

УДК 364.4.046.6

Т. О. СЕРГА, Н. М. ЧЕРВОНЕНКО, Т. М. ЛУК'ЯНОВА

РОЗВИТОК ВЗАЄМОДІЇ СОЦІАЛЬНОЇ ТА МЕДИЧНОЇ СФЕРИ ЯК ВИМОГА СУЧАСНОГО СУСПІЛЬСТВА

Статтю присвячено дослідженню проблем вітчизняної галузі охорони здоров'я. На прикладі такого соціально зумовленого захворювання, як туберкульоз, запропоновано шляхи вдосконалення медичної допомоги хворим з використанням можливостей соціальної роботи. Результатом проведеного дослідження є наукове обґрунтування моделі соціальної служби стаціонарного медичного закладу.

Ключові слова: система охорони здоров'я, реформування, медико-соціальна допомога, туберкульоз, хворі на туберкульоз, кабінет консультування, соціальні послуги, медичні послуги, модель соціальної служби.

Становлення України як демократичної держави, відповідні перетворення в суспільстві потребують формування нової концепції державного управління галуззю охорони здоров'я, обґрунтування системи управління її складовими. Серед них особливе місце посідає система фінансування охорони здоров'я, яка є надзвичайно складною, значною за обсягом та впливом на ефективність діяльності галузі. В умовах формування ринкових відносин галузь охорони здоров'я в Україні, яка раніше була орієнтована на бюджетну підтримку й не мала необхідного позабюджетного потенціалу, потрапила в кризову ситуацію [1, с. 134–135]. Труднощі, що виникли, істотно позначились на діяльності всієї системи охорони здоров'я, регіональних органів управління охороною здоров'я, кожної лікувально-профілактичної установи, зрештою, на стані здоров'я всіх громадян.

Аналіз історії реформування вітчизняної медицини за роки незалежності нашої держави свідчить, що, незважаючи на численні спроби реформування, до сьогодні ані громадяни країни, ані медичні працівники так і не відчували реальних позитивних змін [6, с. 9].

Конфлікт між політичними партіями та економічними інтересами, протидія з боку медичної громадськості, відсутність консенсусу щодо курсу реформ, відсутність їх єдиного пакета, слабкість громадянського суспільства – все це стоїть на заваді змін [9, с. 7].

Однак, незважаючи на це, треба продовжувати пошук шляхів реформування системи охорони здоров'я України, фінансового забезпечення галузі й нових форм роботи з населенням країни, вивчати та адаптувати до наших умов досвід закордонних систем медичного страхування, застосовувати ширшу пропаганду здорового способу життя. Адже людина має бути найбільшою цінністю для держави. Саме пошук таких шляхів вирішення проблем охорони здоров'я населення України спільними зусиллями медичних та соціальних працівників і є об'єктом наукового дослідження.

Останніми роками розгорнулася активна робота з вивчення процесу реформування державної політики в галузі охорони здоров'я. Дослідників у цій галузі ще небагато, але чітко простежується тенденція підвищення інтересу до проблем державної політики, державно-управлінських рішень таких вітчизняних учених, як М. Білинська, Л. Жаліло, В. Леха, Я. Радиш, І. Солоненко та ін.

Низка авторів (А. Вязьмін, Д. Данко, Н. Комисова, В. Кучеренко, О. Лебединська, О. Новікова, Д. Ойхер, В. Сидоров та ін.) вважають, що сучасні проблеми різних груп населення, спричинені кризовими життєвими ситуаціями, можуть бути більш адекватно вирішені за умови злагодженої співпраці соціальних інститутів, особливо соціальної роботи й медицини, що передбачає комплекс взаємопов'язаних заходів із медико-соціальної допомоги сім'ї, колективу, особистості.

Упродовж останнього десятиліття також спостерігається значний інтерес українських науковців до проблеми становлення інституту медико-соціальної роботи загалом і підготовки фахівців до цього виду професійної діяльності зокрема (І. Булах, Л. Вакуленко, І. Грига, Н. Зимовець, Л. Кнодель, Г. Мешко, Г. Попович, С. Стеценко та ін.). Серед зарубіжних дослідників, які вивчають цю проблему, варто відзначити В. Бочарову, Дж. Донеллі, Б. Еріксона, Дж. Кінгстона, А. Козлова, М. Пейна, О. Стівенсона, Ю. Хеймінга, Є. Холостову, Ю. Шурігіну та ін.

Метою статті є розробка науково обґрунтованої моделі соціальної служби медичного закладу (на прикладі стаціонару КУ “Обласний тубдиспансер” Запорізької обласної ради).

Перш за все, на думку фахівців, система охорони здоров'я, як і інші сектори, повинна пристосовуватися й змінюватися, акцентуючи увагу на первинній медико-санітарній допомозі, зміцненні здоров'я та профілактиці хвороб, ще більше піклуючись про те, щоб надана допомога була орієнтована на людину [8].

Стратегія “Здоров'я-2020” ВООЗ визначає такий аспект, як одночасне надання медичної допомоги й соціального захисту. Це вимагає переорієнтації систем охорони здоров'я з винесенням на перший план таких напрямів роботи, як профілактика хвороб, безперервне поліпшення якості та комплексне надання послуг, забезпечення спадкоємності й безперервності в наданні допомоги, підтримка можливостей самодопомоги та максимальне, з урахуванням безпеки й економічної ефективності, наближення послуг до місця проживання пацієнта. Забезпечення загального охоплення послугами залишається зобов'язанням ВООЗ, як у глобальному масштабі, так і в межах політики “Здоров'я-2020”, разом із зобов'язанням зробити первинну медико-санітарну допомогу наріжним каменем системи охорони здоров'я в ХХІ ст. [14].

Усі ці завдання можна вирішити тільки за допомогою розвитку такого напрямку міжгалузевої взаємодії, як медико-соціальна допомога. При цьому акцент у роботі соціальної служби або соціальних працівників залежить від цілей і завдань структури охорони здоров'я, а також від потреб у галузі охо-

рони здоров'я. Загалом, соціальна робота відповідає за профілактику й пропаганду здорового способу життя. Такі соціальні служби при медичних установах стаціонарного типу набувають поширення в усіх країнах СНД.

На сьогодні процес виникнення медико-соціальних служб в Україні теж набирає обертів, але все ще йде дуже повільно. Ніхто вже не заперечує, що соціальний працівник допомагає у вирішенні різноманітних проблем (психологічних, соціально-побутових, юридичних, інформаційних тощо), допомагає хворому під час лікування і, тим самим, медичним працівникам, які менше відволікаються від процесу лікування.

Наприклад, соціальна служба функціонує в структурі таких загальноукраїнських медичних закладів обласного значення, як центри профілактики та боротьби зі СНІДом. Центри надають психологічну та соціальну підтримку, практичну допомогу ВІЛ-інфікованим. У них постійно функціонують тижневі курси для лікарів і середніх медичних працівників закладів охорони здоров'я області з медичних, соціальних та соціально-юридичних аспектів ВІЛ-інфекції.

Згідно з положеннями Посадової інструкції соціального працівника стаціонарного відділення, мета діяльності соціального працівника в Центрі профілактики та боротьби зі СНІДом – забезпечення соціального супроводу пацієнтів стаціонарного відділення. Тобто соціальний працівник стає необхідною ланкою у вирішенні багатьох проблем людей з хронічними захворюваннями.

Вивчивши приклади діяльності соціальних працівників у різних медичних установах (як українських, так і зарубіжних), ми спрямували подальші дослідження на виявлення доцільності й необхідності соціальної допомоги людям, що страждають від такої соціальної загрози, як туберкульоз (далі – ТБ).

Цей вибір зумовлений тим, що поширення туберкульозу становить загрозу національній безпеці країни та є однією з причин втрати працездатності, здоров'я, інвалідизації й смертності населення, що свідчить про проблеми бідності, соціальної нерівності та потребує постійного збільшення обсягу видатків з державного бюджету [11].

Україна належить до країн Європейського регіону з високим рівнем захворюваності на туберкульоз (понад 30 випадків на 100 тис. населення). За підсумками 2014 р. цей показник в Україні становить 59,5 випадку на 100 тис. населення, з урахування нових випадків та рецидивів – 70 випадків на 100 тис. населення, а за розрахунковими даними ВООЗ – 96 [випадків] на 100 тис. населення. До того ж, більшість випадків так званих рецидивів туберкульозу – це випадки повторного виникнення захворювання внаслідок ураження іншими штамами мікобактерій туберкульозу [10; 13].

Особливою проблемою України є мультирезистентні форми туберкульозу. Кількість пацієнтів із мультирезистентними формами туберкульозу щороку зростає. Існує загроза, що ця епідемія “перекриє” епідемію чутливого до лікування туберкульозу.

За попередніми даними, понад 23% нових випадків туберкульозу в Україні – мультирезистентні форми. Але, за офіційною статистикою, лише

19%. Так само серед повторних випадків – 58,7%, за даними досліджень, і лише 46%, за офіційними даними. Тобто тут маємо проблему з виявленням хворих, і тут прихована рушійна сила епідемії, проти якої потрібно спрямувати всі зусилля [10].

Соціально-економічна ситуація, що склалася в Україні, спонукає до кардинальних змін як у системі надання послуг, так і в підходах до пацієнта:

- лікування всіх хворих на ТБ та їх соціальна підтримка;
- спільні заходи боротьби з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ;
- профілактичне лікування й вакцинація;
- залучення адекватних ресурсів;
- участь громадянського суспільства тощо.

Як повідомляють провідні фтизіатри, найбільша проблема – мотивувати пацієнта, щоб він відвідував лікаря, регулярно приймав ліки (насамперед, це стосується соціально дезадаптованих осіб). У світі не вигадали кращого стимулу, аніж соціальна підтримка таких хворих: їм видають продуктові пайки, проїзні квитки, товари першої необхідності (адже більшість цих людей живуть за межею бідності).

На загальнодержавному рівні в Україні такої підтримки немає, бо це додаткові кошти. У чинній державній програмі боротьби з туберкульозом передбачено соціальну підтримку за рахунок місцевих бюджетів, але далеко не в усіх областях країни змогли із цим завданням впоратися і знайти спонсорів: у потужних промислових регіонах це зробити легше, а в сільськогосподарських областях – непросто. Можна організувати лікування хворих на ТБ у санаторіях (в Україні багато з них простоюють), але на це також потрібні кошти [10].

Значний вплив на епідеміологічну ситуацію з туберкульозу мають соціальні фактори, які погіршують виявлення хворих і організацію їх лікування за відсутності оптимальних соціально-медичних заходів [3, с. 37–40].

Найперспективнішими з погляду досягнення ефективності протитуберкульозної хіміотерапії є хворі на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТЛ). Серед них соціально незахищені верстви населення становлять 86–92% випадків у різних регіонах нашої країни. Серед них працюючі працездатного віку, мігранти, пенсіонери, особи, які повернулися з місць позбавлення волі та без постійного місця проживання, становлять 65–80%. При цьому 25–30% хворих на ВДТЛ ставляться до лікування негативно, а 10–15% – припиняють його взагалі [7].

Причинами такого негативного безвідповідального ставлення до свого здоров'я є низький рівень культури населення, деградація особистості, що пов'язано з недостатньою турботою про людину, зневагою до особистості, зниження якості життя. Усе це призводить до пригніченості, незадоволення життям, недовірливості, прихильності деяких осіб до саморуйнування [12]. Таким чином, простежується тісний зв'язок поширення епідемії туберкульозу з рівнем соціально-економічного благополуччя (то-

чніше – неблагополуччя) населення. Саме тому нам здається абсолютно неможливим вирішення цієї проблеми без залучення в цей процес соціальної допомоги.

Як відомо, лікування ТБ є найважливішою невід’ємною ланкою в розриві епідеміологічного ланцюга, щоб досягти усунення специфічного процесу та відновлення працездатності й соціального статусу хворого [3].

Відомим способом формування відповідального ставлення хворих на туберкульоз до лікування є непереривне медико-соціальна просвіта хворих, що дає змогу пацієнтам та їх родичам отримати нові знання й сформувати практичні навички дотримання санітарно-гігієнічного режиму, дієти, поведінки в медичному закладі, вдома та в інших місцях.

Соціальна підтримка хворих на туберкульоз також дає змогу додатково стимулювати продовжувати лікування. Вона засновує систему матеріальних факторів, які заохочують хворого виконувати лікарські призначення.

Соціальна підтримка знижує ймовірність дострокового припинення хіміотерапії серед хворих, що зловживають алкоголем, в 7,1 разу, одиноких пацієнтів – в 8,7 разу, тих, хто не має роботи, – у 8,8 разу. У групах пацієнтів, які отримують соціальну підтримку, ефективність терапії вище та становить 93% [2].

За даними досліджень, туберкульоз призводить до зміни структури особистості, втрати віри у виживання [4, с. 15]. Причинами таких змін є дефіцит інформації та наявність дезінформації, що призводить до стигматизації хворих, а це створює перепони для адекватної хіміотерапії. Інформаційно-просвітницька робота з пацієнтами є способом формування відповідального ставлення до лікування [2]. Але традиційної системи медико-соціальної освіти хворих на ТБ недостатньо, що зумовлює пошук нових підходів до ведення інформаційної роботи.

Соціальні працівники, що не мають медичної освіти, працюючи з хворими на туберкульоз, мають бути знайомі з причинами виникнення цього захворювання, особливостями перебігу, патогенезу, профілактикою, реабілітаційним курсом тощо. Так, наприклад, до програми ряду вишів і коледжів у підготовці кадрів за фахом “Соціальна робота” для установ охорони здоров’я включено розділ “Медико-соціальна допомога пацієнтам на різні захворювання: цукровий діабет, серцево-судинна і психіатрична патологія, туберкульоз, ВІЛ/СНІД та інші”. Ця інформація їм необхідна для роботи та здійснення санітарно-просвітницьких бесід з тією чи іншою категорією хворих та їх близьким оточенням.

Для підвищення ефективності лікування хворих на туберкульоз паралельно з повноцінним антибактеріальним лікуванням необхідно розробляти та впроваджувати комплекс заходів соціально-психологічної підтримки для підвищення мотивації хворих на туберкульоз до контрольованого лікування.

Як виглядає ситуація з упровадженням цих принципів у процес боротьби з туберкульозом на місцях?

Світовий досвід свідчить, що для усунення проблем, пов'язаних з туберкульозом, необхідно забезпечити реалізацію державної політики у сфері профілактики, своєчасного виявлення й лікування хворих шляхом об'єднання зусиль органів державної влади та громадськості [11].

Згідно із Законом України “Про місцеве самоврядування в Україні” [5], та з метою надання якісної медичної допомоги хворим на туберкульоз, рішенням Запорізької обласної ради № 17 від 26.07.2012 р. затверджено Цільову соціальну програму протидії захворюванню на туберкульоз у нашій області на 2012–2016 рр., бо показники захворюваності й смертності від туберкульозу в Запорізькій області значно переважають загальні по Україні – відповідно 64,4 та 16,2 на 100 тис. населення.

Основною метою цієї програми є зниження рівня захворювання на туберкульоз, поширеності поєднаної патології ТБ/ВІЛ та відсотка розвитку хіміорезистентного туберкульозу шляхом зниження захворюваності на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ і смертності від цієї недуги, підвищення ефективності лікування нових випадків захворювання на туберкульоз, зниження кількості випадків повторного лікування та перерваного лікування.

Значну роль у міжвідомчій координації щодо проведення протитуберкульозних заходів відіграє Обласна координаційна рада при Запорізькій обласній державній адміністрації. Питання міжвідомчої координації з виконання Обласної програми протидії захворюванню на туберкульоз розглядають 4 рази на рік.

У Запорізькій області визначено такі завдання:

- організувати адресну соціальну підтримку вперше виявленим хворим туберкульозом на всіх етапах лікування (у вигляді продуктових і гігієнічних наборів, безкоштовного проїзду, юридичної допомоги тощо);
- забезпечити психологічну підтримку хворим (навчити медперсонал міжособистісного спілкування й консультивання хворих);
- безперервно проводити медико-соціальну просвіту серед хворих та їх родичів;
- створити комфортні умови для хворих у протитуберкульозних стаціонарах.

Ще в 2006 р. протитуберкульозною службою була підготовлена Програма формування у хворих на туберкульоз стимулів до лікування.

Ця програма включала:

- фінансування за позабюджетні кошти організації чотирьох кабінетів консультивання, навчання і соціально-психологічної підтримки пацієнтів;
- компенсацію вартості проїзду на електротранспорті (у вигляді проїзних квитків) до медичної установи і назад для пацієнтів, хворих на ТБ;
- безкоштовний проїзд для медичних працівників, що беруть участь у проведенні контрольованої терапії.

З 2006 р. в області відкрито вісім кабінетів консультування (КК), навчання й соціально-психологічної підтримки хворих на туберкульоз у таких закладах:

- Обласна туберкульозна лікарня;
- Бердянський протитуберкульозний диспансер;
- Мелітопольський протитуберкульозний диспансер;
- 4 міських ПТБ диспансери в Запоріжжі (№ 1, 2, 3 і 4);
- КУ “Обласний тубдиспансер” ЗОР.

З хворими на всіх етапах лікування в кабінетах працюють спеціально підготовлені медичні працівники.

Ідея відкриття таких кабінетів належить О. І. Ахтирському, який перейняв досвід медико-соціальної роботи в протитуберкульозних установах Латвії та Естонії й на той час займав посаду головного лікаря КУ “Обласний тубдиспансер” ЗОР.

Кабінети відкриті за рахунок посад інших структурних підрозділів у межах загального штатного розкладу та фонду оплати праці туберкульозних установ, оскільки наказом Міністерства охорони здоров’я України “Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров’я” № 33 від 23.02.2000 р. штатними нормативами їх організація не передбачена.

За позитивними результатами роботи КК за період 2007–2009 рр., протитуберкульозна служба Запорізької області довела доцільність їх відкриття, і на початку 2010 р. МОЗ України дало Запорізькій області письмову згоду на функціонування КК як “пілотному проекту” з подальшим упровадженням їх досвіду в інші регіони України.

КК обладнані за рахунок коштів міжнародної організації “Програми оптимальних технологій в охороні здоров’я” (РАТН) та позабюджетних коштів благодійних фондів. КК оснащені комп’ютерами, телевізорами, відеомагнітофонами та просвітницькою літературою.

Міжнародна організація РАТН підготувала медичний персонал з комунікації й міжособистісного спілкування та консультування хворих (медичні працівники КК пройшли курси навчання). З метою підвищення у хворих мотивації до тривалого та ефективного лікування в КК хворі на туберкульоз отримують необхідну інформацію про захворювання та лікування, психологічну й соціальну допомогу. Працівники КК надають допомогу пацієнтам в оформленні документів, відновленні втраченої реєстрації місця проживання; психологічну підтримку хворим та їх родичам на всіх етапах лікування; консультативну допомогу членам сім’ї хворого: інформацію з особливостей перебігу, лікування та профілактики туберкульозу.

У довідці за 2014 р. “Про стан виконання Цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз у Запорізькій області на 2012–2016 роки” зазначено, що продовжується надання адресної соціальної допомоги безпритульним громадянам та особам, звільненим з місць позбавлення волі, хворим на туберкульоз, які перебувають на амбулаторному етапі лікування.

За 2014 р. видано по 1860 продуктових та гігієнічних наборів. Щомісячно адресну допомогу отримували в середньому 206 осіб хворих на туберкульоз. У КК протягом 2014 р. отримали медико-соціальну консультацію 2286 хворих на туберкульоз, з них 65,8% – це ті, що захворіли вперше.

Працівники міських КК тісно співпрацюють з такими організаціями, як Запорізький обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді; Запорізьке обласне Товариство Червоного Хреста України; Запорізький обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом; громадськими організаціями, благодійними фондами, Українською православною церквою тощо.

КУ “Обласний тубдиспансер” ЗОР є центральною ланкою в системі боротьби з туберкульозом у Запорізькій області. Це спеціалізована лікувально-профілактична й організаційно-методична установа, що здійснює керівництво та проведення протитуберкульозних заходів серед населення, забезпечуючи ранню діагностику, лікування, профілактику туберкульозу.

Протитуберкульозний диспансер налічує сім відділень: три з них – це легеневі терапевтичні відділення, хірургічне, відділення позалегенового туберкульозу, інтенсивної терапії та анестезіології (реанімація), дитяче відділення. Усього 510 лікарняних ліжок, тобто саме стільки пацієнтів може перебувати одночасно в диспансері.

За пропозицією КК у стаціонарі було організовано “Фонд невідкладної допомоги”. Кошти Фонду формуються за рахунок внесків благодійників, приватних внесків окремих осіб, пожертвувань прихожан лікарняної православної церкви на ім'я Св. Прав. Іоанна Кронштадтського. Кошти цього Фонду використовують тільки на придбання медикаментів для симптоматичного лікування хворих на туберкульоз.

Аналіз роботи кабінету консультування в КУ “Обласний диспансер” ЗОР за даними “Журналу обліку первинних хворих” та “Журналу обліку вторинних і групових консультацій” показав, що певна кількість пацієнтів диспансеру потребує соціальної допомоги. Так, у першому кварталі 2015 р. з 196 осіб відділення ВДТЛ 23,5% пацієнтів потребували цієї допомоги, і вона була надана в такому обсязі, як показано в табл. 1.

Таблиця 1

Види соціальної допомоги пацієнтам диспансеру (I кв. 2015 р.)

Види соціальної допомоги	Суб'єкти надання соціальної допомоги	Пацієнти, які отримали соціальну допомогу (кількість осіб)
1	2	3
Одяг, взуття	Волонтери Товариства Червоного Хреста	15
Пошук родичів	Працівники КК	7
Оформлення паспортів	Працівники КК через територіальний центр	11
Оформлення реєстрації	Працівники КК через територіальний центр	8

Продовження табл. 1

1	2	3
Оформлення матеріальної допомоги	Працівники КК через соціальні служби районів, міст, області	12
Надання додаткової медикаментозної допомоги	Православна церква; благодійники	27
Оформлення групи інвалідності	Працівники КК	2
Оформлення дітей санаторії на період лікування батьків	Працівники КК	3

З вищевикладеного видно, що найважливішим та терміновим в умовах стаціонару є надання додаткової медикаментозної допомоги, для якої не передбачено бюджетне фінансування, але вона є невідкладною під час лікування.

Зазначимо, що такі нові форми медико-соціальної допомоги, як консультування пацієнтів і соціально-психологічна підтримка хворих на туберкульоз, – необхідні чинники в подоланні цієї небезпечної недуги.

Для емпіричного обґрунтування необхідності соціальної складової в діяльності таких медичних установ нами проведено соціологічне дослідження в КУ “Обласний тубдиспансер” ЗОР, метою якого було виявлення громадської думки медичних працівників та пацієнтів закладу щодо проблеми медико-соціальної допомоги стаціонарним хворим на туберкульоз.

Вивчення громадської думки – важливий аспект роботи під час дослідження будь-якого соціального явища. Найбільш поширеною й важливою формою збору даних є опитування. Крім того, ознайомлення зі ступенем обізнаності людей щодо певної проблеми, у нашому випадку – соціальної допомоги хворим на туберкульоз, – перший етап дослідження цієї проблеми, а в подальшому – надійний спосіб оптимізації моделі соціальної служби в КУ “Обласний тубдиспансер” для її вирішення.

Генеральною сукупністю дослідження є цільовий сегмент – хворі на туберкульоз, керівники та фахівці системи охорони здоров’я (лікарі, медичні сестри).

Кількість експертів, що необхідна для проведення досліджень у середовищі фахівців, розрахована за формулою:

$$n = \frac{N}{1 + 0.015 \cdot N},$$

де n – кількість респондентів;

N – кількість фахівців.

У КУ “Обласний диспансер” ЗОР працює 52 лікарі. Отже, для опитування досить залучити 30 осіб з боку фахівців диспансеру. Для більш розширеної вибірки з боку медичних працівників ми анкетували й старших медичних сестер шести відділень цього медичного закладу. Тобто загальна

кількість фахівців – 36 осіб. Вибірка респондентів-медичних працівників є репрезентативною для КУ “Обласний тубдиспансер” ЗОР.

Оскільки опитувати пацієнтів дитячого та реанімаційного відділень неможливо (їх кількість становить 90 осіб), вони були вилучені з дослідження (510 – 90 = 420 осіб). Кількість респондентів серед пацієнтів – 58 осіб, але в анкетуванні фактично взяли участь 64 особи. Одна анкета визнана недійсною.

Враховуючи обмежений формат статті, ми не будемо наводити результати анкетування окремо першої групи респондентів та окремо – другої, а надамо результати порівняльного аналізу опитування обох груп респондентів, що, на наш погляд, цікавіше.

При порівнянні відповідей усіх респондентів (ми поділили їх на три групи: лікарі, медичні сестри та пацієнти) на запитання “Як Ви вважаєте, для оптимізації медико-соціальної допомоги стаціонарним хворим диспансеру, потрібні такі фахівці, як лікар, медична сестра, психолог, юрист, соціальний працівник, священник?”, можна зробити такий висновок: у всіх групах респондентів необхідності присутності соціального працівника в диспансері віддано більшу перевагу (відповідно групам респондентів: 60%: 83,3%: 31,7%). Потребу наявності психолога в штаті диспансеру респонденти поставили на друге місце (46,7%: 83,3%: 30,2%), потребу юриста – на третє місце (36,7%: 33,7%: 31,7%), необхідність присутності священника посідає четверте місце. Медичний персонал (лікарі та медичні сестри) значно більше наголошує на присутності соціального працівника в штаті диспансеру (60% та 83,3%), аніж хворі (31,7%).

Щодо аналізу запитання анкети про потребу соціального працівника в кожному відділенні стаціонару, то пацієнти вважають, що в їх відділенні обов’язково повинен бути соціальний працівник (61,9%), тоді як показники відповідей медичного персоналу на це питання майже в два рази менше.

Порівняння відповідей на запитання про першочерговість послуг свідчить, що найважливішими немедичними послугами для пацієнтів, на думку медичних працівників, є по-перше, соціальні, по-друге, психологічні, по-третє, побутові та юридичні. Водночас пацієнти приділяють побутовим послугам більше уваги, ніж психологічним, і їх ланцюг пріоритетності має такий вигляд: соціальні – побутові – психологічні – юридичні. Тобто медичні працівники впевнені, що успіх лікування певною мірою залежить від психологічного стану хворого, тоді як пацієнта більш турбує інше. Хоча побутові проблеми, поза сумнівом, негативно впливають на їх психологічний стан, а це, у свою чергу, негативно впливає й на процес лікування.

Щодо змісту психологічних послуг, то лікарі віддають значну перевагу необхідності психологічної бесіди (83,3%), а пацієнти – тільки 49%. Також дослідження показало, що хворим на туберкульоз необхідне юридичне консультування (38,8%).

Порівняння відповідей респондентів (лікарі та пацієнти) на запитання про потребу в різних видах соціальних послуг для пацієнтів стаціонару свідчить про те, що вони приділяють першочергову увагу наданню матеріальної допомоги. У лікарів на першому місці стоїть соціально-профілактична направленість цих послуг, а в пацієнтів дуже малий відсоток цього вибору (70,0% і 17,5% відповідно), тобто останні не розуміють значущості соціально-профілактичного напрямку послуг. Це говорить про обмеженість і неперспективність поглядів пацієнтів і їх концентрацію на матеріальних ресурсах.

Таким чином, за результатами вивчення зарубіжного досвіду [8], аналізу роботи КК у стаціонарі та соціологічного дослідження, проведеного на базі КУ “Обласний тубдиспансер” ЗОР, розроблено схематичну модель соціальної служби медичної установи.

Щодо запропонованої структури соціальної служби, то вона може бути створена на базі вже існуючого кабінету консультування хворих та мати вигляд мультидисциплінарної команди відповідно до поданої схеми (рис. 1). Взаємодію соціальної служби КУ “Обласний тубдиспансер” ЗОР із зовнішніми службами та організаціями відображено на рис. 2.

Модель соціальної служби диспансеру розглянемо детальніше відповідно до запропонованої схеми (рис. 3).

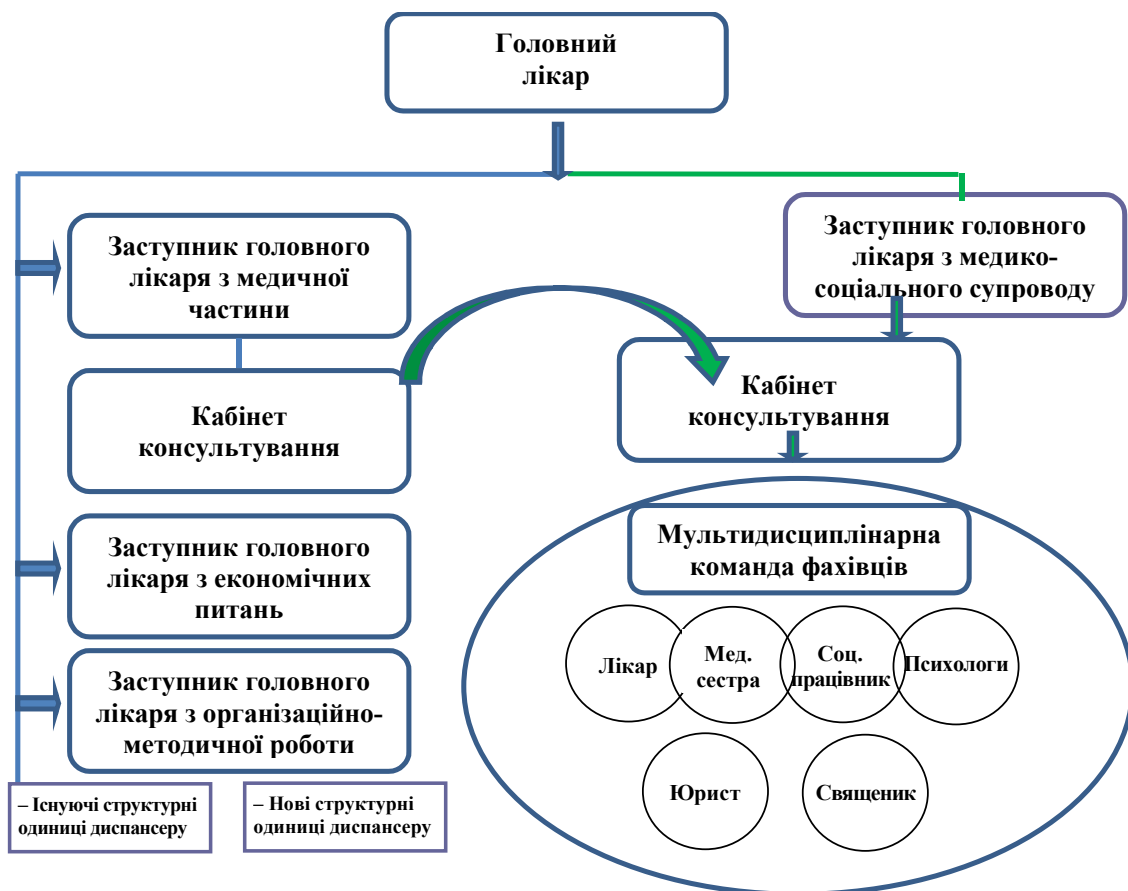


Рис. 1. Соціальна служба в структурі КУ “Обласний тубдиспансер” ЗОР



Рис. 2. Спільна робота соціальної служби КУ "Обласний тубдиспансер" ЗОР із зовнішніми службами та організаціями

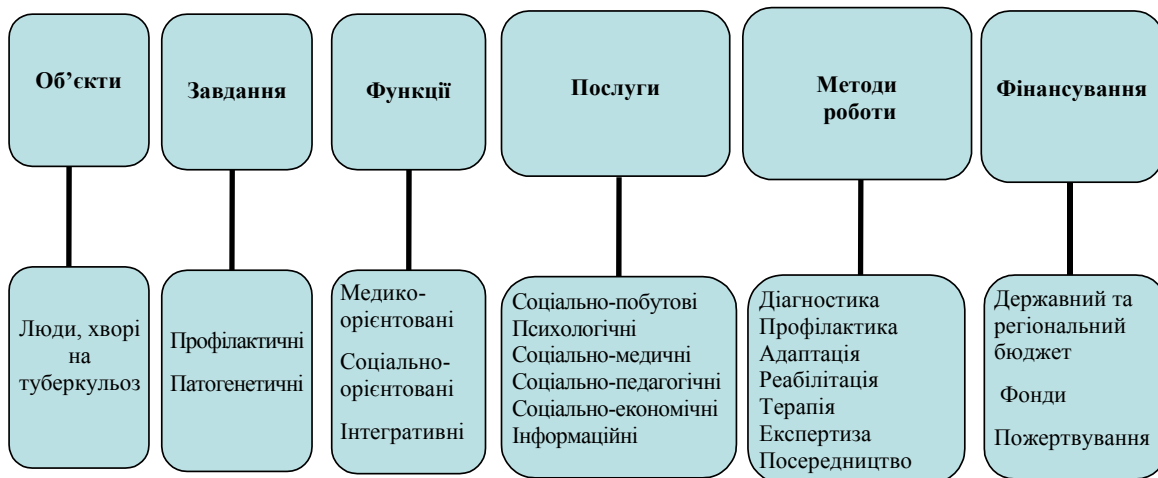


Рис. 3. Модель соціальної служби в КУ "Обласний тубдиспансер" ЗОР

Мета соціальної служби – досягнення максимально можливого рівня здоров'я, функціонування та адаптації осіб хворих на туберкульоз.

Майже всі фахівці медико-соціальної роботи в системі охорони здоров'я погоджуються з її засновником А. В. Мартиненком, який поділяє її споживачів на п'ять умовних груп [8]. Усі ці групи присутні серед пацієнтів КУ "Обласний тубдиспансер" та виявлені в процесі нашого емпіричного дослідження, вони можуть бути розподілені так:

I група – інваліди;

II група – хворі з явними соціальними проблемами (безробітні);

III група – часто й довго хворі (лікування туберкульозу проходить від 6 до 20 місяців);

IV група – члени їх сімей, близькі, родичі;

V група – група підвищеного ризику захворюваності (ПНН, ЛЖВ тощо).

Але чіткого розподілу хворих на туберкульоз на такі групи немає, бо, наприклад, безробітні, особи без постійного місця проживання (II група) одночасно можуть належати до V групи – особи з явними ознаками тютюнопаління, алкоголізму, наркозалежності. Особи з III та IV груп можуть належати до групи осіб підвищеного ризику захворюваності на туберкульоз.

Залежно від того, до якої групи належать хворі, може мінятися медико-соціальна робота. Класики соціальної роботи в системі охорони здоров'я умовно поділяють її на дві складові: профілактичного та патогенетичного напрямку. Профілактичний напрям передбачає, що соціальний працівник використовує загальноприйняті технології спеціаліста з соціальної роботи. Патогенетичний напрям – переважно встановлений у системі охорони здоров'я тієї чи іншої патології людини. Медико-соціальну роботу патогенетичного напрямку проводять з метою втручання в патогенетичний ланцюг захворювання на туберкульоз на різних його етапах.

Медико-соціальна робота профілактичного напрямку в КУ “Обласний тубдиспансер” повинна мати просвітницький, профілактичний і консультативний характер. Особливістю медико-соціальної роботи є те, що вона перебуває на межі двох самостійних сфер діяльності: медицини та соціального захисту населення. Тому лікарю й соціальному працівнику важко розмежувати окремі функції своєї діяльності: медико-орієнтовані, соціально-орієнтовані, інтегративні.

Функції, які повинен виконувати соціальний працівник у стаціонарних відділеннях, залежать від того, яку патологію має споживач соціальних послуг. Для цього повинна бути розроблена функціональна посадова інструкція, яка складається з таких розділів: загальні положення, завдання й обов'язки, права, відповідальність, взаємозв'язки за посадою.

Послуги, яких потребують пацієнти, розподіляються на групи (відповідно до Закону України “Про соціальні послуги”): соціально-побутові; психологічні; соціально-медичні; юридичні (правові); соціально-педагогічні; соціально-трудова; соціально-економічні; інформаційні тощо.

Щодо форм і методів роботи з хворими на туберкульоз, то вони є загальними в системах охорони здоров'я та соціального захисту населення. Крім цього, соціальний працівник у теперішніх умовах повинен у своїй роботі керуватися холістичним підходом, враховуючи особливості хворого на туберкульоз.

Фінансування соціальної служби – бюджетні (державні та регіональні), позабюджетні кошти, що надходять від цільових соціальних фондів,

благодійних вітчизняних і міжнародних фондів, благодійні внески, пожертвування й інші джерела, не заборонені законом.

Висновки. Характеризуючи сучасний стан системи охорони здоров'я України, слід наголосити, що вона перебуває в кризовій ситуації й потребує негайного реформування в усіх напрямках. Слід визначити складність упровадження реформ на всіх рівнях життя цієї галузі, оскільки сучасне політичне, економічне, соціальне становище нашої країни вкрай тяжке. Незважаючи на всі ці фактори, проводити таке реформування потрібно й доцільно, адже основним об'єктом системи охорони здоров'я є здоров'я людини.

Розгляд організації медико-соціальної допомоги в медицині свідчить, що соціальна робота в системі охорони здоров'я відповідає за профілактику й пропаганду здорового способу життя, упроваджує необхідні соціальні технології в роботі з людьми, які потрапили в тяжку життєву ситуацію, надає консультативну допомогу в низці питань соціального напрямку. Тобто соціальний працівник стає необхідною ланкою у вирішенні багатьох проблем людей з різною патологією.

Аналіз існуючих даних із питання патології туберкульозу показав, що ця хвороба є не лише медико-біологічною проблемою, зумовленою взаємодією між організмом людини та збудником, але й проблемою соціальною. Соціальні чинники істотно впливають на ендемію туберкульозу загалом і серед окремих груп населення зокрема.

Вивчення та аналіз організації медико-соціальної допомоги хворим на туберкульоз показав, що для вирішення проблеми захворювання на туберкульоз у Запорізькій області залучені технології соціальної профілактики населення та соціальної адаптації людей, хворих на туберкульоз.

На основі проведеного соціологічного дослідження методом аналізу документації та анкетування медичних працівників і пацієнтів стаціонару КУ "Обласний тубдиспансер" ЗОР з'ясовано, що майже всі хворі стаціонарних відділень дезадаптовані, мають проблеми медичного, психологічного, побутового, деякі – юридичного характеру.

У своїх відповідях більшість респондентів обох груп підтвердили наші гіпотези щодо актуальності соціальної допомоги для людей, хворих на туберкульоз. Аналіз результатів анкетування довів, що соціальний працівник повинен бути в кожному відділенні стаціонару, що для пацієнтів диспансеру першочерговими є саме соціальні послуги, а також показав необхідність мультидисциплінарної команди фахівців для вдосконалення медико-соціальної допомоги хворим на туберкульоз в умовах стаціонару.

У результаті дослідження запропоновано модель соціальної служби для КУ "Обласний тубдиспансер" ЗОР, яка за умови реалізації може зменшити рівень загрози проблеми туберкульозу в Україні.

Список використаної літератури

1. Авраменко Н. В. Державна соціальна політика в галузі охорони здоров'я України / Н. В. Авраменко // Економіка та держава. – 2011. – № 3. – С. 134–135.
2. Богородская Е. М. Мероприятия по формированию у больных туберкулезом стимулов к выздоровлению и соблюдению режима химиотерапии / Е. М. Богородская, И. Д. Данилова, О. Б. Ломакина // Пробл. туберкулеза. – 2007. – № 3. – С. 46–64.
3. Васильева А. М. Туберкулез, как медико-социальная проблема / А. М. Васильева, С. С. Меметов, О. В. Назарец // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. – 2003. – № 4. – С. 37–40.
4. Веро М. Психологические факторы при заболевании туберкулезом / М. Веро // Новости медицины и фармации. – 2007. – Вып. 220. – № 14. – С. 15.
5. Про місцеве самоврядування в Україні : Закон України // ВВР України. – 1997. – № 24. – С. 170.
6. Канаровська Л. Гіркий присмак нових реформ. / Л. Канаровська // Ваше здоров'я. – 2015. – № 13–14. – С. 9.
7. Лукина А. М. Организация диспансерного наблюдения и лечения социально-дезадаптированных больных туберкулезом органов дыхания : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. М. Лукина. – Москва, 2007. – 18 с.
8. Мартыненко А. В. Теория и практика медико-социальной работы / А. В. Мартыненко. – Москва : Гардарики, 2007. – 159 с.
9. Олійник А. Нові реформи – старт, фініш чи переправа? / А. Олійник // Ваше здоров'я. – 2015. – № 7–8. – С. 7.
10. Павлова О. Бікфордів шнур мультирезистентного туберкульозу / О. Павлова, А. Славуцький, В. Мельник // Ваше здоров'я. – 2015. – № 15–16. – С. 12–13.
11. Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки : Закон України // ВВР України. – 2013. – № 49. – С. 685.
12. Соловей С. Д. Социально-психологическая характеристика впервые выявленных больных туберкулезом легких (по материалам ГУЗ ЛО “Зеленохолмская туберкулезная больница”) / С. Д. Соловей // Сб. науч. трудов. – Санкт-Петербург, 2005. – С. 271–284.
13. Шелепко С. Нові схеми лікування резистентного туберкульозу – надія на виживання для хворих в Україні і світі / Світлана Шелепко // Аптека. – 2015. – № 21. – С. 10.
14. Якаб Ж. Политика “ЗДОРОВЬЕ – 2020” в поддержку здоровья и развития в современной Европе [Электронный ресурс] / Ж. Якаб, С. Агис. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/578/30/lang,ru/>.

Стаття надійшла до редакції 11.12.2015.

Серга Т. А., Червоненко Н. М., Лукьянова Т. Н. Развитие взаимодействия социальной и медицинской сферы как требование современного общества

Статья посвящена исследованию проблем отечественного здравоохранения. На примере такого социально обусловленного заболевания, как туберкулез, предложены пути совершенствования медицинской помощи больным с использованием возможностей социальной работы. Результатом проведенного исследования является научное обоснование модели социальной службы стационарного медицинского учреждения.

Ключевые слова: система здравоохранения, реформирование, медико-социальная помощь, туберкулез, больные туберкулезом, кабинет консультирования, социальные услуги, медицинские услуги, модель социальной службы.

Serga T., Chervonenko N., Lukyanova T. Development of Interaction of Social and Medical Field as a Requirement of Modern Society

With the formation of market relations in the health sector Ukraine fell into crisis. Difficulties encountered, significantly affected the activity of the entire health system. She was not able to provide quality health services and deal with serious challenges of our time, as the spread of socially conditioned diseases. Finding ways to solve the health of the population of Ukraine due to joint efforts of medical and social workers, and is the object of scientific study.

In recent years, the trend is clearly increasing interest in public policy, public management decisions of some domestic scholars. Several authors believe that the current problems of different groups caused the crisis life situations can be more adequately addressed by coordinated cooperation provided social institutions, especially social work and medicine. During the last decade, there is also considerable interest to researchers of domestic problems of the institute of medical and social work.

The study is the development of science-based models of social service medical institution (for example, hospital communal institution “Oblast TB clinics” Zaporizhzhya Regional Council).

According to experts, the health system must adapt and change, focusing on primary health care, health promotion and disease prevention, even more worrying that the assistance provided was oriented to person. These problems can be solved only by means of such direction intersectoral collaboration, both medical and social assistance.

After examining examples of social workers in different health facilities, both domestic and foreign, further research has focused on identifying the need and feasibility of social care for people suffering from social threats such as tuberculosis. For empirical justification for the social component in activities like medical facilities, a sociological study in communal institution “Oblast TB clinics”, which aimed to identify public opinion of health workers and patients about the problem of school health and social care inpatients with tuberculosis.

Social work in the health system responsible for the prevention and promotion of healthy lifestyles, implementing social technologies are needed to work with people who are in difficult life situation takes advice in a number of social direction.

The study found that the social worker should be in every department of a hospital, clinic patients that priority is social services and showed the need for multi-disciplinary team of experts to improve health and social care for TB patients in the hospital.

The results of theoretical and empirical research, has developed a graphical schematic model of social service medical facility.

Key words: *health care system, reform, medical and social assistance, tuberculosis, TB patients, counseling office, social services, health services, social service model.*