

Во втором блоке анкеты стояла задача исследовать субъективные оценки респондентов по проблеме распространения табакокурения среди подростков, как один из видов социальной девиации. Среди опрошенных только 35% респондентов КДМ указали, что они курят.

Анализ результатов по проблеме курения подтвердил высокую ориентированность на внешнюю среду, чем на потребность познания и самопознания [1]. У 60% респондентов клиентов КДМ есть курящие люди в семье (20% из них сами курят). То есть одной из причин курения подростков может быть подражание и пример старших. У школьников ситуация в этом направлении значительно лучше: лишь у 7% ребят в семьях курят.

По мнению самих респондентов из КДМ первоочередной причиной курения является влияние окружения (50%); 15% респондентов считают, что курение придает им чувство уверенности. Опрошенные из СОШ №42 подростки считают, что их сверстники курят, потому что это «модно» (28%), влияет окружение (43%), остальные (20%) думают, что данная привычка возникает «из-за интереса».

Что касается употребления алкогольных напитков, то 70% опрошенных подростков из КДМ употребляли алкоголь и 38% среди учеников школы.

Среди основных причин употребления алкоголя подростками клиенты КДМ выделили влияние окружения (40%), способ повышения настроения (40%) и авторитет среди сверстников (20%). Опрошенные школьники также выделили влияние окружения и способ улучшения настроения. Отметим, все респонденты, которые пробовали спиртные напитки, воспитываются в семьях, где алкоголь употребляют в присутствии подростков и не скрывают факта употребления. У 11% опрошенных учащихся есть члены семьи, которые могут выпивать и 1-2 раза в неделю. У 78% родственники употребляют алкоголь, но только по праздникам. Схожая ситуация и в другой группе опрошенных. Эти данные говорят о том, что именно пример распятия спиртных напитков в семье, весьма влияет на желание попробовать алкоголь у подростков.

Таким образом, предположение о влиянии семьи на формирование отношения к табакокурению и алкогольным напиткам во многом формируется в семье.

Также в рамках исследования подросткам задавался вопрос о фактах употребления наркотических веществ. По данному вопросу достаточно сложно получить объективную информацию методом анкетного опроса, поэтому респондентам было предложено назвать возможные причины, почему их сверстники могут употреблять наркотики.

Среди вероятных причин употребления наркотиков подростками респонденты КДМ выделили: наличие интереса (50%), влияние окружения (30%), способ уйти от проблем (20%). Учащиеся считают, что главной причиной употребления наркотиков является влияние окружения (77%), а остальные считают, что подростки употребляют наркотики, чтобы забыть о своих неприятностях. Отметим, около 1/5 ответов «занимает» вариант уйти от проблем, как проявление ретрического поведения. При этом 14% опрошенных школьников испытывают чувство одиночества. Согласно, типам адаптационного поведения предложенного Р. Мэртоном, данный тип и есть прямое проявление девиации: когда личность не ставит перед собой социально одобряемых целей и не выбирает для своих целей социально одобряемые средства. Наличие данной позиции в ответах респондентов, свидетельствует и о необходимости установления / поддержания более тесных и доверительных социальных отношений подростка с семьей, чтобы, во-первых, избежать возможного негативного влияния социального окружения, во-вторых, формировать образ жизни, который закладывается в семье.

На основании результатов исследования были предложены рекомендации по профилактике девиаций подростков в образовательных учреждениях: больше внимания уделять семье школьника, который проявляет признаки девиации; уделять внимание взаимоотношениям школьников в классах; уделять внимание мероприятиям по совместному досугу подростков и их семей, беседовать с родителями на родительских собраниях; проводить тренинги, беседы и деловые игры на тему вредных привычек с подростками; больше проводить масштабных массовых мероприятий, направленных на повышение значимости здорового образа жизни и профилактику социальных девиаций; тесно сотрудничать с КДМ и правоохранительными органами.

#### Список литературы:

1. Андреева Ю.В., Чукреева Л.Н. Социальное окружение как фактор девиации в подростковой среде // Материалы IV науч. - практич. конф. «Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности». – Улан-Удэ, 2015. – С. 11.
2. Норбоева С.С., Кондратьева Е.В. Причины возникновения неполной семьи // Материалы IV науч. - практич. конф. «Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности». – Улан-Удэ, 2015. – С. 252-253.
3. Материалы межведомственного совещания по вопросам профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних [Электронный ресурс] // Прокуратура Республики Бурятия URL: <http://prokuratura-rb.ru/?p=10812> (дата обращения 07.11.2015)
4. Савченко Ю.Е., Чукреева Л.Н. Значимость профилактики девиантного поведения в подростковой среде // Материалы III науч. - практич. конф. «Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности». – Улан-Удэ, 2015. – С. 193.

УДК. 342.9

*Анищенко М. А.*

*Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина*

#### **ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УКРАИНЕ**

*В статье рассматриваются вопросы организации профилактической медицины в Украине и основные концепции построения системы общественного здоровья.*

**Ключевые слова:** санитарно-эпидемиологическая служба, профилактическая медицина, центры общественного здоровья.

*Anischenko M. A.,*

*Zaporozhye state medical university, Zaporozhye, Ukraine*

#### **LEGAL PROBLEMS OF REFORMING THE SANITARY-EPIDEMIOLOGICAL SERVICE OF UKRAINE**

*This article is devoted to the questions of the preventive medicine's organization in Ukraine and main concepts of construction of public health system.*

**Key words:** sanitary-epidemiological service, preventive medicine, centres of public health.

В Украине на протяжении более чем 90 лет проблемами профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний охвачены органы государственной санитарно-эпидемиологической службы. В эту систему входило более 800 местных и региональных санитарно-профилактических заведений здравоохранения, более десятка всемирно известных министерских и академических научных учреждений санитарно-эпидемиологического профиля, а также иные учреждения и заведения здравоохранения, которые осуществляют эпидемиологический надзор за отдельными социально опасными болезнями и на военных объектах, в учреждениях исполнения наказаний и т. д. [1].

В рамках проведения административной реформы на протяжении 2010-2011 годов была реорганизована система профилактической медицины и создан отдельный центральный орган исполнительной власти - Государственная санитарно-эпидемиологическая служба Украины, в систему которой вошла только часть санитарно-эпидемиологических заведений здравоохранения Украины [1].

В связи с евроинтеграцией в Украине, в течении 2014-2015 годов Государственная санитарно-эпидемиологическая служба Украины во второй раз была реформирована путём интеграции её лабораторных и аналитических подразделений в новосозданный Центр общественного здоровья Минздрава Украины, поскольку семь из десяти оперативных функций общественного здоровья выполняются именно этими подразделениями, где работают профессиональные врачи-эпидемиологи, гигиенисты, вирусологи, микробиологи, медицинские статисты и т.д. [1].

В связи с этими реформами в Украине была создана рабочая группа по нормативному обеспечению профилактической медицины. Среди прочих, обсуждается проект основного нормативного акта в этой сфере Закона Украины «Об общественном здоровье», которым должна определяться миссия и основные функции Центра общественного здоровья.

В вышеупомянутом проекте закона будут соревноваться две концепции организации профилактической медицины: советская и западная. Советская концепция предполагает командно-административные методы работы врачей-профилактиков, а также активные действия санитарно-эпидемиологической службы в кризисных ситуациях (например, в случае эпидемий). Западная концепция предполагает превентивно-профилактические механизмы регулирования общественных отношений в этой сфере (рискоориентированный подход и политика общественного здоровья). Кроме того, западная модель не предусматривает активные действия служб в кризисных ситуациях (карантин, активная борьба с инфекционными заболеваниями, ликвидация очагов и т.д.), а предполагает лишь мониторинг течения эпидемий и их последствий.

Модель сочетания западной и советской концепций будет во многом определять структуру, качественный и количественный состав медицинских работников, миссию и основные функции современной медицинской профилактической службы, а также систему подготовки кадров – специалистов по профилактическому здравоохранению в высших медицинских учебных заведениях.

#### Список литературы:

1. Протас С. В. Открытое письмо Министру здравоохранения Украины [Электронный ресурс]. - file:///C:/Users/comp/AppData/Local/Temp/vidkrytyi\_lyst\_Protas.pdf

УДК 377.5

*Арпентьев Ю.Е., Арпентьева М.Р.  
Фирма «CORT» г. Кишинев, Молдова*

### СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ХРОНИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ

*В статье рассматриваются вопросы организации социальной работы с хронически больными людьми, определяется значимость социально-медицинской помощи данной категории населения.*

**Ключевые слова:** социально-медицинская помощь, социальная работа, хроническая болезнь.

*Arpentiev J. E., M. R. Arpentieva,  
Firm "CORT", Chisinau, Moldova*

### SOCIAL-MEDICAL ASSISTANCE TO CHRONICALLY ILL PERSONS

*This article is devoted to the questions of the social work's organization with the persons, who chronically ill. The article deals with the information about the significance of the social-medical assistance to this category of the population.*

**Key words:** social and medical care, social work, chronically ill person.

Современная социальная медицина и социальная психология медицины - области, еще только начинающие свое развитие. Однако, в этом развитии отчетливо заметна превентивная ориентация и обращенность к системному рассмотрению социально значимых болезней [11; 14], их причин, последствий, профилактики, лечения и проблем. В самом общем виде социально значимые заболевания (раньше использовался термин «социальные болезни») — болезни, возникновение и (или) распространение которых в определяющей степени зависит от социально-экономических условий. Основной их признак и проблема — способность к широкому распространению (массовость). Поскольку социально значимые заболевания не так часто являются заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, то на них обращают внимание уже тогда, когда процент заболеваемости резко растет, как например, с болезнями психическими, сердечно-сосудистой системы, онкологическими и вирусными заболеваниями и т.д., когда болезни достигают масштабов эпидемий и пандемий, сопровождающих стихийные бедствия, войны и теракты, массовый голод и дефолты государств, «инновации» в социальной сфере, связанные с «изъятием» тех или иных прав граждан, иные «нововведения», существенно снижающие уровень жизни населения. В последнее время люди все чаще страдают психическими нарушениями, в отношении которых, помимо прочего, активно используются меры принудительного лечения и изоляции [13]. Лечение таких больных требует интеграции деятельности медицинских и иных организаций и специалистов. Ведущими аспектами в работе с социально значимыми заболеваниями являются профилактические и реабилитационные, направленные на профилактику болезней путем предотвращения их психологических и нравственных причин, на реабилитацию, в ходе которой пациенты могут переосмыслить свою жизнь. Социальная значимость заболеваний может естественным образом снижаться при целенаправленном и эффективном воздействии на основные факторы, вызывающие и поддерживающие эти заболевания, при проведении масштабных профилактических мероприятий, включая мероприятия по организации мониторинга и сопровождения больных и их семей, организации групп самопомощи и взаимопомощи, вовлечении больных в деятельность социального служения, гармонизирующую их отношения с собой и миром [1; 6; 11; 16]. В периоды социальных кризисов наличие сходных нарушений отношений к себе и миру вызывает возникновение в массовом, «социально значимом» порядке, тех или иных видов заболеваний: в истории человечества наиболее значимыми становились время от времени те или иные группы болезней. Сегодняшний список социально значимых, массовых болезней (иммунные и аутоиммунные, сердечный и бронхо-легочные, онкологические и психические) отражают состояние тотального несогласия человека с собой и миром, отвержение и отсутствие любви к себе и миру наряду с переживанием невозможности что-то изменить и защитить себя, а также нежеланием измениться и стремлением уйти от решения жизненных проблем. Нестабильные отношения в семье и на работе способны привести к возникновению патологий и мета-патологий психического и соматического типа (первичные нарушения). Особо опасно для семьи или трудовой организации наличие больных, имеющих не только социально значимые, но опасные заболевания, однако, с другой стороны [16], семья и отношения в трудовом коллективе часто активно продуцируют и провоцируют возникновение «идентифицированных пациентов», сваливая на некоторых членов семьи и сотрудников повышенную физическую, социальную, психическую нагрузку. В работе с этими случаями огромное значение имеет помощь команды эдологов: медицинских и социальных работников, психологов, юристов и даже экономистов. Помимо комплексной поддержки, нужен акцент на социально-психологическую составляющую нарушений: необходимость лечить человека, а не заболевание / орган. Она предполагает, что психологическое сопровождение организации и ее членов выходит на первый план. Не случайно сущность социальной медицины часто сводится к социально-психологической работе с клиентами разных (семейных, организационных) групп: супругами и детьми, сотрудниками и т.д. [9; 10; 12; 15]. Основная часть работы в сфере коррекции и реабилитации, профилактики и диагностики социально опасных заболеваний связана поэтому с трансформацией отношений человека к себе и миру, их переосмыслению. В рамках работы с клиентами реабилитационно-оздоровительных центров в г. Кишиневе, иных городах СНГ, нами разработана экспресс-методика активизации внутренних ресурсов личности «Базовые установки здоровья»: 1. «Здоровье не восстанавливают, здоровье развивают»; 2. Системность воздействия; 3. Внимание к будущему; 4. Помогите себе и другим; 5. Не забывайте про опыт всего человечества; 6. Излечение – побочный результат развития; 7. Развитие – развитие способности любить; 8. Если вы создали болезнь, то вы можете ее излечить; 9. Старение – это привязанность к прошлому; 10 Умирать и болеть можно по-разному [1; 2; 3; 4; 5]. Цель данного списка «установок» - активизировать ресурсы выздоровления человека с помощью рассмотрения стереотипов о жизни и смерти человека, обращения к фактам и информации, часто остающейся вне поля зрения человека, слепо доверяющего официальной медицине и/или бытующим в его окружении искаженным представлениям. Эта же цель лежит в основе действительно продуктивной и эффективной психологической помощи больным и умирающим людям. Пытаясь помочь, специалисты применяют разные психологические социальные, педагогические, медицинские и иные технологии. Однако, людям часто трудно поменять расстановку приоритетов, а именно перейти от лечения к борьбе, от терпения к совладанию, от центрации на болезни и ограничениях в безграничности развития, от центрации на собственных проблемах к децентрации и построению / восстановлению отношений взаимопомощи и социального служения с миром. Чаще всего человеку легче болеть и умирать, чем измениться. Однако именно сочетание изменения направленности