

образования по направлению подготовки 040400 социальная работа (квалификация (степень) «магистр»).

19. Мартыненко А.В. Социальная медицина в социальном образовании в условиях перехода к образовательному стандарту нового поколения. Высшее образование для XXI века: VI междунаучная конференция. Москва, 19-21 ноября 2009 г.: Доклады и материалы. Секция 8. Социальное образование. С.В. Овчинникова, отв. ред. М.: Изд-во Моск. гуманитар. Университета; 2009.
20. Социальная медицина: учебник. Серия: Бакалавр. Базовый курс. А.В. Мартыненко, ред. М.: Издательство Юрайт; 2013.

REFERENCES

1. Zhukov V.I. Social education as a factor in the development of civilization. Moscow; 1996 (in Russian).
2. Zhukov V.I. Modernization of the modern domestic social education: conceptual and theoretical foundations. Moscow: Publ. RGSU; 2007 (in Russian).
3. The concept of the development of modern social education in the Russian Federation until 2020. V.I. Zhukov, ed. Moscow: Publ. RGSU; 2005 (in Russian).
4. Starovoytova L.I. Social formation: formation and current state. Bulletin of educational and methodical association of universities Russian education in the field of social work. 2012; 2: 22-32 (in Russian).
5. Nikitin V.A. To a question about the content and performance criteria of the highest social education. Social work: theory, technology, and education. 1997; 1 (in Russian).
6. Garashkina N.V. Social education in the context of educational research. Bulletin of educational and methodical association of universities Russian education in the field of social work. 2012; 2: 49-60 (in Russian).
7. Medical and social foundations of health: the basic training curriculum specialist in social work. The collective authors, hands. A.V. Martinenko. Moscow: Institut molodezhi Publ.; 1993 (in Russian).
8. Social Work Education in Russia. Software and technologies. Part IV. Medical and social foundations of health. The collective authors, A.V. Martinenko, ed. Moscow: Association of social teachers and social workers. 1998 (in Russian).
9. Martynenko A.V. The theoretical and methodological foundations of organizational and medical social work. Dr. med. sci. diss. Moscow; 1997 (in Russian).
10. Martynenko A.V. Formation of professional medical and social work in Russia. Bulletin of educational and methodical association of universities Russian education in the field of social work. 2011; 2 (in Russian).
11. Vasilenko N.Yu. The content and methodology of social and medical work: the manual. DVGU Publ.; 2004 (in Russian).
12. Sigida E.A. Osnovy Fundamentals of social and medical work: the manual. Issue 1. E.A. Sigida, ed. Moscow: Svarog; 1988 (in Russian).
13. The content and methodology of social and medical work. V.P. Boryak, ed. Moscow: Znanie; 2008 (in Russian).
14. Taktarov V.G., Shmeleva S.V. The content and methodology of social and medical work: the manual. Moscow: Academia; 2010 (in Russian).
15. Shurygina Yu.Yu. The content and methodology of social and medical work: Training Manual. Ulan-Ude: VSGTU Publ.; 2004 (in Russian).
16. Martynenko A.V. Medical and social work: theory, technology and education. Moscow: Nauka; 1999 (in Russian).
17. Order of the Russian Ministry of Dec. 8, 2009 № 709 "On approval and enactment of the federal state educational standards of higher professional education in the field of training 040400 Social Work (qualification (degree) "Bachelor") (in Russian).
18. Order of the Ministry of Education of Russia from February 7, 2011 № 170 "On approval and enactment of the federal state educational standards of higher professional education in the field of training 040400 Social Work (qualification (degree) "Master") (in Russian).
19. Martynenko A.V. Social medicine in social education in the transition to a new generation of educational standards. Higher Education for the XXI century: VI Int. Research Conference. Moscow, 19-21 November 2009: Reports and materials. Section 8. Social Education. S.V. Ovchinnikova, ed. Moscow: Publ. Moscow Humanitarian University; 2009 (in Russian).
20. Social medicine: a textbook. Series: Bachelor. Basic Course. A.V. Martynenko, ed. Moscow: Publ. Yurayt; 2013 (in Russian).

© А.И. ОСАДЧИХ, К.Г. ГУРЕВИЧ, Е.А. ЧУМАЕВА, 2013

УДК 616-036.868-058

*А.И. Осадчих, К.Г. Гуревич, Е.А. Чумаева**

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ИННОВАЦИОННОЙ МОДЕЛИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова»
Минздрава России, 127473, Москва, Россия

*Чумаева Елена Анатольевна, E-mail: elena517@yandex.ru

♦ Показана целесообразность рассмотрения комплексной медико-социальной реабилитации в контексте системы социальной безопасности социально уязвимых категорий населения. Предложены подходы к формированию структуры и содержания комплексной медико-социальной реабилитации на основе реализации «реабилитационного потенциала» как совокупности способностей к различным видам деятельности.

Ключевые слова: комплексная медико-социальная реабилитация, социально-биологическая норма, реабилитация, реабилитационный потенциал

A.I. Osadchikh, K.G. Gurevich, E.A. Chumaeva

THE BASIC CONCEPTION OF MODEL INNOVATION OF MEDICINE-SOCIAL REHABILITATION

Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, 127473 Moscow, Russia

♦ The article demonstrated the suitability of application of system of medicine-social rehabilitation in the social security system. The architecture of system is proposed and its advantages in its application the social policy. The proposed technologies are significant importance and need of methodology of medicine-social rehabilitation.

Key words: complex of medicine-social rehabilitation, socio-biological norm, rehabilitation, rehabilitation potential

Актуальность проблемы медико-социальной реабилитации (МСР) объясняется не только масштабами распространения в населении людей из групп социально-биологического риска и тенденцией к их увеличению, но

и ошибочными подходами к решению соответствующих проблем.

Использование «социально-биологической нормы» (как совокупности нормативов обеспечения жизнедеятельности)

тельности «здоровой» части населения) в качестве инвариантной основы сущности и содержания социальной политики и практической деятельности государственных институтов и специалистов противоречит вариабельности характеристик основных компонентов демографической структуры населения.

В этом смысле оправдана интерпретация социальной нормы как мозаики потребностей и интересов всех групп населения независимо от их биологических параметров или социального статуса.

До сих пор социальная политика в отношении социально уязвимых категорий населения является «рефлексивной» по своей сути, хотя приоритетность профилактического направления в решении социально-гигиенических проблем теоретически обоснована и практически давно подтверждена. Следовательно социальная политика должна стать «превентивной» по своему смыслу и содержанию.

Необходимость такой трансформации сущности социальной политики подтверждается и приматом «процессуальных» характеристик текущей деятельности соответствующих институтов (объемы предоставляемых услуг, число и номенклатура осуществляемых мероприятий, количество потребителей услуг и т.д.) при отсутствии индикаторов их конечной результативности. Очевидно, что социальная политика должна стать результативной, имеющей в качестве целевой установки совокупности показателей социально-биологической эффективности системы социальной безопасности населения в целом и социально уязвимых категорий в частности.

Совокупность таких показателей могла бы стать информационной основой для дифференциации социально уязвимых категорий населения по уровням требуемой социальной безопасности (социальная поддержка, социальная помощь, социальная защита).

При этом адресность социальной политики приобретает социально-экономическую результативность, отражаемую в достижении прогнозируемого для данного индивидуума уровня относительно независимой самостоятельной жизнедеятельности.

Социально-экономическое двуединство социальной политики сопряжено с решением такой проблемы как соотношение социальной эффективности и финансово-экономической целесообразности. Мнение об определяющем значении прибавочной стоимости конечного продукта той или иной деятельности для развития общественно-экономической формации опровергается историей человеческой цивилизации. Использование человеческих и природных ресурсов с целью извлечения максимальной финансово-экономической выгоды в конечном итоге сопровождалось социальными катаклизмами и экономическими катастрофами. В этом отношении социальная составляющая планируемых и осуществляемых экономических реформ должна выступать в роли целеполагающего фактора, а финансово-экономическая целесообразность призвана отражать приоритетность принципов и направлений теории к практике в сфере социальной безопасности.

Низкая эффективность системы социальной безопасности социально уязвимых категорий населения во многом определяется приоритетным значением их негативных характеристик (анатомо-морфологические дефекты, психофизиологические нарушения, социально-средовые отклонения).

Порочность такого подхода заключается в забвении социально-биологической сущности человека. Общеизвестно, что если полная биологическая зрелость индивидуума наступает, как правило, к 25 годам, то его социальное развитие продолжается практически всю жизнь. Следовательно, в случаях нарушений биологических механизмов компенсации и адаптации (что и происходит

при хронической патологии) необходимо использовать и социальные механизмы).

Преодоление критических биопсихосоциальных ситуаций, связанных с последствиями травм или заболеваний, возможно только путем медико-социальной реабилитации, т.е. восстановления нарушенных или замещения утраченных способностей, а не функций организма.

Это тем более оправдано, что семантический смысл термина «реабилитация» заключается в возвращении («ре») способностей («абилитио»).

Основываясь на такой интерпретации медико-социальной реабилитации, как стратегического направления в сфере социальной безопасности, полагаем оправданным использование при этом в качестве базовой информации понятия «реабилитационный потенциал».

Являясь своеобразным позитивным противовесом клинико-функционального диагноза, реабилитационный потенциал представляет собой совокупность биологических возможностей, психологических устремлений и социальных способностей человека.

Биологические возможности характеризуются такими показателями как уровни соматического развития, психофизиологической выносливости, эмоционально-волевой устойчивости.

Психологические устремления выражаются в структуре потребностей, круге интересов, уровне притязаний.

Социальные способности определяются такими характеристиками как социальная активность, социально-бытовое положение, социально-экономический статус.

Многообразие количественных параметров и качественных характеристик реабилитационного потенциала и их взаимосвязей определяет необходимость использование при его оценке экспертных технологий в виде информационных систем с использованием семантического ключа типа «если..., и..., а также..., то..., а иначе...» и создание базы знаний и механизма логического вывода (знания+вывод=система) взамен программного обеспечения на основе базы данных (данные+алгоритм=программа). База знаний должна создаваться на основе принципов нечеткой логики с использованием коэффициентов уверенности и взвешивания свидетельств.

Реабилитационный потенциал является исходным моментом для развертывания процесса реабилитации, начинающегося после окончания лечения или при очевидном прогнозе невозможности устранения патологических изменений в организме больного.

Результатом медико-социальной реабилитации является увеличение степеней свободы относительно независимой жизнедеятельности в соответствии с реабилитационным потенциалом и с учетом реабилитационной готовности среды обитания. Использование клинических методов воздействия при этом возможно, но лишь в контексте достижения социально ощутимого эффекта и как сопровождающего средства.

Реабилитация является лишь начальным этапом процесса ресоциализации, вслед за которым следует этап ревалидизации, смысл которого заключается в доведении способностей до уровня и качества, соответствующих реабилитационному потенциалу реабилитируемого, и этап реинтеграции, направленный на достижение максимально возможной степени независимой (самообеспечивающей) жизнедеятельности.

Организационно-исполнительная модель системы представляется в виде многоуровневой схемы структурных образований, различающихся по разрешающей способности используемых реабилитационных технологий и административно-территориальному признаку:

- ♦ реабилитационные кабинеты (районный уровень);
- ♦ реабилитационные отделения (межрайонный уровень или уровень городов областного подчинения);

- ♦ реабилитационные центры (уровень субъектов Российской Федерации);
- ♦ реабилитационные комплексы (федеральный уровень).

Сама МСР, будучи составной частью системы охраны общественного здоровья (профилактика — диагностика — лечение — реабилитация) служит своеобразным связующим звеном между указанной системой и системой социальной безопасности населения, являясь профилактическим барьером на пути трансформации аварий биологических механизмов адаптации и компенсации в социальную девиантность или социальное небытие.

Резюме: предлагаемые концептуальные подходы дают основание рассматривать комплексную медико-социальную реабилитацию как самостоятельную область научной и практической деятельности на стыке нескольких сфер общественно-экономической формации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей. В.А.Епифанова, ред. М.: Медпресс-информ; 2005.
2. Назарова Е.Н., Жилов Ю.Д. Основы социальной медицины. М.: Академия; 2007.
3. Назарова Н.М., Аксенова Л.И., Архитов Б.А., Белякова Л.И. и др. Социальная педагогика. М.: Академия; 2010.
4. Осадчих А.И., Власов Я.В. Реабилитация инвалидов с двигательными нарушениями: комплексность, непрерывность, рациональность. В кн.: «Синдром верхнего мотонейрона». Самара: Самарское отделение Литфонда; 2005: 334-408.

5. Пухлак А.Э., Осадчих А.И., Шестопалов Н.П., Посошкова О.И. Качество жизни пожилого москвича: социальные и медицинские аспекты остеоартроза. М.: Медпрактика — М; 2009.
6. Чумаева Е.А. Исследование факторов риска инвалидизации лиц с офтальмопатологией. VII Съезд офтальмологов России. Тезисы докладов. М.: 1-4 июня 2005.
7. Hort S. The geography of comparative welfare state reseach: a comment Global Social Policy. 2005; 5: 14-7.

REFERENCES

1. Medical Rehabilitation: A Guide for Physicians. V.A.Epifanova, ed. Moscow: Medpress-inform; 2005 (in Russian).
2. Nazarova E.N., Zhilov Ju.D. The Basics of Social Medicine. Moscow: Akademiya; 2007 (in Russian).
3. Nazarova N.M., Aksenova L.I., Arhipov B.A., Beljakova L.I. et al. Social pedagogy. Moscow: Akademiya; 2010 (in Russian).
4. Osadchih A.I., Vlasov Ja.V. Rehabilitation of persons with mobility impairments: comprehensiveness, continuity, rationality. In: "Upper motor neuron syndrome". Samara: Samarskoe otделение Litfonda; 2005: 334-408 (in Russian).
5. Pihlak A.E., Osadchih A.I., Shestopalov N.P., Pososhkova O.I. The quality of life of the elderly Muscovite: social and medical aspects of osteoarthritis. Moscow: Medpraktika — M; 2009 (in Russian).
6. Chumaeva E.A. VII Research on risk factors of persons with disability ophthalmopathy. Congress of Russian ophthalmologists. Abstracts. Moscow: June 1-4 2005 (in Russian).
7. Hort S. The geography of comparative welfare state reseach: a comment Global Social Policy. 2005; 5: 14-7.

© СЬЮЗЕН МАРГАРЕТ ОЛИВЕР, 2013

УДК 616-051:616-002.77+616.711.741-082:614.2

*Сьюзен Маргарет Оливер**

РОЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ И МЫШЕЧНО-СКЕЛЕТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В XXI ВЕКЕ

Председатель постоянного комитета профессиональных медицинских работников Европейской антиревматической лиги (EULAR), Великобритания, 7 Trafalgar Lawn, Barnstaple, Devon. EX32 9BD

*Сьюзен Маргарет Оливер, E-mail: sue@susanoliver.com

♦ Все развитые страны Запада сталкиваются с большими проблемами, связанными с ростом требований к здравоохранению. Существует растущая потребность в развитии служб, способных обеспечить экономически эффективную медицинскую помощь неизменно высокого качества, предоставляемую специалистами высокой квалификации. Клиницисты, работающие в области ревматических и мышечно-скелетных заболеваний, будут сталкиваться с растущими требованиями, которые создадут потенциальную угрозу их способности предоставлять высококачественную медицинскую помощь, быстро реализуемую, но при этом экономически эффективную, соответствующую критериям XXI века. Страны Запада, имеющие хорошо развитую систему здравоохранения, уже начали процесс адресного ответа на эти вызовы, используя целый комплекс подходов, в частности, модернизацию служб, изменения в подготовке профессиональных работников среднего звена и больший фокус на адресном подходе к медицинской помощи пациентам. Модернизация медицинской службы часто использовала действующую рабочую силу на новых путях или пыталась повысить квалификацию и компетентность медицинских профессионалов (включая медсестер, физиотерапевтов, трудотерапевтов, врачей-ортопедов и психологов). Повышение роли профессиональных медицинских работников (ПМР) позволит врачам иметь дополнительное время и принимать важные диагностические и тактические решения применительно к сложным случаям. Эта статья рассматривает движущие силы изменений и проблемы, связанные с модернизацией службы для оптимизации медицинской помощи, то есть для обеспечения мощного мультидисциплинарного подхода к будущей медицинской помощи при ревматических и мышечно-скелетных заболеваниях (РМСЗ).

Ключевые слова: ревматические мышечно-скелетные заболевания, мультидисциплинарные бригады, профессиональные медицинские работники, адресная помощь, сфокусированная на пациенте и модернизация службы

S. M. Oliver

THE ROLE OF HEALTH PROFESSIONALS IN MEETING THE CHALLENGES OF HEALTHCARE — RHEUMATIC AND MUSCULOSKELETAL DISEASES IN THE 21ST CENTURY

Chair of the European League Against Rheumatism Health Professionals Standing Committee, 7 Trafalgar Lawn, Barnstaple, Devon. EX32 9BD, United Kingdom

♦ Developed countries throughout the western world face significant challenges in meeting rising demands for healthcare. There is a growing need to build services that offer a cost effective and consistent quality of care delivered by a highly skilled workforce. Clinicians working in the field of Rheumatic and Musculoskeletal Diseases will face increasing demands that potentially threaten their ability to deliver high quality care, prompt, yet cost effective care designed for the 21st Century. Countries