Теоретические предпосылки социологического анализа профессиональной деятельности социальных работников участвующих в оказании медико–социальной помощи

Королев М.А.

Важнейшим направлением медико-социальной работы является медико-социальная помощь. Медико-социальная работа рассматривается как стратегия развития медико-социальной помощи нуждающимся в ней гражданам в современных условиях. Включение социальных работников в систему здравоохранения при успешном их взаимодействии с медиками создает условия для дальнейшего развития систем здравоохранения и социального обслуживания, разработки инновационных программ в этих сферах и повышению качества оказания медико-социальных услуг.
Ключевые слова: социальная работа, медико-социальная работа, медико-социальная помощь, социальный работник, здравоохранение.

Korolev M.A.

Theoretical foundations for sociological analysis of professional activity of social workers taking part in rendering medical-social assistance

The most important direction of medical-social work is medical-social assistance. Medical-social work is reviewed as a strategy of development of medical-social assistance to those in need in modern conditions. Including a social workers in health care system with successful interaction with doctors create conditions for further development of heath care system and social service system, development of innovative programs within these areas systems and improve the quality of rendering medical-social services.
Keywords: social work, medical-social work, medical-social assistance, social worker, health care.

Рассмотрение взаимосвязанных проблем медицинского и социального характера, а также роли социальной работы в осуществлении медико-социальной помощи населению требует изучения медико-социальной работы как ключевого направления развития социальной работы, и как вида профессиональной деятельности, в целом.

Социальная работа представляет собой разновидность профессиональной деятельности «по оказанию помощи инвалидам, людям без определенного места жительства, пожилым людям, семьям, группам в реализации их социальных прав и в компенсации физических, психических, интеллектуальных, социальных и иных проблем, препятствующих полноценному социальному функционированию личности».[1] При этом, как отмечает С. И. Оспанов, имея своим объектом наиболее сложные социальные группы, специалисты в области социальной работы принимают самое непосредственное участие в решении насущных проблем представителей этих групп.[2] В результате эта область знаний нуждается в помощи социологии, как, может быть, ни одна другая. При этом и социологическая наука, в свою очередь, находит свое полноценное применение в этой сравнительно молодой отрасли социальных наук. Поэтому неудивительно, что ряд современных как западных, так и отечественных социологических направлений сыграл большую роль в становлении социальной работы как науки и понимании ее как социокультурного явления.

К первой группе таких направлений О. Н. Шухарева, в числе прочих, относит школу струк-

турно-функционального анализа, ярким представителей которой является Т. Парсонс, а также теорию конфликта (Л. Козер, Р. Дарендорф).

С позиции структурно-функционального анализа социальная работа определяется как «как социальный институт, имеющий не только взаимосвязи с обществом как более общей системой, но и свою внутреннюю логику развития в данной конкретной обстановке. При этом социальная работа как система функций общества выполняет известные обязательства перед обществом, обеспечивая его стабильность, а также перед отдельным человеком, слабыми группами населения, имеющими проблемы, помогая им».[3]

Положения теории конфликта оказали большое влияние на становление теории и практики социальной работы, поскольку социальный работник в процессе своей профессиональной деятельности постоянно имеет дело с конфликтами, столкновением интересов, как разных социальных групп, так и отдельных личностей. И в силу своей профессии обязан разрешать возникающие конфликтные ситуации, в связи с чем ему чрезвычайно важно понимать и различать явные и латентные интересы своих клиентов, лежащие в основе существующих или возможных конфликтов.

Ко второй группе западных направлений социологии, которые сыграли значимую роль в становлении социальной работы как науки, причисляют символический интеракционизм, представителями которого являются Г. Блумер, Дж. Мид и др., феноменологию, разрабатываемую А. Шюц, Т. Лукманом, этнометодологию, в числе представителей которой называют Г. Гарфинкеля, А. Сикурела, Д. Грейтбетча, Г. Джеферсона, Э. А. Щеглоффа, Д. Херитидж и др. Отличительная особенность данных направлений заключается в том, что в основе лежит концепция личности, утверждается, что только при тщательном анализе ее внутреннего мира, мотивационной и ценностно-смысловой сферы можно создать стройную объяснительную социологическую теорию.

Согласно основным положениям теорий этой группы, в основе социальной работы лежит социальное взаимодействие, интеракции, где акторами выступают социальный работник и клиент. В этой связи важнейшими способностями специалистов социальной работы являются способности коммуникативные, а конечной целью социальной работы выступает социализация человека как специфическая форма социальной интеракции.

Промежуточную позицию между этими двумя группами социологических направлений занимает подход, делающий акцент на исследовании механизма процесса взаимодействия общества и человека. Одним из основателей данного подхода является П. Сорокин, а одной из социологических концепций современности – теория обмена, представителем которой является Дж. Хомас. В соответствии с данной теорией, началом деятельности и поведения человека служит его стремление к обмену.

Социальные обмены, как отмечает Г. Е. Зборовский, постоянно существуют как в повседневной жизни людей, так и в деятельности многих общественных структур.[4] Поэтому специалисты в области социальной работы имеют возможность использовать положения теории обмена и как модель для объяснения различных сторон жизни общества, социальных явлений и процессов, и как варианты преодоления различных трудностей, которые неизбежно возникают в ходе социального взаимодействия.

Кроме вышеописанных западных социологических направлений, на становление социальной работы как науки достаточно сильное влияние оказали и работы современных отечественных социологов. Речь идет о трудах И. В. Бестужева-Лады о социальном прогнозировании, Б. А. Грушина о проблемах массового сознания, Т. И. Заславской о динамике изменений в социальной структур современного российского общества, А. Г. Здравомыслова об изучении структуры личности, В. Н. Иванова о социальных конфликтах, Ю. А. Левады о феномене общественного мнения, Г. В. Осипова о показателях социального развития общества, социология быта, здоровья и образа жизни населения Н. М. Римашевской, О. И. Шкаратана о динамике социальной стратификации общества и др.

Следует особо отметить концепцию социологического витализма (социология жизненных сил), которая в последнее время приобретает все большее значение для социальной работы. Как отмечают представители данной теории (С. И. Григорьев, Л. Г. Гуслякова, Ю. Е. Растов и др.), виталистская социология, «предлагает комплексное, видение проблем социальной рабо-

ты, стимулирует развитие интегративных теорий социальной работы, соответствующих моделей ее практического осуществления».[5]

Между тем, сама междисциплинарная модель социальной работы, в числе прочего, необходима, как отмечает В. Н. Келасьев, для формирования концепции социальной работы, которая на сегодняшний день представляет собой разрозненные направления и подходы. Такая модель необходима и для повышения престижа и статуса социальной работы в научном сообществе и в глазах общественного мнения.[6]

Важнейшим элементом деятельности социальных работников является медико-социальная работа. Как известно, у абсолютного большинства получателей социальных услуг, которые находятся в трудной жизненной ситуации, есть масса и медицинских, и социальных проблем. В случае отсутствия эффективного взаимодействия между органами здравоохранения и социальной защиты многие проблемы, которые связаны с состоянием здоровья людей, нуждающихся в медико-социальной помощи, с различными их социальными проблемами, условиями проживания и т.д., решить не представляется возможным.

Как отмечает Т. Н. Ильина, институт медико-социальной работы, который сегодня также находится в стадии формирования, нацелен на решение социальных проблем, определяющих уровень здоровья населения, а также на повышение эффективности систем здравоохранения и доступности медико-социальной помощи.[7]

Цель медико-социальной работы состоит в обеспечении наиболее высокого уровня здоровья, жизнедеятельности и адаптации неблагополучных в социальной плане людей с различными как физическими, так и психическими патологиями[8], а ее особенность состоит в том, что она формируется в рамках социальной политики государства «на границе здравоохранения и социальной защиты населения».[9]

Медико-социальная работа подразделяется А. В. Мартыненко на два направления: первое направление – профилактической направленности и второе направление – патогенетической направленности. Медико-социальные технологии профилактической направленности применяются во всех сферах деятельности социальных работников, а патогенетические – чаще всего в учреждениях здравоохранения, поскольку имеют отношение, в основном, к лицам, которые уже имеют какую-либо конкретную медицинскую патологию.[10]

Причем в одном случае медико-социальная работа может представлять собой вид социальной работы, нацеленной на профилактику и поддержку физического и психического здоровья как отдельного человека, так и населения в целом. В другом случае, ее рассматривают как вид деятельности, цель которой заключается в достижении человеком социального благополучия.

Как отмечают С. А. Суслин, М. Л. Сиротко и др., данная область деятельности, ее виды, направления и формы осуществления зависят как от государственной политики в сфере охраны здоровья, так и от «современной концепции здоровья и теорий социальной защиты населения».[11]

При этом конкретная модель медико-социальной работы в каждом конкретном случае формируется в зависимости от профиля патологии человека, нуждающегося в медико-социальной помощи.

Составляющей медико-социальной работы является медико-социальная помощь, которая является «комплексом проводимых на государственном и муниципальном уровнях мероприятий; профилактическая, лечебно-диагностическая, реабилитационная помощь, включающая меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, содержащая выплату пособий по временной нетрудоспособности».[12]

По мнению М. А. Беляевой, можно выделить следующие основные характеристики медико-социальной помощи:

- во-первых, основными этапами оказания социально-медицинской помощи являются профилактика, диагностика, лечение, реабилитация;
- во-вторых, медико-социальная помощь населению осуществляется на основе межведомственного и междисциплинарного подхода;
- в-третьих, оказание медико-социальной помощи закрепляется на законодательном уровне.[13]

Необходимо подчеркнуть, что «...медико-социальная работа имеет много общего с медико-социальной помощью и деятельностью органов здравоохранения, в целом, предусматривая тесное взаимодействие с медицинским пер-

соналом и четкое разграничение сфер ответственности».[14]

Как отмечает М. А. Беляева, из определения понятия «медико-социальная помощь», может сложиться ошибочное мнение, что в обязанности специалиста по социальной работе входит только уход за людьми, которые не в состоянии обслужить себя сами.[15] В обществе распространен стереотип о том, что медико-социальная помощь актуальна лишь для инвалидов, а также людей пожилого и престарелого возраста.

Между тем, уход за нетрудоспособными гражданами представляет собой низкоквалифицированный труд и относится к социальным работникам, имеющих начальный уровень профессиональной подготовки. Специалист же в сфере медико-социальной работы осуществляет комплексную работу по восстановлению и/или подержанию жизненных сил и здоровья граждан.

Т. В. Васильева подчеркивает, что во всем мире в практике здравоохранения неизбежно встают вопросы о том насколько качественно оказывается медико-социальная помощь. «Вопросы взаимоотношения клиента, нуждающегося в медицинской помощи, и субъекта здравоохранения, оказывающего медицинскую помощь, представляют собой содержание деятельности специалиста в области социальной работы».[16]

По мнению О. И. Лебединской и Т. В. Кошовской, функции специалиста по социальной работе в учреждении здравоохранения целесообразно классифицировать на медико-ориентированные, социально-ориентированные и интегративные.[17]

При выполнении функции связанной с оказанием медицинской помощи социальный работник проводит санитарно-гигиеническое просвещение, медико-социальный патронаж получателей социальных услуг. К этим же функциям относятся меры по предупреждению рецидивов основного заболевания, инвалидности и смертности. Необходимость участия социального работника в оказании паллиативной помощи не вызывает сомнений.

Социально-ориентированные функции это функции социального работника в представительстве интересов граждан, нуждающихся в медико-социальной помощи, в различных органах власти; обеспечении социальной защиты прав получателей социальных услуг в области охраны здоровья и получения медико-социальной помощи; информирование граждан о состоянии их среды жизнедеятельности и т.д.

Интегративные функции состоят в следующем: комплексная оценка социального статуса граждан, нуждающихся в медико-социальной помощи; обеспечение выполнения различных профилактических мероприятий как на индивидуальном, так и на групповом и территориальном уровнях; оказание помощи в проведении медико-социальной экспертизы; участие в организации мероприятий, направленных на профилактику ВИЧ-инфекции; формирование установки на здоровый образ жизни как у отдельного человека, так и группы и, в целом, у населения; решение вопросов совместной деятельности специалистов систем здравоохранения и социального обслуживания в решении проблем получателей социальных услуг, которым необходима медико-социальная помощь, организация мероприятий по охране материнства и детства. А также участие в различных программах медицинской и социальной помощи различных категориям нуждающихся в ней и др.

На наш взгляд, заслуживает внимания точка зрения Ж. Д. Турсынбековой, по мнению которой медико-социальная помощь предоставляется на нескольких уровнях, включающих профессиональную деятельность специалистов с высшим образованием, средним специальным образованием, а также волонтеров, готовых на безвозмездной основе оказывать медико-социальную помощь нуждающимся в ней гражданам.[18] Причем, для наибольшего эффекта необходим комплексный подход, заключающийся в одновременном участии специалистов этих трех уровней.

Первый уровень – специалист социальной работы с высшим профессиональным образованием – медицинский работник в социальной сфере. В его обязанности входит получение информации о социальном положении различных групп населения и создание социальной карты региона, представляющей собой электронную базу данных, которая содержит сведения как о числе нуждающихся в медико-социальной помощи граждан, так и о количестве проживающих на данной территории семей.

В функции специалиста медико-социальной направленности с высшим образованием (выс-

шего уровня) должны входить такие направления деятельности, как «составление программы медико-социальной помощи нуждающимся конкретного региона, координация деятельности медико-социальной службы со смежными вневедомственными организациями, проведение социальных мероприятий с работниками среднего звена и контроль за их выполнением, а также решение иных организационных вопросов».[19]

Специалист в медико-социальной сфере со средним профессиональным образование организует и проводит патронажную работу с семьями получателей социальных услуг нуждающихся в медико-социальной помощи. Реализовывает конкретные услуги: первичная медико-санитарная помощь, содействие в обеспечении медикаментами, перевязочными и гигиеническими средствами, проведение санитарно-просветительской работы, а также обучение само- и взаимопомощи. Определение нуждающихся в ортопедической технике и протезах. Участие в мероприятиях по профилактики социально значимых заболеваний, формирование здорового образа жизни у детей и подростков и т.д.

Группу специалистов третьего уровня составляют различные добровольцы, то есть люди, например, из числа верующих, представители различных общественных некоммерческих организаций, которые по личным убеждениям оказывают помощь нуждающимся в ней гражданам. Это может быть различная физическая, моральная, психологическая помощь тяжелобольным, престарелым, одиноким гражданам, людям с ограниченными возможностями здоровья, поводыри у незрячих и т.д.

По убеждению Л. М. Корчагиной и др. исследователей, связь медико-социальной работы с волонтерским движением перспективна, поскольку позволяют преодолевать многочисленные проблемы при участии медико-социального работника.[20]

Стоит отметить, что, несмотря на то, что в последние десятилетия в системе здравоохранения сложились различные модели служб и учреждений медико-социального профиля, многие задачи организации оказания медико-социальной помощи не решены и сегодня. Так, исследователи выделяют следующие основные проблемные аспекты профессиональной деятельности медицинских и социальных работников, оказывающих медико-социальную помощь населению:

- недоступность медико-социальной помощи для отдельных групп населения[21] ;
- незначительное взаимодействие медицинских и социальных структур, которые принимают участие в оказании медико-социальной помощи;
- отсутствие единой информационной базы о нуждающихся в медико-социальной помощи лицах;

Проблемы эффективной интеграции систем здравоохранения и социальной защиты населения при оказании различных видов медико-социальной помощи обусловлены как раз отсутствием взаимодействия в функционировании медицинских и социальных структур, отсутствием единой информационной базы нуждающихся в таких видах помощи, степенью их доступности для отдельных групп населения.[22]

Еще одной серьезной проблемой является то, что до настоящего времени четко не определены аспекты взаимодействия медицинских и социальных работников, а именно: формы организации, разграничение функциональных обязанностей, нормативы деятельности социальных работников в учреждениях здравоохранения.[23] По словам Т. В. Васильевой, зачастую именно ведомственная разобщенность выступает тормозом на пути реализации различных прогрессивных программ и проектов в сфере охраны здоровья граждан.[24]

Ф. Е. Вартанян, Р. А. Хальфин, И. Я. Таджиев и др. отмечают, что сложившаяся на сегодняшний день сеть медико-социальных учреждений и порядок взаимодействия между ними таковы, что процесс оказания помощи осуществляется неэффективно: стационары перегружены и почти отсутствуют специализированные учреждения долечивания и ухода за больными. Остаются вне поля зрения такие элементы как патронажная, оздоровительная и другие виды медико-социальной деятельности[25] .

Поэтому неудивительно, что проблема взаимодействия социальных и медицинских работников на сегодняшний день все чаще становится предметом научных и практических исследований. Авторы предлагают различные пути решения данной проблемы. Так, например, Т. В. Васильева полагает, что в социальную работу

необходимо активно вовлекать медицинских работников со средним профессиональным образованием, стремящихся «повысить уровень своего образования без кардинального изменения зоны профессиональной деятельности».[26] Другими словами, совместная профессиональная деятельность специалистов в медицинской и в социальной сферах требует организации профессиональной подготовки бакалавров медико-социального профиля.

Здесь стоит отметить, что ФГОС третьего поколения по направлению подготовки «Социальная работа» предоставляет студенту возможность приобрести по каждой дисциплине (модулю) соответствующие компетенции и, в целом, отражая требования к профессиональной подготовке бакалавров с профилем подготовки медико-социальная работа с населением способствует формированию системы медико-социального образования.

Между тем, как показал анализ ФГОС через призму медико-социальной составляющей, на сегодняшний день бакалавр социальной работы должен обладать гораздо более широким набором компетенций в этой области. Так, например, представляется целесообразным ввести в перечень компетенций те, которыми должен владеть специалист медико-социального профиля для ведения индивидуальной консультативной работы, в частности, владение технологией достижения продуктивного общения с получателем социальных услуг, а также умение обучать его самого и его окружение сохранять и поддерживать наиболее высокий уровень здоровья.

Организация и реализация групповых форм работы с получателями социальных услуг предполагает наличие у специалистов компетенций определения групп риска развития различных заболеваний, организации работы Школ здоровья, знания и проведения санитарно-гигиенического просвещения населения.

В ходе оказания инструментальной помощи и поддержки клиентов и их родственников специалист медико-социального профиля должен владеть методикой выявления необходимости такой помощи, технологией закупки необходимых получателю социальных услуг лекарств, технических средств реабилитации и т.д.

В рамках организации и проведения досуговых и профилактических мероприятий с получателями социальных услуг от работника медико-социальной службы требуется владение компетенциями определения групп риска развития различных заболеваний, знание методики санитарно-гигиенического просвещения.

Однако, пожалуй, наиболее острым является вопрос введения в перечень компетенций специалиста медико-социального профиля компетенций, связанных с медициной, в частности, организовывать и оказывать неотложную медицинскую помощь, осуществлять контроль состояния лиц с ограниченными возможностями здоровья, одиноких, участников военных действий и лиц из группы социального риска, осуществлять медицинскую реабилитацию, паллиативную помощь, оформлять медицинскую документацию и т.д.

То есть на сегодняшний день необходима дальнейшая конкретизация и расширение профессиональных компетенций, необходимых для выполнения должностных обязанностей специалистами в сфере медико-социальной работы, и введение их в перечень компетенций, определяемых стандартом.

Следует также остановиться на проблеме кадрового обеспечения квалифицированными специалистами хоспис-паллиативной помощи. Как отмечают Е. А. Черкасова, И. Л. Кром, И. Ю. Новичкова, на сегодняшний день организация квалифицированной паллиативной помощи в России крайне неэффективна, а что касается комплексной медико-социальной деятельности в этой сфере, то она практически отсутствует.

Методы воздействия на злокачественные новообразования представляют собой сложный «многоэтапный процесс, при осуществлении которого стремление к улучшению отдельных результатов в лечении зачастую не совпадает с обеспечением больному адекватного образа жизни».[27]

Важнейшей частью медико-социальной работы в паллиативной сфере является система поддержки родных и близких инкурабельного больного. Больные и члены их семей, сталкиваясь с материальными трудностями, различными бюрократическими препонами, нарушениями психо-эмоциональной стабильности, зачастую остаются один на один с этими проблемами. Между тем, слабая экономическая, социальная и психологическая защищенность инку-

рабельных больных значительно ухудшает качество их жизни и оказывает крайне неблагоприятное воздействие на прогноз заболевания.

В этой связи представляется логичным позиция Т. Н. Ильиной, по мнению которой паллиативную помощь следует рассматривать, в первую очередь, не как медицинскую, а медико-социальную работу с инкурабельными больными и их семьями, которые находятся в сложной жизненной ситуации, обусловленной болезнью. Это свидетельствует о необходимости подготовки новых специалистов для сферы паллиативной помощи – специалистов медико-социальной работы.[28] С. И. Глухих справедливо, на наш взгляд, полагает, что многие из функций специалистов в области паллиативной помощи могли бы взять на себя бакалавры с высшим сестринским образованием[29] или, возможно, бакалавры с профилем подготовки медико-социальная работа с населением.

При этом, по утверждению многих исследователей, эффективное развитие системы паллиативной помощи, которое на сегодняшний день является новым направлением формирующегося института медико-социальной работы, возможно не только при государственной финансовой поддержке, но и при условии пересмотра и совершенствования действующего законодательства.[30] По словам Т. Н. Ильиной, «паллиативная помощь могла бы стать образцом инновационного подхода к здравоохранению и социальной политике».[31]

Итак, важнейшим направлением медико-социальной работы является медико-социальная помощь. Медико-социальная работа, в свою очередь, может рассматриваться как стратегия развития медико-социальной помощи нуждающимся в ней гражданам в современных условиях. Включение социальных работников в систему здравоохранения при успешном их взаимодействии с медиками создает все условия для дальнейшего развития систем здравоохранения и социального обслуживания, разработки инновационных программ в этих сферах и повышению качества оказания медико-социальных услуг.

При этом, несмотря на очевидную значимость и актуальность медико-социальной работы и ее составляющей – медико-социальной помощи – в нашей стране она еще не заняла должного места в системе сохранения и повышения уровня здоровья населения. Совместная деятельность систем здравоохранения и социальной защиты населения в нашей стране нуждается в реформировании. Здравоохранение сегодня предъявляет новые требования не только к медицинским, но и социальным работникам, формирует принципиально иную систему отношений, которая определяет инновационные юридические, экономические, организационные, социально-психологические основы профессиональной деятельности.

Литература

1. Беляева М. А. Осмысление содержания понятия «медико-социальная работа» // Педагогическое образование в России. – 2008. – № 1. – С. 25-33.

2. Вартанян Ф. Е. Современные тенденции развития здравоохранения // Здравоохранение. – 2008. – № 1. – С. 1623.

3. Васильева С. Г. Организационно-педагогические условия формирования компетентности будущих медицинских сестер: дис. ... канд. пед. наук. – Якутск, 2005. – 190 с.

4. Воробцова Е. С., Мартыненко А. В., Дворянцева Ю. М. О подготовке специалистов, участвующих в оказании медико-социальной помощи населению // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 2. – С. 45-58.

5. Глухих С. И. Особенности подготовки медицинских сестер в современном профессиональном образовании // Siberian Pedagogical Journal. – 2016. – № 1. – С. 73-77.

6. Григорьев С. И., Гуслякова Л. Г. Социология для социальной работы. – М.: МАГИСТР-ПРЕСС. 2002. – 164 с.

7. Зарубина О. А. Медико-социальные услуги в системе оказания медицинской помощи населению // Сибирская финансовая школа. – 2016. – № 1 (114). – С. 25-29.

8. Зборовский Г. Е. История социологии: классический и современный этапы. – Екатеринбург: Изд-во Гуманитарного ун-та, 2003. – 872 с.

9. Ильина Т. Н. Паллиативная помощь как направление медико-социальной работы в России // Перспективы развития российского государства и общества в современных условиях: материалы межд. научно-практ. конф. (Саратов, 12 декабря 2014 г.) / под ред. В. Л. Чепляева, О. Н. Фомина. – Саратов, 2015. – С. 9-12.

10. Ильина Т. Н. Социальные параметры стратегий медико-социальной работы с инвалидами при болезнях системы кровообращения: дис. ... канд. социол. наук. – Волгоград, 2012. – 166 с.

11. Калинина Ю., Гуслякова Л. Исследование стандартизации социального обслуживания: проблемы, перспективы реализации на региональном уровне // Журнал исследований социальной политики. – 2006. – Т. 4. – № 3. – С. 349-367.

12. Келасьев В. Н. Междисциплинарная концепция социальной работы // Ученые записки Санкт-Петербургского института психологии и социальной работы. – 2012. – Т. 17. – № 1. – С. 38-43.

13. Корчагина Л. М. Региональные аспекты социальной работы с семьей // Вестник Рязанского государственного университета им. С. А. Есенина. – 2011. – № 30. – С. 19-21.

14. Кром И. Л., Еругина М. В., Новичкова И. Ю. Современная интерпретация паллиативной помощи // Интегративные исследования в медицине: науч. труды III Всерос. (с межд. участием) науч.-практ. конференции. – Саратов, 2014. – С. 78-81;

15. Лебединская О. И., Кошовская Т. В. Роль и место социальных работников в учреждениях здравоохранения // Социальная работа в учреждениях здравоохранения. – М.: Академия, 2002. – 234 с.

16. Мартыненко А. В. Теория медико-социальной работы: учебное пособие. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2006. – 97 с.

17. Оспанов С. И. Социология социальной работы: дереонтологическая концепция // Социальная работа в современном мире: взаимодействие науки, образования и практики: материалы VI межд. научно-практ. конф. (Белгород, 27-28 ноября 2014 г.) – Белгород, 2014. – С. 72-76.

18. Пантюк И. В. Теоретические основы социальной работы. – Мн.: БГУ, 2013. – 239 с.

19. Суслин С. А., Сиротко М. Л. Организация медико-социальной помощи женщинам. – Самара: Ас Гард, 2014. – 112 с.

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

21. Хальфин Р. А., Таджиев И. Я. Некоторые итоги и проблемы реформирования системы отечественного здравоохранения // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 5. – С. 7-18.

22. Холостова Е. И. Технологии социальной работы. – М.: Инфра-М, 2001. – 400 с.

23. Черкасова Е. А., Кром И. Л., Новичкова И. Ю. Институционализация медико-социальной работы в онкологии // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 10. – С. 1386-1389.

24. Шухарева О. Н. Социологические теории в становлении и развитии социальной работы // Культура & обществе. Интернет-журнал МГУКИ. – 2006.

25. Эпельман Б. В. Оптимизация организации медико-социальной помощи в системе мер социальной защиты населения (на примере административного района крупного города): дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2011. – 571 с.

Ссылки:

1 Глухих С. И. Особенности подготовки медицинских сестер в современном профессиональном образовании // Siberian Pedagogical Journal. – 2016. – № 1. – С. 73-77.

2 Оспанов С. И. Социология социальной работы: дереонтологическая концепция // Социальная работа в современном мире: взаимодействие науки, образования и практики: материалы VI межд. научно-практ. конф. (Белгород, 27-28 ноября 2014 г.) – Белгород, 2014. – С. 72-76.

3 Шухарева О. Н. Социологические теории в становлении и развитии социальной работы / / Культура & обществе. Интернет-журнал МГУКИ. – 2006.

4 Зборовский Г. Е. История социологии: классический и современный этапы. – Екатеринбург: Изд-во Гуманитарного ун-та, 2003. – 872 с., с.660.

5 Григорьев С. И., Гуслякова Л. Г. Социология для социальной работы. – М.: МАГИСТР-ПРЕСС. 2002. – 164 с.

6 Келасьев В. Н. Междисциплинарная концепция социальной работы // Ученые записки Санкт-Петербургского института психологии и социальной работы. – 2012. – Т. 17. – № 1. – С. 38-43.

7 Ильина Т. Н. Социальные параметры стратегий медико-социальной работы с инвалидами при болезнях системы кровообращения: дис. ... канд. социол. наук. – Волгоград, 2012. – 166 с., с.33.

8 Холостова Е. И. Технологии социальной работы. – М.: Инфра-М, 2001. – 400 с., с.115.

9 Зарубина О. А. Медико-социальные услуги в системе оказания медицинской помощи

населению // Сибирская финансовая школа. – 2016. – № 1 (114). – С. 25-29.

10 Мартыненко А. В. Теория медико-социальной работы: учебное пособие. – М.: МПСИ, 2006. – 97 с.

11 Суслин С. А., Сиротко М. Л. Организация медико-социальной помощи женщинам. – Самара: Ас Гард, 2014. – 112 с., с.58.

12 Пантюк И. В. Теоретические основы социальной работы. – Мн.: БГУ, 2013. – 239 с.,

13 Беляева М. А. Осмысление содержания понятия «медико-социальная работа» // Педагогическое образование в России. – 2008. – № 1. – С. 25-33.

14 Суслин С. А., Сиротко М. Л. Организация медико-социальной помощи женщинам. – Самара: Ас Гард, 2014. – 112 с., с.39.

15 Беляева М. А. Осмысление содержания понятия «медико-социальная работа» // Педагогическое образование в России. – 2008. – № 1. – С. 25-33.

16 Васильева С. Г. Организационно-педагогические условия формирования компетентности будущих медицинских сестер: дис. ... канд. пед. наук. – Якутск, 2005. – 190 с., с.135.

17 Лебединская О. И., Кошовская Т. В. Роль и место социальных работников в учреждениях здравоохранения // Социальная работа в учреждениях здравоохранения. – М.: Академия, 2002. – 234 с.

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

19 Калинина Ю., Гуслякова Л. Исследование стандартизации социального обслуживания: проблемы, перспективы реализации на региональном уровне // Журнал исследований социальной политики. – 2006. – Т. 4. – № 3. – С. 349-367

20 Корчагина Л. М. Региональные аспекты социальной работы с семьей // Вестник Рязанского государственного университета им. С. А. Есенина. – 2011. – № 30. – С. 19-21.

21 Максимова Т. М., Лушкина Н. П. Этические и деонтологические проблемы российского здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 3. – С. 35;.

22 Эпельман Б. В. Оптимизация организации медико-социальной помощи в системе мер социальной защиты населения (на примере административного района крупного города): дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2011. – 571 с.

23 Воробцова Е. С., Мартыненко А. В., Дворянцева Ю. М. О подготовке специалистов, участвующих в оказании медико-социальной помощи населению // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 2. – С. 45-58.

24 Васильева С. Г. Организационно-педагогические условия формирования компетентности будущих медицинских сестер: дис. ... канд. пед. наук. – Якутск, 2005. – 190 с., с.136.

25 Вартанян Ф. Е. Современные тенденции развития здравоохранения // Здравоохранение. – 2008. – № 1. – С. 1623; Хальфин Р. А., Таджиев И. Я. Некоторые итоги и проблемы реформирования системы отечественного здравоохранения // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 5. – С. 7-18.

26 Васильева С. Г. Организационно-педагогические условия формирования компетентности будущих медицинских сестер: дис. ... канд. пед. наук. – Якутск, 2005. – 190 с., с.137.

27 Черкасова Е. А., Кром И. Л., Новичкова И. Ю. Институционализация медико-социальной работы в онкологии // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 10. – С. 1386-1389.

28 Ильина Т. Н. Паллиативная помощь как направление медико-социальной работы в России // Перспективы развития российского государства и общества в современных условиях: материалы межд. научно-практ. конф. (Саратов, 12 декабря 2014 г.) / под ред. В. Л. Чепляева, О. Н. Фомина. – Саратов, 2015. – С. 9-12.

29 Глухих С. И. Особенности подготовки медицинских сестер в современном профессиональном образовании // Siberian Pedagogical Journal. – 2016. – № 1. – С. 73-77.

30 Кром И. Л., Еругина М. В., Новичкова И. Ю. Современная интерпретация паллиативной помощи // Интегративные исследования в медицине: науч. труды III Всерос. (с межд. участием) науч.-практ. конференции. – Саратов, 2014. – С. 78-81.

31 Ильина Т. Н. Паллиативная помощь как направление медико-социальной работы в России // Перспективы развития российского государства и общества в современных условиях: материалы межд. научно-практ. конф. (Саратов, 12 декабря 2014 г.) / под ред. В. Л. Чепляева, О. Н. Фомина. – Саратов, 2015. – С. 9-12.