

**СОЦИАЛЬНЫЕ КООРДИНАТОРЫ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ГОРОДА
МОСКВЫ: ШТРИХИ К СОЦИАЛЬНОМУ ПОРТРЕТУ****Фирсов М.В., Птицына Н.А., Беставашвили И.Р.**

Фирсов Михаил Васильевич

Российский государственный социальный университет,

г. Москва, Россия. 129226, Московская область, г. Москва, ул. Вильгельма Пика, д.4, стр.1.

Птицына Наталья Алексеевна

Ивановский государственный университет,

г. Иваново, Россия. 153025, Ивановская область, г. Иваново, ул. Ермака, д. 39.

Беставашвили Илья Русланович

ГБУ «Московское долголетие»

г. Москва, Россия. 109004, Московская область, ул. Земляной Вал, д.68, строение 1.

E-mail: mihail_firsov@mail.ru, napticyna@yandex.ru, gbu-md@social.mos.ru

Состояние здоровья – один из существенных факторов, влияющих на возможности людей вести полноценную трудовую жизнь и создавать экономические блага. Экономическое и социальное развитие Российской Федерации формируют население страны, здоровью и самочувствию которого, необходимо уделять особое внимание. Изучение деятельности сотрудников социального сервиса «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы», предоставляющих комплексную социально-медицинскую помощь пациентам, находящимся на госпитализации (от поступления до выписки), обусловлено тем, что эффективное взаимодействие в контексте «социальный координатор–пациент» уже на начальных этапах позволяет выявить людей старшего возраста, входящих в группу подверженную риску возникновения медицинских осложнений и повторной госпитализации, и определить пути решения разноплановых задач (социальных, психологических и др.), направленных на восстановление социально-психологического самочувствия и развитие адаптационных возможностей у пациентов 65+ для возврата к полноценной жизни. Социальная координация осуществляется в рамках межведомственного подхода на основе кооперации и сотрудничества с представителями учреждений социальной защиты и социального обслуживания населения, поэтому особое внимание уделено анализу проблем и специфики деятельности старших социальных координаторов, функционал которых включает курирование всех рабочих процессов социального сервиса на территории медицинской организации и взаимодействие с различными социальными службами за ее пределами. Делается вывод о том, что в условиях перехода практики к новой парадигме оказания социально-медицинской помощи (от директивности к проактивности и мультимодальности) происходит становление субъекта нового вида профессиональной деятельности; формирование у него готовности выполнять многоаспектные задачи и действовать в нетипичной ситуации.

Ключевые слова: социальная работа, социальная координация, люди старшего возраста, социально-медицинская помощь, старшие социальные координаторы.

**SOCIAL COORDINATORS IN MEDICAL ORGANIZATIONS OF THE CITY OF MOSCOW:
STROKES TO THE SOCIAL PORTRAIT****Firsov M.V., Ptitsyna N.A., Bestavashvili I.R.**

Firsov Mikhail Vasilyevich

Russian State Social University

Moskva, Russia. 129226, Moscow region, Moskva, Wilhelm Peak str., 4, building 1.

Ptitsyna Natalya Alekseevna
Ivanovo State University,
Ivanovo, Russia. 153000, Ivanovo region, Ivanovo, Ermaka str., 39
Bestavashvili Ilya Ruslanovich
GBU "Moscow longevity"
Moscow, Russia. 109004, Moscow region, Moscow, Zemlyanoy Val str, 68, building 1
E-mail: mihail_firsov@mail.ru, napticyna@yandex.ru, gbu-md@social.mos.ru

Study of the activities of employees of the social service "Social service in medical organizations of the state health care system of the city of Moscow," providing comprehensive social and medical care to patients who are hospitalized (from admission to discharge), due to the fact that effective interaction in the context of "social coordinator-patient" at the initial stages allows you to identify older people who are at risk of medical complications and re-hospitalization, and determine ways to solve diverse tasks (social, psychological, etc.), aimed at restoring social and psychological well-being and developing adaptation opportunities in patients 65 + to return to a full life. Social coordination is carried out within the framework of an interdepartmental approach on the basis of cooperation and cooperation with representatives of institutions of social protection and social services of the population, therefore, a special. It is concluded that in the context of the transition of practice to a new paradigm of providing social and medical care (from directionality to proactivity and multimodality), the subject of a new type of professional activity is becoming; his willingness to perform multidimensional tasks and act in an atypical situation is forming

Keywords: social work, social coordination, older people, social health care, senior social coordinators.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

В целях обеспечения устойчивого экономического и социального развития Российской Федерации, укрепления государственного, культурно-ценностного и экономического суверенитета, увеличения численности населения страны и повышения уровня жизни граждан определены основные направления и целевые показатели их реализации [1]. Состояние здоровья – один из существенных факторов, влияющих на возможности людей вести полноценную и продуктивную жизнь. Неслучайно в число приоритетных направлений научно-технологического развития страны включены превентивная и персонализированная медицина, обеспечение здорового долголетия; а в перечень важнейших наукоемких технологий – биомедицинские и когнитивные технологии здорового и активного долголетия [2]. Основной целью реформирования отечественного здравоохранения является повышение качества медицинской помощи, оказываемой населению, преодоление неравенства и расширение доступности к предоставлению медицинских услуг. В условиях дефицита финансирования программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в Российской Федерации внимание ученых и практиков-представителей различных областей знания сфокусировано на поиске технологий, обеспечивающих рациональное и эффективное использо-

вание ресурсов медицинских организаций и учреждений системы социальной защиты и социального обслуживания населения [3-5].

Многоаспектная задача народосбережения становится особенно актуальной в условиях старения населения страны, снижения физической и социальной активности граждан, ухудшения состояния физического и ментального здоровья. Согласно данным государственной статистики, в Российской Федерации увеличивается доля людей старше трудоспособного возраста [6], а среди регионов субъектов Российской Федерации по состоянию на начало 2023 г., выделяются по этому показателю Москва (около 3,5 миллиона человек), а также Московская область (2 млн. человек), Краснодарский край и Санкт-Петербург (по 1,4 млн. человек), Ростовская (1,1) и Свердловская (1,0) области [7, 21]. Люди старшего возраста, проживающие в крупных городах, особенно жители мегаполисов, сталкиваются с рядом социально-экономических проблем, оказывающих влияние на их социальное самочувствие и качество жизни: неравномерное развитие социальной инфраструктуры, затрудняющее доступ к социальным учреждениям; ухудшение состояния здоровья, сопровождающееся депрессией; утрата социальных связей, приводящая к социальной изоляции и др. Возрастание доли людей старше трудоспособного возраста как в структуре населения мегаполисов, так и в стране в целом.

Обусловливает необходимость изменения приоритетов и направлений социальной политики государства, поиск механизмов и технологий, нацеленных на обеспечение качества их жизни и активного долголетия [8, 9].

Обзор научных работ современных исследователей показывает, что отечественная социальная работа как теория, направление общественной деятельности, процесс образования меняет свои существенные исторические характеристики [10-12], поэтому возрастает значимость межведомственного взаимодействия и понимание роли межпрофессионального сотрудничества, особенно в области здравоохранения и социальной работы [13, 14]. Необходимость дополнения процесса лечения пациента социальными программами возникла в процессе становления социальной работы в здравоохранении. Эта потребность впервые осмысливается в странах глобального Севера. Так, пионер медико-социальной работы Ида Кэннон, еще в 20-х годах считала, что медицинский социальный работник стремится устранить те препятствия (в окружении пациента или в его психическом отношении), которые мешают успешному лечению, а совмещение медицинского ухода и социальной помощи способствуют его выздоровлению как целостной личности [15]. В начале XX века происходит постепенное понимание того, что следует концентрировать внимание не отдельно на болезни человека, а на его целостном социальном функционировании, где болезнь лишь один из факторов, который меняет его жизненные стратегии. Данный подход оказал существенное влияние на практику мировой медицинской помощи. Сегодня осмысление факторов здоровья в контексте социальных проблем является нормативным требованием к оказанию комплексной помощи пациенту. В этой связи важное значение имеет подход отечественного специалиста в области медико-социальной работы профессора А.В. Мартыненко, полагающего, что работа с лицами высокого риска заболевания (сердечно-сосудистыми, онкологическими, вызываемыми зависимостью от психоактивных веществ и т.д.) в рамках односторонних профессиональных мероприятий, медицинских или социальных, малоэффективны. По мнению А.В. Мартыненко, «развитие социальной работы в медицинском учреждении наиболее благоприятно осуществляется в интегрированных моделях социальных служб, предусматривающих включение в этот процесс всех имеющихся у общества средств и возможностей, а также при целенаправленном педагогическом обеспечении этих моделей» [16, 17].

Технологии социальной координации в мировой и отечественной практике в настоящее время становятся неотъемлемой частью интегративного подхода к оказанию помощи человеку, имеющего проблемы со здоровьем. Как технологии клинической социальной работы они реализуются в условиях госпитальной социально-медицинской работы.

Однако, концепция и подходы социальной координации в разных странах неоднозначны, они трансформируются в зависимости от новых вызовов, социально-экономического положения, изменяющихся условий и потребностей клиентов.

Методологическое и методическое обоснование и практикоориентированное описание разработки и реализации технологии социальной координации в медицинских организациях города Москвы, нацеленной на оказание комплексной социально-медицинской помощи пациентам 65+, находящимся на госпитализации (от поступления до выписки) представлено в ряде научных публикаций авторов [18, 19]. Опыт создания и функционирования социального сервиса «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» представляет собой уникальный инновационный проект, направленный на повышение физической и социальной активности граждан старших возрастных групп, их адаптацию и социализацию в изменяющихся условиях жизнедеятельности. Служба социальной координации функционирует в столице с сентября 2021 г. Органы власти и подведомственные им организации взаимодействуют на основе Приказа Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы и Департамента здравоохранения города Москвы № 53/90 от 03.02.2023 г. «О взаимодействии Департамента труда и социальной защиты города Москвы, Департамента здравоохранения и подведомственных им организаций при реализации социального сервиса «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы». Деятельность службы рассчитана на долгосрочную перспективу и сориентирована на предвосхищение изменяющихся потребностей пациентов, поэтому особое внимание в рамках данной статьи уделено изучению проблем и специфики работы старших социальных координаторов, трудящихся в медицинских организациях столицы.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Положения статьи основаны на анализе материалов официальных документов, государственной и ведомственной статистики.

Эмпирическую базу исследования составили данные, полученные в результате включенного наблюдения, пилотажных социологических исследований, сбор которых осуществлялся в июне-ноябре 2023 г. в два этапа. Первый – в период с 18 июня по 27 июня 2023 г.; выборочная совокупность составила 78 человек, опрошены сотрудники социального сервиса-участники проекта. Выборка простая, случайная; составила 52% от генеральной совокупности, что обеспечило высокий уровень достоверности результатов. Проведенное исследование позволило определить тенденции становления отечественной модели социальной координации, выявить проблемы и особенности деятельности участников проекта. В целях расширения и приращения полученной информации проведен второй пилотаж с 27 сентября по 7 октября 2023 г. Выборочная совокупность составила 45 человек, в опросе приняли участие все сотрудники социального сервиса, на момент проведения исследования занимавшие должность старшего координатора. Материалы опроса дополнены данными, полученными в ходе бесед с участниками проекта.

Процедура проведения исследований предполагала заполнение анкет, созданных в онлайн форме на специализированном сайте для проведения интернет-опросов Google Forms. Статистическая обработка данных проводилась средствами программного обеспечения IBM SPSS Statistics 21.

СОДЕРЖАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В условиях перехода практики к новой парадигме оказания социально-медицинской помощи (от директивности к проактивности и мульти-модальности) происходит становление субъекта нового вида профессиональной деятельности, формирование у него мотивов, ценностей, определенных профессионально-личностных качеств, а также готовности к выполнению многоаспектных задач в ходе практической работы.

Рассмотрим полученные данные.

Социально-демографические характеристики респондентов. В ходе исследования опрошено 45 сотрудников социального сервиса, занимающих должности старших социальных координаторов, среди которых 86% – женщины, 14% – мужчины. Средний возраст опрошенных – 44 г. Модальную возрастную группу представляют лица в возрасте от 41 до 50 лет – 50%, далее возрастные группы распределяются следующим образом: от 31 до 40 лет – 30%; 50 лет и старше – 11%, до 30 лет – 9%. Подавляющее большинство опро-

шенных имеют высшее образование (86%), причем 62% обучались по таким направлениям подготовки, как «Социальная работа» (21%), «Менеджмент и экономика» (17%), «Социальная педагогика и психология» (14%), «Государственное и муниципальное управление» (10%). До участия в проекте большинство опрошенных (86%) трудились в органах социальной защиты и учреждениях социального обслуживания населения; более трети – занимали руководящие должности (заведующий отделением, заместитель заведующего филиалом и др.). Можно предположить, что наличие высшего образования и практического стажа работы в социальной сфере позволяют старшим социальным координаторам объективнее оценивать социальное положение пациентов, их возможности возвращения к привычному образу жизни после завершения госпитализации, а также определять примерный объем работы специалистов, включающий решение разноплановых задач (социальных, психологических и др.). Более половины опрошенных отметили, что состоят в браке (80%), в том числе 30% – в зарегистрированном, а 50% – в гражданском; 9% – не женаты (не замужем); 11% выбрали вариант «другое» (в основном, указали, что разведены). Подавляющее большинство респондентов имеют детей (82%). Уровень своего материального положения старшие социальные координаторы, в целом по выборке, оценили как средний (80%). Незначительная доля опрошенных посчитали его высоким (5%), почти такая же (4%) – низким. Около 1/10 респондентов (11%) затруднились ответить на этот вопрос. К факторам материальной обеспеченности относятся и жилищные условия. Как показал опрос, 80% сотрудников службы социального сервиса имеют отдельное благоустроенное жилье (в том числе 77,8% – квартиру, 2,2% – свой дом); в то же время 13,3% снимают жилье, 4,4% – проживают в общежитии, 2,2% – указали, что проживают совместно с родителями. Среди тех, кто считает свой доход низким – респонденты не имеющие собственного жилья, снимающие комнату или квартиру. Можно предположить, что затраты на оплату съемного жилья составляют значительную часть расходов опрошенных и существенно влияют на оценку собственного материального положения. Ценностно-мотивационные характеристики старших социальных координаторов. Рассматривая профессиональную адаптацию как социальный процесс и результат освоения личностью новой ситуации, необходимо учитывать, что личность и профессиональная среда оказывают взаимное влияние друг на друга.

Интересно мнение опрошенных о мотивах участия в реализации проекта. Как выяснилось, основные мотивы сводятся к следующему: возникло желание освоить новое направление деятельности (68,9%), пригласили поучаствовать в проекте (42,2%), использовал (а) возможность построить профессиональную карьеру (24,4%), появилась возможность расширить сеть профессиональных связей (20%), другое – 8,9 %.

Представленные данные очень показательны: большинство опрошенных мотивированы на дальнейшее профессиональное развитие. Кроме того, почти половина респондентов стали сотрудниками социального сервиса, получив приглашение поучаствовать в реализации проекта.

Понимая сложность задач, стоящих перед службой социальной координации, руководители в ходе комплектования кадрового состава, особое внимание уделяли наличию у специалистов высшего образования и практического опыта работы в системе социальной защиты и социального обслуживания населения [20].

Принимая решение об участии в проекте, 89% опрошенных имели представление о том, в чем будет заключаться их практическая деятельность. Кроме того, приступив к работе, респонденты включились не только в систему профессиональных и социально–психологических отношений социальной службы, но и одновременно осваивали новые для них социальные роли, ценности, нормы, соотносили свою профессиональную позицию со стандартами оказания социальных услуг, которые разрабатывались в ходе становления и развития социального сервиса.

Как свидетельствуют полученные данные, в ранговом ряду ценностей у старших координаторов доминируют семья (82,2%); хорошее здоровье (77,8%), интересная работа (77,8%), профессиональное развитие (73,3%). Материальное благополучие занимает пятую позицию (62%), шестую – уважение окружающих (48,9%), седьмую – стабильность в стране (31,1,1%). Можно предположить, что наличие интересной работы и возможность профессионального развития, имеющие большое значение для опрошенных, способствуют формированию мотивационной готовности старших координаторов к освоению нового вида профессиональной деятельности и дальнейшему профессиональному развитию.

Поскольку функционал, выполняемый старшими социальными координаторами в современных медицинских организациях, становится

более разнообразным и требует широкого круга знаний и умений, важное значение отводится наличию специальной подготовки. Судя по полученным данным, только 16% опрошенных проходили обучение перед участием в проекте. Специальная подготовка осуществлялась на базе различных учреждений, в числе которых респонденты назвали ГБУ Геронтологический центр «Западный», ГКБ № 15 имени О.М. Филатова, ГАУ «Институт дополнительного профессионального образования работников социальной сферы» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы, НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского.

На момент проведения пилотажа половина старших координаторов (53%) уже больше года участвовали в проекте, 40% – около года; 7% – меньше года. Соответственно, у опрошенных уже сложилось мнение о том, что их удовлетворяет и/или не удовлетворяет в выполняемой работе. На рис. 1 отражено мнение опрошенных об удовлетворенности трудом.

Как видим, среди показателей удовлетворенности выполняемой работой доминирует возможность оказания помощи людям. Большое значение опрошенные придают коммуникации с людьми (как с коллегами, так и с пациентами), отношениям с коллегами, наличию поддержки и помощи со стороны руководителей.

Несмотря на то, что, в целом по выборке, большинство старших координаторов считают уровень своего дохода средним, почти половина опрошенных удовлетворены существующей оплатой труда. Значимыми для респондентов оказались также возможность самореализации и условия труда. Основываясь на полученных данных, можно предположить, что одной из основополагающих профессиональных ценностей старших социальных координаторов является альтруизм, который проявляется в готовности расходовать свои личные ресурсы (дополнительное время, усилия и др.), для качественного выполнения своих должностных обязанностей.

В целом по выборке, более половины опрошенных (47%) считают, что их все устраивает в выполняемой работе. Основные причины неудовлетворенности трудом у другой части сотрудников (53%) сводятся к следующему: недостаточность ресурсов (33%), отсутствие обучения (8%). Затруднились с выбором ответа 8% опрошенных. Наиболее наполненным оказался такой вариант ответа, как «другое» (51%).



Рис.1. Мнение респондентов об удовлетворенности работой, в % (n=45)

Fig. 1. Respondents' opinion on job satisfaction, in % (n=45)

В числе проблем респондентами названы:

– особенности коммуникации, в том числе специфика взаимодействия с родственниками пациентов и самими пациентами («агрессия со стороны нерадивых родственников пациентов», «нежелание самих пациентов ценить ту помощь, которая им оказывается, все принимается как должное») и врачами («снискходительность в общении»);

– организация и условия труда, оснащение рабочих мест («отсутствие своего кабинета и компьютера в больнице», «неусовершенствованная программа ИС ГКБ», «выбор даты отпуска ограничен»), оплата труда («отсутствует компенсация проезда: многие хосписы расположены на окраинах Москвы», «не оплачивается проезд, а зарплата не такая большая»);

– несвоевременное информирование о внесении изменений в нормативно-правовые документы («пока на данном этапе большое количество изменений, которые не всегда успевают доходить до обычных сотрудников», «не всегда успеваем отследить изменения, отстает информация»).

Ответы респондентов свидетельствуют о наличии ряда проблем, затрудняющих деятельность старших социальных координаторов. Полагаем, что эти данные могут представлять интерес для руководителей социального сервиса и могут быть учтены в дальнейшей работе.

Особенности содержания деятельности старших социальных координаторов. В период проведения исследования среди пациентов, кото-

рым оказывали помощь сотрудники службы социальной координации, преобладали люди старшего возраста (65+), лица БОМЖ, а также участники, ветераны и инвалиды ВОВ.

На рис.2 представлено мнение респондентов о видах социальных услуг, которые чаще всего предоставляются пациентам.

Согласно полученным данным, наиболее востребованными услугами, предоставляемыми старшими социальными координаторами указанным категориям пациентов, являются поиск их родственников и иных близких людей, информирование о выписке, установление жизненных обстоятельств гражданина с когнитивными нарушениями, а также оказание содействия в предоставлении транспорта и в подтверждении личности.

Следует отметить, что функционал старшего социального координатора включает наличие взаимодействия как с медицинским персоналом и коллегами, так и с пациентами, родственниками и другими близкими людьми пациентов, поэтому важно было понять какие трудности возникают у орошенных в практической деятельности.

Основными трудностями, возникающими в процессе оказания услуг пациентам, опрошенные считают взаимодействие с представителями других служб (41%), установление контакта с родственниками и/или близкими людьми пациента (28,2%), а также недостаток времени, предусмотренный для выполнения услуги (7,7%), в общении с пациентами (7,7%).

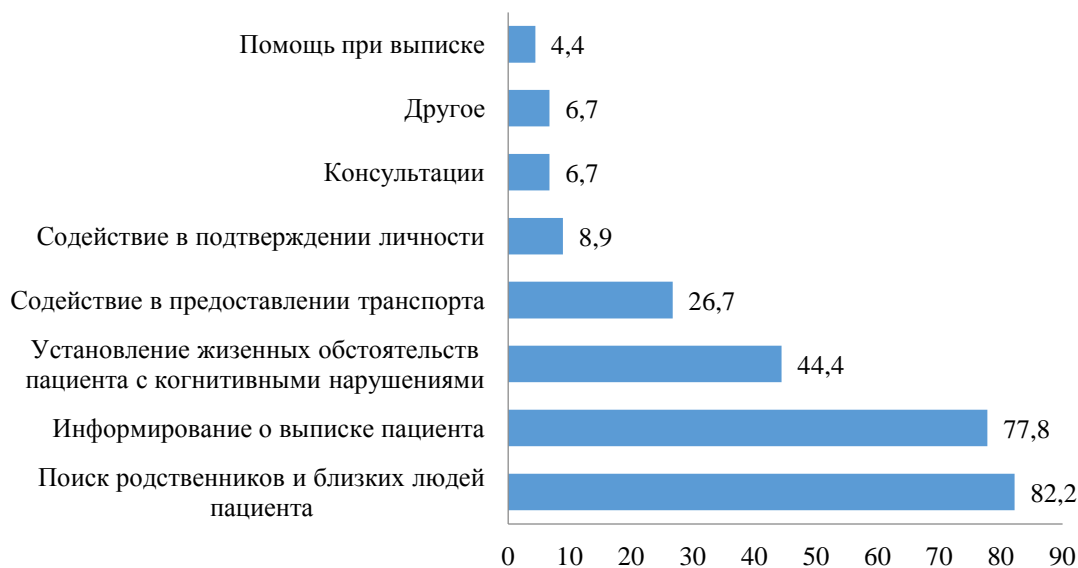


Рис.2. Виды социальных услуг, которые респонденты чаще всего предоставляют пациентам, в % (n=45)
 Fig. 2. The types of social services that respondents most often provide to patients, in % (n=45)

Около пятой части опрошенных отметили, что трудностей не испытывают; почти столько же выбрали вариант ответа «другое». Представляют интерес наиболее часто встречающиеся в этой категории мнения опрошенных, среди которых доминируют следующие:

- взаимодействие с коллегами из других социальных организаций («отсутствие понимания со стороны коллег из других социальных учреждений, как происходит работа в больнице, чем мы занимаемся и за что мы отвечаем», «далеко не все хотят вникнуть в ситуацию, не понимают за что мы отвечаем»),

- взаимодействие с пациентами и их родственниками («убедить пациента, что его не обязаны катать на машинке», «нежелание родственников помогать своему близкому человеку»),

- взаимодействие с врачами («сниженность и отстраненность некоторых врачей»).

Как видно, ответы близки по содержанию, отличия – в последовательности расстановки проблем. Необходимо отметить, что на трудностях во взаимодействии с коллегами, врачами, пациентами фиксируют внимание опрошенные, входящие в возрастную группу от 30 до 41 года, с менее продолжительным стажем участия в проекте. Более опытные сотрудники считают наиболее сложным поиск родственников или близких людей пациента и установление жизненных обстоятельств лиц с когнитивными нарушениями.

Можно предположить, что наличие практического опыта работы в системе социальной защиты и социального обслуживания помогает

старшим социальным координаторам выстраивать конструктивное взаимодействие как с медицинскими работниками и коллегами, так и с пациентами и их родственниками. Так, половина респондентов (52%) считают, что конфликты в профессиональной деятельности возникают редко; иногда – только у 5%; затруднились ответить – 43%.

На вопрос о том, с кем чаще всего происходят конфликты, более трети старших координаторов ответили, что у них конфликтов не бывает. Ответы другой части распределились таким образом: конфликты чаще всего происходят с родственниками пациентов (26%) и представителями других организаций (18%), крайне редко – с психологами (5%) и пациентами (3%). Респонденты, выбравшие вариант ответа «другое», в основном, также указывают на конфликты с родственниками пациентов («нежелание родственников пациента заботиться о родных», «нежелание родственников забирать своих близких, тратить время и средства на организацию перевозки», «родственники не понимают, что пациент готов к выписке и хотят еще оставить на лечение»); значительно реже с пациентами («нежелание покидать ГКБ по причине отсутствия взаимодействия с родственниками» или «в силу неожиданности нового положения»).

Среди способов урегулирования конфликтов опрошенные чаще отдают предпочтение таким, как сотрудничество и компромисс, реже – уклонению от конфликта и обращению к посредникам. Ролевой репертуар старших социальных координаторов значительно шире, чем у социальных координаторов, поэтому для эффективного

выполнения должностных обязанностей им необходимо иметь специальные знания, а также организационные и управленческие умения и навыки. По мнению опрошенных, наиболее востребованными в практической деятельности являются знания нормативно-правовых документов (86,4%), особенностей межведомственного взаимодействия с учетом должностных обязанностей (79,5%), специфики взаимодействия с пациентами (61,4%), особенностей взаимоотношений с медицинским персоналом (52,3%). Несмотря на небольшой показатель варианта «другое» (4,5 %), ответы заслуживают внимания, так как старшие координаторы указывают на востребованность «наличия мягких навыков и налаживания коммуникаций, в том числе внутри больницы», заботятся о результативности взаимодействия («знание с кем и как начать разговор, с каким настроением и с какой подачей, чтобы получить нужный результат», подчеркивают значение «психологии и эмоционального интеллекта»).

Приведенные ответы принадлежат старшим социальным координаторам, входящих в возрастную группу от 30 до 41 года с меньшим опытом работы в службе.

Вероятно, эти данные можно рассматривать как некий перечень тем, которые могут быть включены в содержание обучающих семинаров, тренингов, курсов для повышения квалификации старших социальных координаторов.

Кроме того, в ходе исследования изучены трудности, с которыми сталкиваются сотрудники социальной службы при составлении социального портрета пациента.

Как оказалось, пятая часть опрошенных не имеет затруднений при выполнении этой работы, тогда как для большинства респондентов достаточно сложно определить следующие характеристики: «функциональные и когнитивные нарушения, психиатрические проблемы, психосоматику» (33,3%), существующие жизненные обстоятельства», «отношения в семье пациентов (33,3%), «физиологические особенности» (13,3%), «социальное окружение (одиночество)» (13,3%).

Участвуя в разработке персонального маршрута по оказанию помощи пациенту, 13% отметили, что не испытывают трудностей. Большая часть старших социальных координаторов трудности видят в «безразличии родственников» (31%), «организации транспортировки пациентов» (19%), наличии «стресса и непонимания пациентами своего положения» (12%), «организации выписки» (6%). Менее пятой части опрошенных выбрали вариант ответа «другое».

Приведем ответы респондентов, обозначивших еще ряд проблем:

– особенности положения пациента («пациент после осложнения при лечении может не вставать, функциональные особенности могут изменяться», «при поступлении пациента в первый день не всегда просто собрать полноценную картину по социальному портрету, особенно, если пациент находится в реанимации») и взаимоотношения в его семье («внутрисемейные конфликты», «пациент не хочет, чтобы звонили и тревожили родственников»), наличие просроченных документов или их отсутствие («паспорт СССР», «никаких документов»);

– недостаток ресурсов социального сервиса («организация маршрута из имеющихся ресурсов организации», «ограниченный выбор направлений») и особенности взаимодействия с другими службами («длительные ответы от служб», «перекладывание ответственности одной инстанции на другую»).

Как видим, старшие координаторы не только обозначают наиболее актуальные проблемы (ограниченность финансирования, недостаточная развитость инфраструктуры и материально-технической оснащенности социальных учреждений), но и размышляют о путях совершенствования деятельности социального сервиса (сокращение сроков межведомственного документооборота, определение границ ответственности специалистов различных социальных служб) и повышения качества предоставления социально-медицинской помощи пациентам (расширение перечня услуг, урегулирование внутрисемейных конфликтов пациентов). Судя по полученным данным, большинство опрошенных положительно оценивают свое участие в реализации проекта. На вопрос: «Изменилось ли Ваше представление о работе старшего социального координатора за период участия в проекте, и каким образом?» респонденты ответили так: приобретен определенный практический опыт (73,3%); расширилось представление о содержании деятельности (55,6%); развиваются навыки коммуникации (28,9%). У менее 1/10 опрошенных представление о работе в должности старшего социального координатора не изменились. Можно предположить, что позитивная оценка участия в проекте способствует развитию у старших социальных координаторов потребности в расширении профессиональной эрудиции.

На рис. 3 отражено мнение опрошенных о том, в каких областях они бы хотели получить дополнительные знания.



Рис.3. Мнение респондентов о том, в каких областях дополнительно они хотели бы получить знания и развить навыки, в % (n=45)
 Fig. 3. The respondents' opinion on which areas they would like to additionally gain knowledge and develop skills, in % (n=45)

Анализ потребности респондентов в пополнении профессионального багажа показывает, что практики нуждаются, в первую очередь, в приобретении знаний в области клинической социальной работы и психологии, права и организации межведомственного взаимодействия, развития коммуникативных навыков и др. Овладение специальными знаниями будет обеспечивать построение конструктивного взаимодействия, как с сотрудниками медицинской организации, так и коллегами других социальных учреждений, а главное – способствовать формированию у пациента мотивации на социальную адаптацию и выздоровление; созданию благоприятных социально-психологических условий для стимулирования личностных изменений пациента, а также проведения коррекции патологических форм поведения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе полученных данных составлен обобщенный социально-демографический портрет старшего социального координатора: это женщина, входящая в возрастную группу от 41 до 50 лет, с высшим образованием, опытом работы в системе социальной защиты и социального обслуживания населения, состоящая в браке и воспитывающая детей; со средним уровнем материального достатка, проживающая в благоустроенной квартире; на момент проведения исследования более года участвующая в реализации проекта. «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы». Доминирующим мотивом участия в проекте опрошенные назвали желание освоить новое направление профессиональной деятельности. Наличие у старших социальных координато-

ров опыта практической работы в социальной сфере обусловило то обстоятельство, что около половины из них получили персональные приглашения поучаствовать в реализации инновационного проекта.

Верхние позиции в иерархии ценностей опрошенных наряду с семьей и хорошим здоровьем, заняли наличие интересной работы и возможность профессионального развития. Это дает основание предположить, что значимость профессиональной деятельности для старших социальных координаторов оказывает влияние на их оценку удовлетворенности выполняемой работой, в число основных показателей которой респонденты включили возможности оказания помощи людям, общение и отношения (с коллегами и пациентами). Основными причинами неудовлетворенности трудом названы недостаток ресурсов и отсутствие обучения. Кроме того, опрошенные обозначили и ряд других проблем: взаимодействие с коллегами из других социальных организаций, родственниками пациентов и медицинским персоналом.

Наиболее востребованными услугами, предоставляемыми пациентам 65+, старшие социальные координаторы считают поиск их родственников и иных близких людей, информирование о выписке, установление жизненных обстоятельств гражданина с когнитивными нарушениями, а также оказание содействия в предоставлении транспорта и в подтверждении личности.

Основные затруднения в ходе оказания услуг пациентам, по мнению опрошенных, возникают во взаимодействии с представителями других служб, установлении контакта с родственниками и/или близкими людьми пациента, а также – в де-

фиците времени, предусмотренном нормативами выполнения услуги. Кроме того, большинство старших социальных координаторов встречаются с трудностями как при составлении социального портрета пациента (сложно определить функциональные и когнитивные нарушения, психиатрические проблемы, психосоматику, существующие жизненные обстоятельства и «отношения в семье пациентов»), так и при разработке персонального маршрута по оказанию помощи пациенту: трудности видят в безразличии родственников, организации транспортировки пациентов», наличии стресса и непонимания пациентами своего положения.

Таким образом, в условиях перехода практики к новой парадигме оказания социально-медицинской помощи происходит становление субъекта нового вида профессиональной деятельности. Для успешного выполнения функционала старшему социальному координатору необходимо обладать широкой профессиональной эрудицией, включающей знания как о человеке в целом, так и о службе координации, а также совокупностью практических навыков. По мнению опрошенных, велика потребность в получении знаний в области клинической социальной работы и психологии, права и организации межведомственного взаимодействия, развития коммуникативных навыков и др. Овладение специальными знаниями посредством организации и проведения обучающих семи-

наров, тренингов или специальных курсов для старших социальных координаторов позволит, с одной стороны, оптимизировать деятельность социального сервиса, с другой – развивать управленческие компетенции его лидеров, формировать готовность выполнять многоаспектные задачи и действовать в нетипичных ситуациях.

Служба социальной координации в настоящее время находится в стадии становления, поэтому важное значение приобретает дальнейшее изучение различных аспектов содержания ее деятельности, начиная от анализа особенностей формирования субъекта нового вида профессиональной деятельности до специфики отдельных пациентов и групп людей, получающих социально-медицинскую помощь в государственных учреждениях здравоохранения. Полученные данные позволяют заключить, что востребованность и результативность деятельности социального сервиса способствуют повышению качества медицинской помощи, оказываемой населению, преодолению неравенства и расширению доступности предоставления медицинских услуг.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

The authors declare that there is no conflict of interest requiring disclosure in this article.

ЛИТЕРАТУРА

1. Указ Президента Российской Федерации от 4 мая 2024 года №309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу развития до 2036 года». <http://publication.pravo.gov.ru>
2. Указ Президента Российской Федерации от 18 июня 2024 года № 529 «Об утверждении приоритетных направлений научно-технологического развития и перечня важнейших наукоемких технологий».
3. **Сергеев С.М., Берендеева А.Б.** Проявления и факторы нарастания и торможения социализации экономики. *Современные наукоемкие технологии. Региональное приложение.* 2023. №1 (73). С. 6-15.
4. **Трегубов В.Н., Бовина А.А.** Эффективность использования коечного фонда федеральных округов. *Здравоохранение Российской Федерации.* 2020. № 64 (4). С. 173-180.
5. **Гришин В.В., Рагозин А.В., Ицелев А.А., Глазунова С.А.** Финансирование Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи; как решить проблему дефицита? *Здравоохранение Российской Федерации.* 2021. № 65 (6). С. 514-521. <https://www.rfhealth.ru>.
6. Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту. Информационно-аналитические материалы. <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13284>
7. Старшее поколение. <https://rosstat.gov.ru/folder/13877>
8. **Берендеева А.Б., Рычikhина Н.С.** Меры пространственного развития региона в преодолении негативных демографических и экономических тенденций. *Современные наукоемкие технологии. Региональное приложение.* 2023. № 2 (74). С. 6-18.

REFERENCES

1. Decree of the President of the Russian Federation No. 309 dated May 4, 2024 "On the National Development Goals of the Russian Federation for the period up to 2030 and for the development perspective up to 2036". <http://publication.pravo.gov.ru>.
2. Decree of the President of the Russian Federation No. 529 dated June 18, 2024 "On approval of priority directions of scientific and technological development and the list of the most important high-tech technologies".
3. **Sergeev S.M., Berendeeva A.B.** Manifestations and factors of the growth and inhibition of the socialization of the economy. *Modern high technology. Regional application.* 2023. N 1 (73). P. 6-15.
4. **Tregubov V.N., Bovina A.A.** Efficiency of use of bed capacity of federal districts. *Healthcare of the Russian Federation.* 2020. N 64 (4). P. 173-180.
5. **Grishin V.V., Ragozin A.V., Kiselev A.A., Glazunova S.A.** Financing programs of state guarantees of free medical care; how to solve the problem of shortage? *The health system of the Russian Federation.* 2021. N 65 (6). P 514-521. <https://www.rfhealth.ru>.
6. The population of the Russian Federation by gender and age. Information and analytical materials. <https://rosstat.gov.ru>
7. The older generation. <https://rosstat.gov.ru/folder/13877>
8. **Berendeeva A.B., Rychikhina N.S.** Measures of spatial development of the region in overcoming negative demographic and economic trends. *Modern high technology. Regional application.* 2023. N 2 (74). P. 6-18.

9. Социально-экономическое развитие Московского макрорегиона: стратегический вектор: монография. А. Б. Берендеева, О. О. Коробова, Е. Е. Николаева, Н. С. Рычихина; под общ. ред. Е. Е. Николаевой. Иваново: Иван. гос. ун-т. 2023. 400 с.
10. **Фирсов М.В., Лельчицкий И.Д., Вдовина М.В., Черникова А.А.** Клинический вектор модернизации платформы социальной работы 1.0 в условиях новых глобальных вызовов. *Общество. Социология. Психология. Педагогика*. 2021. № 3. С.19-24. <https://elibrary.ru/vuddlc>
11. **Фирсов М.В., Лельчицкий И.Д., Черникова А.А., Ивлева С.А.** Основные тенденции социальной работы в период постмодернизации: динамика с 2004-го по 2019 гг. *Вестник Тверского государственного университета. Серия «Педагогика и психология»*. 2022. № 4 (61). С. 141-150.
12. **Фирсов М.В., Лельчицкий И.Д., Макеева Н.Ю.** Социальная работа: социально-педагогическая работа, медико-социальная работа, социально-психиатрическая работа как клинические векторы реконструкции менеджериалистской парадигмы. *Медико-социальная работа: теория, технологии, образование*. отв. редактор А.В. Мартыненко. М., 2023. С. 13-23.
13. **Мартыненко А.В., Королев М.А.** Социальные работники о совершенствовании медико-социальной помощи в организациях социального обслуживания населения. *Социальная политика и социология*. 2021. Т.20. № 3(140). С.118-125. <https://elibrary.ru/item.asp>.
14. **Шальгина О.В., Фирсова Т.И., Баранов И.С.** Социальные координаторы – новая профессия. *Отечественный журнал социальной работы*. 2023. № 4 (95). С. 133-139.
15. **Cannon Ida M.** Social work in hospitals. A contribution to progressive medicine new york, 1913, by the russell sage foundation. 257 p.
16. **Мартыненко А.В.** Социальная работа как новый компонент в системе охраны здоровья (обзор литературы). *Здравоохранение Российской Федерации*. 2023. № 67(1). С. 85-92. <https://www.rfhealth.ru/jour/article/view>.
17. **Мартыненко А.В.** Исследование проблем медико-социальной работы в Российской Федерации (обзор диссертаций). *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022; 30 (5). С. 838. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-5-836-842>
18. **Фирсов М.В., Мкртумова И.В., Птицына Н.А., Беставашвили И.Р.** Изменение философии и практики социальной работы в дискурсах социальной координации: сдвиг парадигмы от менеджериализма к клинике. *Отечественный журнал социальной работы*. 2023. № 2 (93). С. 10-26.
19. **Фирсов М.В., Птицына Н.А., Беставашвили И.Р.** Социальная координация – новый вектор развития отечественной социальной работы. *Современные наукоемкие технологии. Региональное приложение*. 2024. № 1 (77). С. 34-41. DOI:10.6060/snt.20247701.0005.
20. **Беставашвили И.Р.** Социальные координаторы в больницах. *Московская медицина*. 2023. №4 (56) С.90.
21. **Берендеева А.Б., Рычихина Н.С.** Степень остроты демографических вызовов в регионах центра России. *Современные наукоемкие технологии. Региональное приложение*. 2022. № 2 (70). С. 12-21
9. Socio-economic development of the Moscow macro-region: a strategic vector: monograph. A. B. Berendeeva, O.O. Korobova, E. E. Nikolaeva, N. S. Rychikhina; under the general editorship of E. E. Nikolaeva. Ivanovo: Ivan. state University. 2023. 400 p.
10. **Firsov M.V., Lelchitsky I.D., Vdovina M.V., Chernikova A.A.** Clinical vector of modernization of the social work platform 1.0 in the context of new global challenges. *Society. Sociology. Psychology. Pedagogy*. 2021. N 3. P. 19-24. <https://elibrary.ru/vuddlc>
11. **Firsov M.V., Lelchitsky I.D., Chernikova A.A., Ivleva S.A.** The main trends of social work in the period of postmodernization: dynamics from 2004 to 2019. *Bulletin of Tver State University. The series "Pedagogy and psychology"*. 2022. N.4 (61). P. 141-150.
12. **Firsov M.V., Lelchitsky I.D., Makeeva N.Yu.** Social work: socio-pedagogical work, medical and social work, socio-psychiatric work as clinical vectors of reconstruction of the managerialist paradigm. *Medical and social work: theory, technology, education*. editor-in-chief A.V. Martynenko. M., 2023. P. 13-23.
13. **Martynenko A.V., Korolev M.A.** Social workers on improving medical and social care in social service organizations. *Social policy and sociology*. 2021. V. 20. N 3(140). P. 118-125. <https://elibrary.ru>.
14. **Shalygina O.V., Firsova T.I., Baranov I.S.** Social coordinators are a new profession. *Russian Journal of Social Work*. 2023. N.4 (95). P. 133-139.
15. **Cannon Ida M.** Social work in hospitals. A contribution to progressive medicine. New york, 1913, by The russell sage foundation. 257 p.
16. **Martynenko A.V.** Social work as a new component in the health protection system (literature review). *Healthcare of the Russian Federation*. 2023. N 67(1). P. 85-92. <https://www.rfhealth.ru/jour/article/view/1106>
17. **Martynenko A.V.** Research of problems of medical and social work in the Russian Federation (review of dissertations). *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2022. 30 (5). P. 838. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-5-836-842>
18. **Firsov M.V., Mkrtumova I.V., Ptitsyna N.A., Bestavashvili I.R.** Changing the philosophy and practice of social work in discourses of social coordination: a paradigm shift from managerism to the clinic. *Russian Journal of Social Work*. 2023. N 2 (93). P. 10-26.
19. **Firsov M.V., Ptitsyna N.A., Bestavashvili I.R.** Social coordination is a new vector of development of domestic social work. *Modern high technology. Regional application*. 2024. N 1 (77). P. 34-41. DOI: 10.60/snt. 2024 7701.0005.
20. **Bestavashvili I.R.** Social coordinators in hospitals. *Moscow medicine*. 2023. N 4 (56) P. 90.
21. **Berendeeva A.B., Rychikhina N.S.** The degree of severity of demographic challenges in the regions of the center of Russia. *Modern high technology. Regional application*. 2022. N 2 (70). P. 12-21

Поступила в редакцию (Received): 01.03.2024
 Принята к опубликованию (Accepted): 11.08.2024