

УДК 378.147/378.180.6 (574)

ФИЛОСОФИЯ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ**Асимов М.А.***Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы,
e-mail: saltanat.e@bk.ru*

В данной статье автор описывает результаты многолетнего опыта по организации социально-психологической службы в здравоохранении. Раскрыты понятия «здоровье», «болезнь», отношение к этим понятиям с различных сторон, также раскрыта роль каждого специалиста участвующего в оздоровительном процессе пациента.

Ключевые слова: пациент, болезнь, здоровье, психолог, врач, социальный работник, медицинская сестра, ответственность, взаимодействие

PHILOSOPHY OF SOCIAL MEDICINE**Asimov M.A.***Kazakh National Medical University named after Asfendiyarov, Almaty, e-mail: saltanat.e@bk.ru*

In this article the author describes his vision of the organization of social and psychological services in health care as a doctor, a clinical psychologist and a social psychologist. The author proposes a new interpretation of the concept «health» and «disease», attitude to these concepts from different perspectives, unveils the role of each professional involved in the process of improving human health.

Keywords: patient, customer, citizen, disease, health, psychologist, doctor, social worker, nurse, responsibility, cooperation

В наше скоротечное время, когда совершенные технологии определяют темп жизни, каждому приходится пересматривать свои взгляды и свое поведение.

В нашей стране, которая ориентирована на интеграцию с наиболее развитыми государствами, происходят колоссальные преобразования в различных сферах. Эти изменения, в свою очередь, являются результатом влияния новых технологий, которые приводят (хотим мы этого или нет) к необходимым изменениям в политике (демократическая ориентация), в экономике (рыночная экономика), социальной сфере (множественность и разнообразие социальных групп), психологии людей (ориентация на конкуренцию), в образовательных программах (ориентация на конкретные результаты – компетенции).

Эти изменения не могут не касаться и медицины. Современная медицина ориентирована на активность общества и каждого члена общества. Активность предполагает, в первую очередь, личную ответственность как в целом за свое здоровье, так и за лечение и профилактику тех или иных заболеваний. К сожалению, эти изменения тормозятся отсутствием осмысленного отношения со стороны как самих медицинских работников, так и потребителей медицинских услуг. И, если изменение отношения потребителей – процесс более сложный и зависит от способности медицинских работников влиять и изменять отношение к медицине и здоровью

у потребителей, следовательно, требуется в первую очередь изменить отношение и поведение самих медицинских работников. Поэтому наступило время именно медикам пересмотреть свои взгляды на следующие понятия:

1. Что есть здоровье и что есть болезнь;
2. Отношение потребителей к этим понятиям и возможность выработать медикам соответствующие взаимоотношения с потребителями;
3. Роль пациентов, врачей и медицинских сестер в процессе оздоровления;
4. Роль психологов и социальных работников;
5. Эффективность взаимодействия медиков, психологов и социальных работников;
6. Значимость компетенции медицинских работников и введенных новых компетенций.

Вот круг вопросов, которые хотелось бы осветить в рамках данной статьи, написанной для врачей и медицинских сестер.

Первый вопрос – что есть здоровье. Согласно Уставу ВОЗ (2006), «**здоровье** – это не отсутствие болезни как таковой или физических недостатков, а *состояние* полного физического, душевного и социального благополучия» [1]. Здоровье – это не отсутствие какого-либо заболевания, а состояние благополучия при существующем заболевании. По сути, каждый из нас находится в состоянии болезни, вопрос только в том, насколько мы при этом

психологически и/или социально адаптированы. Проще говоря, «человек болен, болеет и должен болеть. И важно не чем ты болеешь, а как». А как? Это должно быть понятно – максимально психологически и социально быть или стремиться быть активным. В связи с этим хочется поделиться одним ярким воспоминанием из личной жизни.

Иссык-куль, отпускной период, санаторий «Кыргызское взморье». Иду на пляж по аллее и вижу впереди толпу людей. Думаю – обычный базарчик с дешевым ширпотребом. Спускаюсь со ступеней пансионата дальше и вижу – группа людей окружила кого-то человека, лежащего на земле. В тревоге приходят мысли – не случилось ли с кем-то чего-нибудь, не придется ли оказывать медицинскую помощь? Подхожу ближе – на коврик полулежит или полусидит мужчина, дергается всем телом, понимаю, у него – ДЦП. Приглядываюсь внимательно: смуглый и худой мужчина, кыргыз, лет сорока, голова и руки в неуправляемой тряске. При этом он, правой ногой, зажав между большим и вторым пальцем карандаш, что-то чертит на листе бумаги, который лежит на деревянной доске. Приглядываюсь, и с удивлени-

ем вижу – он рисует портреты людей, при этом эти портреты продает! Моему восхищению не было предела! И до сих пор во мне живет огромное уважение и гордость за этого человека.

В этом примере для меня заложена вся сущность современной социальной медицины. Единственное о чем сожалею как специалист, что этот человек, обладая внутренней силой, мудростью, пришел к этому сам и мне думается, что ни медики, ни психологи и, тем более социальные работники, никого отношения к этому человеку и его активной жизни не имеют.

Далее. Если медики, исходя из своих теоретических пониманий болезни (биологических), имеют свои средства воздействия – биологические методы терапии, а психологи на основе своих теоретических пониманий имеют в своем вооружении психологические методы воздействия, так и социальные работники имеют свои теоретические понимания – социальную психологию и методы воздействия – социальную терапию [2].

В дополнение этому утверждению, хотелось бы предложить схематичное представление того, что есть человек как личность в психологическом понимании.



Отсюда



Врач и медицинская сестра должны уметь строить эффективные отношения с пациентом и его родственниками, не относиться как к больному. И в этом основной смысл гуманного отношения. Гуманизм заключается не только и не столько в том, что бы не стигматизировать человека, как больного, а относиться к человеку, у которого всегда есть потенциал, который должны помочь раскрыть человеку соответствующие специалисты: медики – физический потенциал, психологи и социальные работники – соответствующие потенциалы. Второе: почему отношение к пациенту должно быть гуманным и понимание этой гуманности укладывается в понятие «пациент-центрированного подхода»? [3]. Медицинский работник строит с пациентом партнерские отношения, в отличие от существующего «патерналистического» взаимоотношения врач-больной (от лат. *paternus* – отцовский), т.е. взаимоотношения, в которых есть ведущий и ведомый или подчиненный и подчиняемый. Партнерство же, напротив, предусматривает равную ответственность партнеров – врача, медицинской сестры, пациента – за лечение и здоровье. Выбор препарата или другого метода лечения, другие вопросы, должны обсуждаться с пациентом, решение также должно приниматься совместно, в партнерстве «врач/медицинская сестра – пациент». Настоящие партнерские отношения не приведут к не разрешаемым конфликтам, непониманию между медицинскими работниками и потребителями. Все действия в этой системе взаимоотношений являются согласованными и обе стороны несут равную ответственность за результат. Внедряемая в медицинских вузах и колледжах новая клиническая дисциплина «коммуникативные навыки» направлена именно на это – научить умению построить партнерские отношения между медицинским работником и пациентом и его родственниками.

В связи с введением понятий как «пациент», «пациент-ориентированный подход» и, главное, «социально-ориентированная медицина», само понимание «болезнь» уже теряет прежнее значение и должно наполниться новым содержанием. И здесь, на наш взгляд, больше приемлемы уже устоявшиеся в психиатрии новые подходы в определении нарушений здоровья. Так, в действующей классификации МКБ-10 просматривается отход от традиционно нозологического подхода и переход к понятию «расстройство». Это связано со следующими соображениями:

1. Расстройство – явление преходящее и повторяющееся;
2. Понятие «расстройство» не стигматизирует человека как «заклейменного» диа-

гнозом, в периоды улучшения этот человек мало чем отличается от других;

3. Предполагает активное вовлечение пациента в социально-психологическую реабилитацию/реадаптацию, расстройство касается не только физического состояния, но и психологической и/или социальной сферы.

Этот опыт классификации в психиатрии как общего понимания нарушений физического, психологического и социального характера человека необходимо экстраполировать на все медицинские направления [4].

Далее. Мы говорили о роли врачей/медицинских сестер в социальной медицине, а теперь поговорим о роли психологов и социальных работников. Но перед этим – еще одно важное замечание. Работая с пациентом, врач/медицинская сестра должны понимать, что, говоря о том или ином расстройстве у пациента, последние берут на себя условные «1/3» решения проблем здоровья пациента, касающегося только физического расстройства. Остальными «2/3» расстройства здоровья занимаются психологи и социальные работники. И здесь очень важна преемственность: медики, в целом понимая расстройство как физическое, психологическое или социальное, должны быть заинтересованы в своевременном вовлечении других специалистов или даже в скорейшей передаче пациента другому специалисту. При этом, владея коммуникативными навыками, медицинский работник способен довести до сознания пациента необходимость для него помощи как психолога, так и социального работника (при наличии соответствующей психологической и социальной дезадаптации) [5].

И наконец, работа психолога. Задача психолога: раскрыть потенциальные возможности пациента; понять психологические проблемы, связанные со здоровьем, которые препятствуют скорейшему активному вовлечению пациента в социальную жизнь на микросоциальном уровне – восстановить свою заинтересованную активность в семье, среди родственников и друзей. На макросоциальном уровне – восстановить процесс творческой активности, выбора себя в той или иной профессиональной деятельности, в стремлении быть полезным для окружающих и удовлетворенности в этом.

Для лучшего восприятия приведу пример эффективной работы психолога (для более живого восприятия читателем – в несколько утрированной форме).

Пациент страдает прободной язвой желудка, был оперирован – резекция 2/3 желудка. Роль врачей в физической адаптации завершена.

В чем роль психолога? Пациент работал в прошлом грузчиком, мог поднимать тяжелые предметы. Питался без ограничений, беспорядочно. Выпивал и курил. После оперативного вмешательства не может смириться со своим положением. Как принято у психологов, в данном случае, внутренняя картина здоровья (ВКЗ) не соответствует внутренней картине болезни (ВКБ), поэтому задача психолога – привести их в соответствие [6]. Психолог добивается этого применением психологических приемов. В результате наш пациент изменяет свое отношение к здоровью: ест мало и полезную пищу (легко усваиваемую), что не просто приводит к здоровью и молодости, но это еще и красиво, эстетично. Отказался от алкоголя и курения, что также не просто здоровье, молодость и красота, но и способность не избегать проблем, а способность их своевременно распознавать и решать, быть примером для своих детей. А неспособность поднимать тяжести – это возможность поиска другого рода деятельности, более квалифицированного, а это – карьера, рост как личности. В этот момент активно вступает в роль социальный работник. Он включает пациента в группу адаптации послеоперационных пациентов, в которой работает психолог по адаптации. Далее (может, в этой же группе) пациент получает консультацию по профессиональной адаптации, по раскрытию своих потенциальных способностей в будущей специальности. Как результат, пациент проходит обучение по другой профессии. Так выглядит возможная траектория адаптации пациента – от физической к психологической и в дальнейшем – к социальной адаптации.

И последнее, задача социального работника. Социальный работник является тем специалистом, который в наибольшей степени выполняет заказ государства, т.к. является ключевой фигурой – профессионалом, который должен вернуть государству гражданина [7]. Гражданина, который в государстве имеет не только права, но и обязанности. Главная обязанность гражданина – ответственность перед государством, обществом быть полезным, а уж потом ожидать или требовать от государства свои права. Используя свои знания в социальной психологии, владея навыками коммуникации, навыками разрешения конфликтов, обладая лидерскими качествами, владея навыками организации различных адаптационных и реабилитационных групп, социальный работник управляет процессами в группах, направленных на активность как группы в целом, так и каждого члена группы.

Приведу пример. Для меня социальный работник представляется в роли хорошего дачника, который четко знает границы сво-

его участка, где и что у него растет. Каждый овощ или фрукт имеет четко отведенную грядку, ряд. И когда надо прижить то или иное новое растение, он знает особенности поведения и взаимоотношения в каждой группе растений. И он понимает, в какой грядке активнее и быстрее будет развиваться его новый питомец.

Вот, в целом, общее описание роли каждого члена профессиональной работы в социальной медицине. Но статья будет неполной, если не обозначить основные проблемы организации социальной медицины, на наш взгляд, у нас в стране.

Первое: это то, на что направлена данная статья, – отсутствие понимания врачами и медицинскими сестрами основных концепций социальной медицины, роли психолога и социального работника.

Второе: низкая подготовленность психологов и социальных работников. Отсутствие знаний медицины и профессиональной подготовленности в психологии и социальной работе с различными группами пациентов.

Третье: отсутствие опыта взаимодействия различных специалистов.

Четвертое: отсутствие опыта взаимодействия социальных работников с немедицинскими организациями и соответствующими специалистами этих организаций (явный пример – отсутствие опыта взаимодействия с социальными работниками из службы социальной защиты).

И, наконец, последнее. В настоящем времени в стране объединены два министерства – здравоохранения и социальной защиты. Несомненно, это должно улучшить внедрение в стране социальной медицины. Но существует проблема организационного характера – как на деле осуществить взаимодействие этих двух структур, как их лучше функционально организовать и избежать механического соединения, чтобы в действительности в стране активно развивалась социальная медицина.

Список литературы

1. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения, 2006.
2. Майерс Д. Социальная психология. – СПб.: Питер, 2006.
3. Второй Всемирный Конгресс Пациентов – Международный альянс пациентских организаций (ИАРО): «Декларация о пациент центрированном здравоохранении». Барселона (Испания), 2006.
4. Международная конференция по Десятому пересмотру Международной классификации болезней. Всемирная Организация Здравоохранения, Женеве 25 сентября – 2 октября 1989 г.
5. «Модель медицинского образования КазНМУ им С.Д. Асфендиярова: коммуникативные навыки выпускника» – под редакцией А.А. Аканова. – Алматы: КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, 2011.
6. Лурья Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. – М.: «Медицина», 1977.
7. Закон Республики Казахстан – «О специальных социальных услугах», Астана, Акorda, 29 декабря 2008 г.