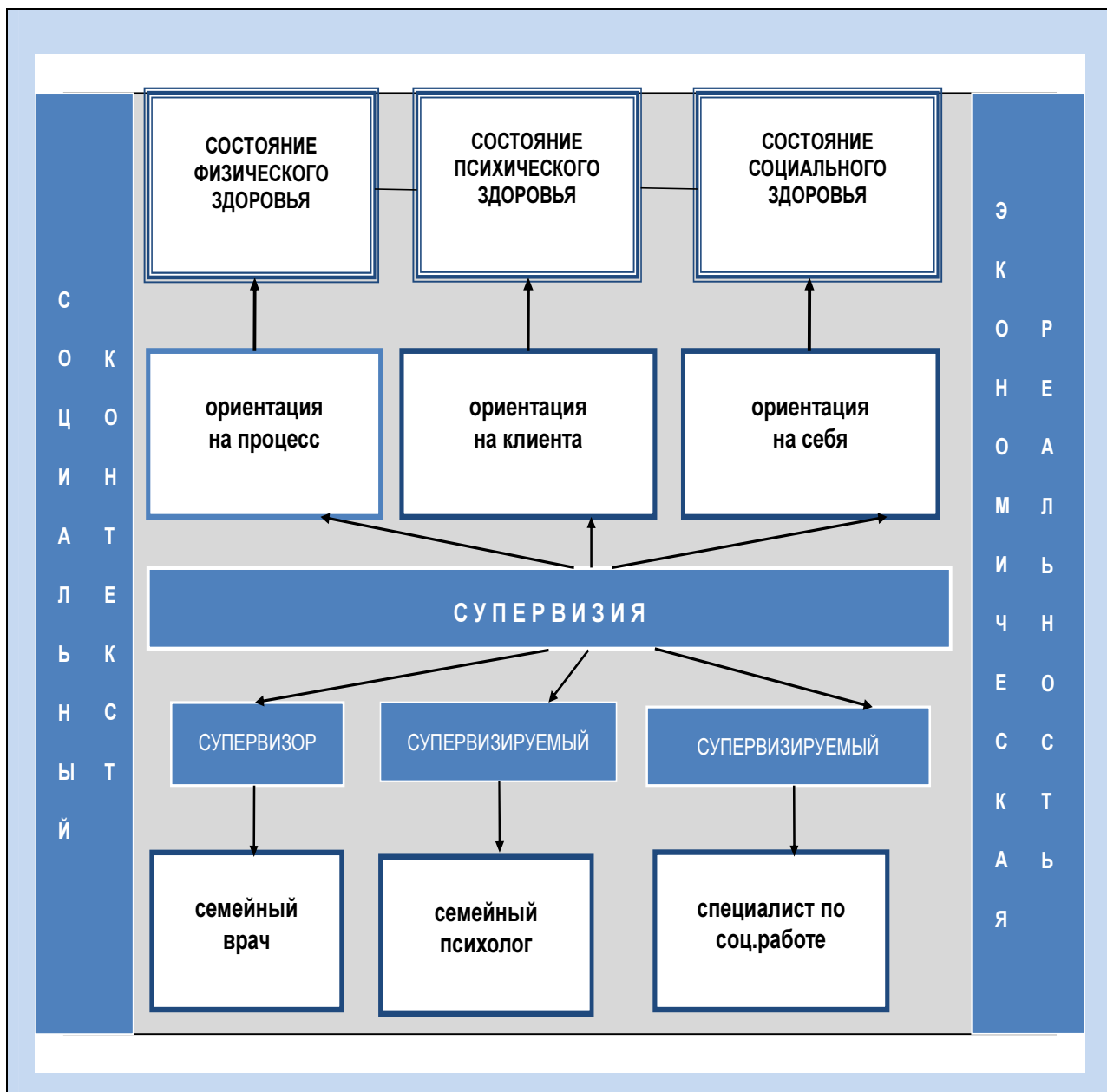


Схема 3. Супервизорное пространство медико-социальной работы с семьей

Организационный блок ориентирован на доступность и качество медицинских и медико-социальных услуг на всех этапах супервизионного пространства (сх. 4).

Основой организационного блока является комплексный подход к системному анализу различных видов молодых семей по уровню благополучия.

Таблица 1

Цель работы организационного блока

| Базовый уровень   | Совокупность элементов  | Доступность медико-социальных услуг  |
|---|---|--|
| <p>Численность различных видов молодых семей по уровню благополучия.</p> <p>Комплексная медико-социальная оценка здоровья молодой семьи.</p> <p>Самооценка состояния здоровья семьи</p> <p>Оценка уровня медицинской помощи семьям с детьми.</p> <p>Оценка уровня медико-социальной помощи молодой семье.</p> | <p>Организация мониторинга молодых.</p> <p>Организация самооценок здоровья семьи ее членами.</p> <p>Разработка показателей для определения эффективности лечения и профилактики заболеваний членов семьи.</p> <p>Разработка стандартов для лечения, реабилитации и профилактики социально значимых заболеваний в семье.</p> | <p>Организация отдельных кабинетов семейной практики в учреждениях, оказывающих первичную амбулаторно-поликлиническую помощь (в городах, районных центрах).</p> <p>Организация отдельных центров семейной практики в учреждениях областного или республиканского значения, оказывающих консультативную амбулаторно-поликлиническую помощь.</p> <p>Оптимизация использования ресурсов здравоохранения в отдаленных территориях (выездные бригады центра семейной практики).</p> |

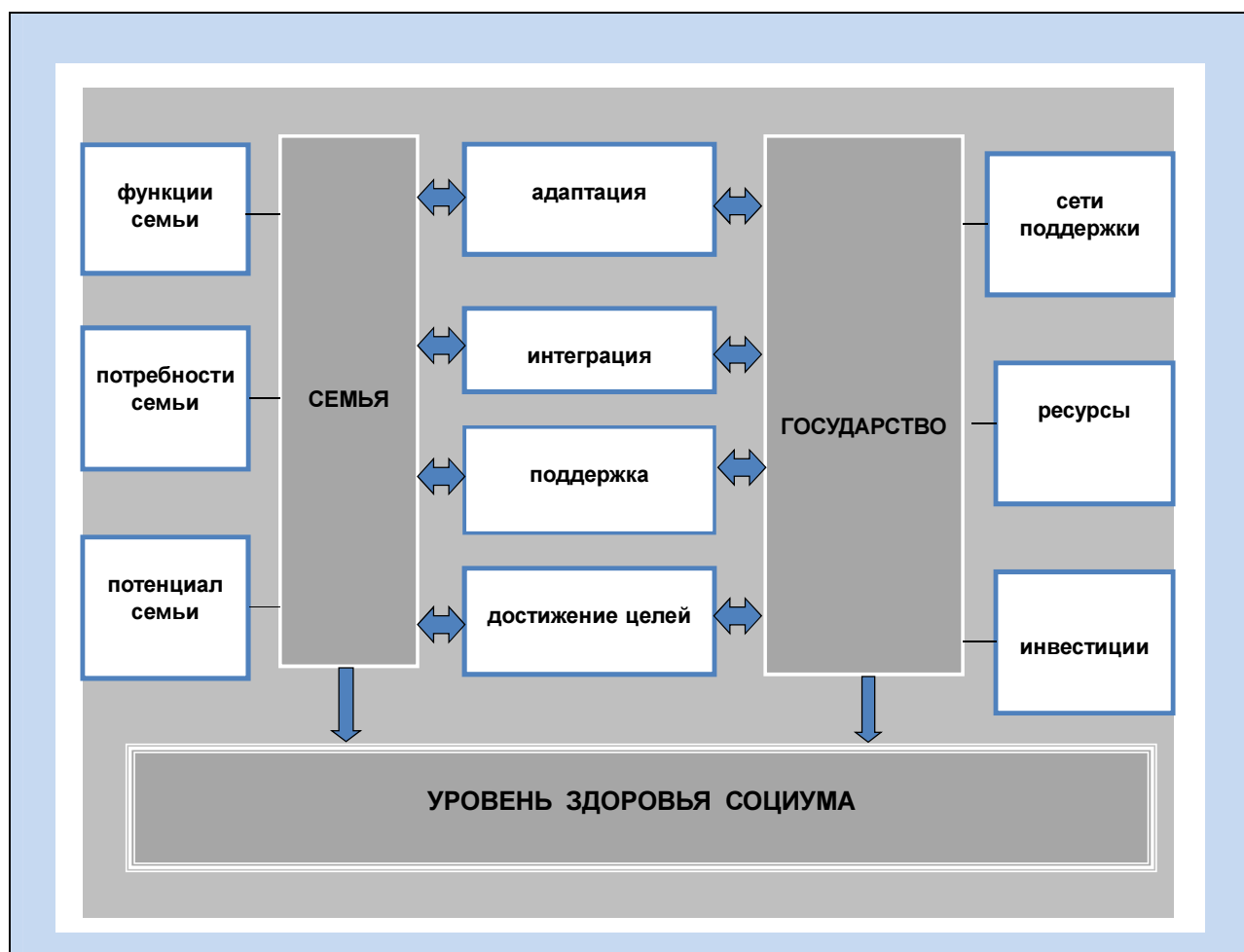


Схема 4. Структурная схема технологического блока

*Технологический блок* обеспечивает управляемость моделью супервизионного пространства, определяет ее квалификационные признаки и возможности коррекции процесса. Технология в модели носит многозвеньевой характер (профилактику, лечение и реабилитацию) и отличается применением специальных навыков в условиях работы с семьей (сх. 4, табл. 1).

**Таблица 2**

**Функциональная характеристика «Технологического блока»**

| Квалификационные признаки модели   | Возможности коррекции  |
|--|--|
| <p>Изучение, анализ и структура потребности членов молодой семьи в медицинских, педагогических, социальных услугах.</p> <p>Изучение степени удовлетворенности платными и бесплатными услугами.</p> <p>...Способность адекватно реагировать на увеличение потребности в специальных видах медицинской и реабилитационной помощи.</p> <p>Обеспечивает членов семьи услугами, соответствующими разработанным стандартам.</p> <p>Обеспечивает управляемость моделью.</p> <p>Характеризует медицинские, педагогические, социальные и экономические критерии.</p> <p>Наличие необходимого оборудования и технологий, соответствующих разработанным стандартам.</p> | <p>Обеспечивается за счет расширения возможностей кабинетов семейного врача и центров семейной практики.</p> <p>Регулируется за счет дифференциации семей по видам уровня благополучия семьи.</p> <p>Разработка стандартов медико-социальной помощи. Подготовка специализированных кадров, владеющих современными технологиями работы с клиентом.</p> <p>Осуществляется с помощью комплекса маркетинга.</p> <p>Медицинские, социальные и экономические критерии характеризуют эффективность модели.</p> <p>Корректирование стандартов в соответствии с достижениями науки и практики</p> |

Основными задачами диагностического звена блока является:

1. Проведение мониторинга семей с целью контроля развития молодых семей по видам уровня благополучия семьи.
2. Сбор сведений о развитии здоровья детей.
3. Анализ потребности каждой семьи в конкретных видах медико-социальных услуг.
4. Выделение уровня приоритетности семьи по видам уровня благополучия семьи.
5. Планирование работы с учетом дифференциации медико-социальных мероприятий по приоритетным семьям.

Профилактическое звено блока включает следующие мероприятия:

1. Взаимосвязь и преемственность в работе со всеми специалистами структурных подразделений ЛПУ.
2. Проведение индивидуальной и групповой санитарно-просветительной работы, направленной на формирование у членов семьи здорового образа жизни.
3. Обучение членов семьи различным вариантам стиля жизни в кризисной

ситуации для выработки адекватного поведения.

4. Совершенствование диспансерного наблюдения и систематический патронаж членов семьи группы риска развития социально значимых заболеваний и их своевременная госпитализация.

*Лечебное звено блока направлено:*

1. На своевременное и качественное оказание медицинской помощи членам семьи.

2. На внедрение новых форм организации преемственности в лечебно-социальном наблюдении приоритетных семей (дифференцированно – по группам учета потребностей) с привлечением необходимых специалистов.

*Реабилитационное звено блока направлено:*

1. На выполнение медико-социального патронажа (мониторинга) семей больных с хроническим заболеванием и инвалидов по общему заболеванию.

2. На работу с членами семьи по социально-правовым вопросам и т.д.

3. На оказание индивидуальной прямой или опосредованной помощи больному и членам его семьи, попавшим в трудную ситуацию, через консультирование, диагностику, психологическую поддержку.

Работа *Клинико-экспертного блока* направлена на анализ системы внешней и внутренней экспертизы качества проведения медико-социальной работы (сх. 5).



Схема 5. Клинико-экспертный блок

В этой части нами предполагается администрирование в супервизии, как неотъемлемая часть ее функционирования (табл. 3). Административно-организаторское положение супервизора в этом случае определяет ряд задач по планированию, направляющей супервизии, организации и управлению супервизии.

Таблица 3

**Функциональная характеристика «Административной супервизии»**

| Алгоритмы проведения   | Стандарты качества  |
|--|---|
| 1. Планирование целей супервизии.<br>2. Осуществление взаимодействия между супервизором и клиентом (семьей).<br>3. Оценка достигнутых результатов интервенции.<br>4. Коррекция целей и задач | 1. Медицинский стандарт<br>2. Педагогический стандарт<br>3. Психологический стандарт<br>4. Социологический стандарт |

Таким образом, врач семейной практики должен обладать административными функциями и административными навыками для содействия организации в ее функционировании и развитии.

**Информационно-аналитический блок** направлен на оптимизацию работы врачей семейной практики и врачей амбулаторно-поликлинического звена и специалистов всех задействованных служб. Блок характеризуется адресным распределением информации (сх. 6).

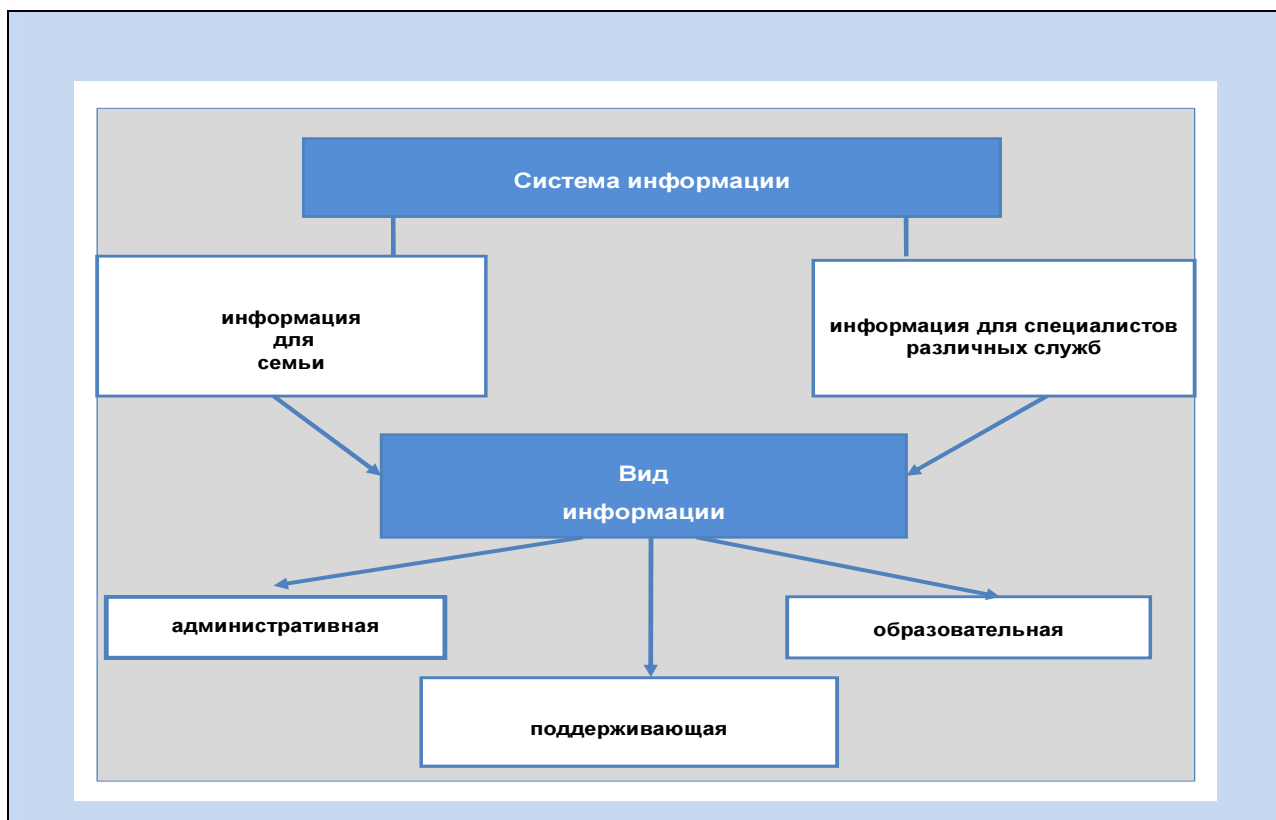


Схема 6. Адресное распределение информации

Для определения оценки качества работы учреждений и ведомств в «системе работы с врачом семейной практики» в целом возможно



использование трех главных компонентов, определяющих эффективность деятельности учреждений:

1. Ресурсно-структурного обеспечения.
2. Качество технологического процесса оказания медико-социальных услуг.
3. Результативности деятельности каждой структуры в отдельности.

Безусловно, основным критерием эффективности функционирования «Системы», будут являться показатели, характеризующие снижение уровня неблагополучных семей с детьми.

Учитывая особую значимость молодой семьи в решении проблем демографической ситуации в стране, ее особую роль в замещении уходящих поколений, выше представленная Модель медико-социальной помощи молодым семьям, по нашему мнению, позволит создать систему *нового вида медицинской помощи* населению в практическом здравоохранении, направленного на развитие здоровья семей, предоставление услуг по реализации здоровьесберегающих технологий и программы поддержки семьи. Позволит обеспечить на практике формирование у членов молодой семьи заинтересованности в поддержании здоровья ее членов, здоровом образе жизни, воспитании здорового потомства.