

Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию
Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
Уральская государственная медицинская академия

**СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА И СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО
В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ:
ПРОБЛЕМЫ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
И ПЕРСПЕКТИВЫ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ**

Материалы Межрегиональной научно-практической конференции
22-23 апреля 2008 г.

Екатеринбург
2008

УДК 614.2:368.4:612.013
ББК 51.1.(2)
К89

Социальная работа и сестринское дело в системе здравоохранения и социальной защиты населения: проблемы профессиональной деятельности и перспективы подготовки кадров: Материалы Межрегиональной научно-практической конференции 22-23 апреля 2008 г. / Уральская государственная медицинская академия / Под ред. К.В.Кузьмина. Екатеринбург, 2008. – 459 с.

ISBN 978-5-9941-0006-6

В настоящем издании представлены публикации участников Межрегиональной научно-практической конференции, прошедшей 22-23 апреля 2008 г. в Уральской государственной медицинской академии (Екатеринбург). Авторы статей и тезисов рассматривают актуальные проблемы подготовки специалистов социальной работы, вопросы истории благотворительности, теории и практики социально-медицинской и психосоциальной работы, анализируют перспективы развития сестринского дела в России, делятся своими соображениями по вопросам социализации и социального воспитания в условиях рыночной экономики.

Сборник предназначен для преподавателей вузов, аспирантов, студентов, работников социальной сферы и системы здравоохранения, а также для тех, кто интересуется вышеперечисленными вопросами. Выражаем надежду, что представленные в сборнике материалы будут полезны тем, кто по роду своей деятельности связан с реальной практикой социальной работы и сестринского дела.

Ответственный редактор

кандидат исторических наук, доцент *К.В.Кузьмин*

Ответственный за выпуск

кандидат медицинских наук, доцент *П.В.Ивачев*

© УГМА Росздрави, 2008

ISBN 978-5-9941-0006-6

2. Приказ Минздравсоцразвития РФ «Об утверждении порядка ведения специального сегмента...» от 20.12.2004 № 317.
3. Федеральный Закон Российской Федерации «О ветеранах» № 108-ФЗ от 16.12.1994 г.

А.М.Субботина

КУЛЬТУРА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И РАЗВИТИЕ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ В УДМУРТИИ

Во второй половине XIX – начале XX в. важную организационную роль в системе здравоохранения России играла земские больницы, поскольку они обладали необходимыми профессиональными кадрами. На территории современной Удмуртии (Глазовский, Елабужский, Малмыжский, Сарапульский уезды Вятской губернии) земскому медицинскому персоналу реализовывать свои функции пришлось в условиях достаточно низкой традиционной культуры здоровья и противодействия со стороны населения.

Существенным показателем состояния здоровья населения является уровень смертности. В Вятской губернии он был одним из самых высоких в России. В 1861-1865 гг. коэффициент смертности составил 42 чел. на 1000 жителей. Из 50-ти губерний европейской России выше он был только в Московской (48), Пермской (46), Олонецкой и Орловской (44) губерниях. В среднем же по 50-ти губерниям на 1000 жителей умирало 37 чел. [2]. Особенно высокой была детская смертность. Среди причин такого положения значительное место принадлежало высокому уровню заболеваемости, в том числе эпидемическими болезнями, и слабому развитию системы здравоохранения.

На состояние здоровья населения края оказывали влияние как экологические, так и социально-культурные факторы. Достаточно короткое лето и продолжительная холодная зима, низкий уровень производительности сельского хозяйства оказывали негативное воздействие на обеспеченность населения продуктами питания и, как следствие, формировали сезонный характер заболеваний. Количество больных в больницах, как отмечали врачи, резко возрастало в весенние и осенние месяцы. В период с марта по июнь наблюдалось увеличение психических заболеваний. Это было связано не только с природными изменениями, но и с истощением пищевых запасов у населения.

На невысоком уровне находились гигиена, бытовая культура населения. Например, рассматривая причины эпидемии тифа, врачи указывали, что данное заболевание распространяется в городах преимущественно в низшем классе людей, живущих в дурных, тесных, сырых помещениях

при недостатке средств и физическом истощении. При этом уровень заболеваемости женщин был выше, поскольку они больше времени проводили в избах. Помимо тифа, почти постоянный характер имели в крае чесотка, трахома, скарлатина, оспа. Широкое распространение трахомы и других глазных заболеваний объясняли особенностями образа жизни (проживание в дымных курных избах). Некоторые врачи констатировали наличие у местного населения даже признаков вырождения, что проявлялось в физических и психических отклонениях, причину чего видели в алкоголизме и дурном питании. Существовавшая у населения культура здоровья было пронизана во многом иррациональными элементами. Поэтому профессиональная медицинская помощь часто вызывала негативное и даже враждебное отношение. Особенно ярко это проявлялось в периоды борьбы с эпидемиями. Например, в ходе ликвидации холеры в Саратове в начале 1890-х гг. для предотвращения беспорядков медперсоналу приходилось обращаться за помощью полицейской охраны.

Горожане уже в середине XIX в. были лучше обеспечены медицинской помощью, чем сельские жители. Однако следует иметь в виду, что городские больницы обслуживали население всего уезда, сосредоточив у себя наиболее квалифицированные врачебные кадры. Эта особенность особенно ярко проявилась в земский период. Систему организации медицинской помощи населению земства края получили в наследство от Приказа общественного призрения, Министерства государственных имуществ и Министерства двора и уделов. Надзор за деятельностью медицинского персонала и состоянием лечебных заведений в земский период осуществлял губернский врачебный инспектор, состоявший при врачебном отделении губернского правления. В остальных вопросах организации здравоохранения земства пользовались достаточно высокой степенью самостоятельности, тем более что до начала XX в. земская медицина финансировалась полностью из земских средств.

Основные принципы организации земской медицины были сформулированы Вятским губернским земским собранием первой экстренной сессии в июне 1867 г. В соответствии с предложением председателя губернской земской управы, врача М.М. Синцова, губернское земское собрание передало все медицинские учреждения в уездах уездным земствам. На баланс губернского земства были приняты губернская больница в Вятке, лечение психиатрических больных и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Основной заслугой земств является распространение медицинской помощи в сельские районы благодаря внедрению участкового принципа. Городские больницы стали центрами квалифицированной стационарной помощи, организации противоэпидемических мероприятий и подготовки медицинских кадров.

По своему уровню городские больницы значительно опережали

сельские. Накануне первой мировой войны наиболее крупной и лучше оборудованной на территории Удмуртии была Сарапульская больница на 100 коек. В Елабуге больница была рассчитана на 65 коек, в Глазове – на 56 и Малмыже – на 50 коек. Больницы представляли собой комплексные центры по предоставлению медицинских услуг. В структурном отношении обычно городские больницы имели несколько отделений, число которых с течением времени увеличивалось (инфекционное, родильное, психиатрическое, хирургическое, глазное и т.д.). Кроме того, они были рассчитаны на лечение не только стационарных, но и амбулаторных больных. При больницах существовали аптеки, обслуживавшие всех обращающихся. В условиях широкого распространения бесплатной выдачи медикаментов особенно выгодной была так называемая «вольная» продажа. Однако разрешение на нее земские аптеки получали далеко не всегда, поскольку в этом случае они могли составить конкуренцию частным аптекам.

В условиях недостаточного количества персонала медицинская помощь в изучаемый период носила универсальный характер. Однако к началу XX в. городские больницы, имея в своем распоряжении кадровые, материальные, финансовые ресурсы, при активной поддержке земства стали ориентироваться и на развитие специализированной помощи (психиатрии, родовспоможения, хирургии и офтальмологии).

В начале XX в. на территории Вятской губернии действовали центральная психиатрическая лечебница в Вятке на 700 коек и ее отделения в Елабуге и Сарапуле (с 1904 г.) – на 60, в Орлове (с 1901 г.) – на 50 и Котельниче (с 1909 г.) – на 160 коек. По числу больных, пользовавшихся услугами психиатрических лечебных заведений, Вятская губерния занимала второе место (после Петербургской) среди других земских губерний страны. В 1911 г. психиатрические больные в ней составляли 24% по отношению к общему числу стационарных больных [1, с. 48].

Широкое распространение в крае имели заболевания глаз, особенно трахома. В 1892-1901 гг., например, страдающие глазными болезнями составляли по отношению к числу признанных непригодными к военной службе в Глазовском уезде 32,5%, Малмыжском – 29%, Сарапульском – 27,4%, Елабужском – 20,8% [3, с. 195]. Неслучайно проблема лечения этого вида заболеваний привлекала пристальное внимание врачей и земства. Еще в 1880-е гг., по инициативе врачей И.Е.Егорова и А.П.Тепляшина, в Сарапульской и Глазовской больницах были организованы глазные отделения. Позднее они появились и в других уездных больницах; с 1895 г. глазное отделение было открыто и в губернской земской больнице, а в 1910-е гг. Сарапульское и Малмыжское земства открыли должности окулистов.

Содержание стационарных больных, обеспечение их медикаментами требовало значительных затрат. В 1873/74 отчетном году суточное со-

держание одного больного в городских больницах края обходилось от 45 до 67 к., в 1910/11 г. — от 74 к. до 1 р. 10 к., в 1916/17 г. — от 1 р. 20 к. до 2 р. 38 к. (без учета медикаментов). Бедность основной массы населения, его недоверие к врачам поставили перед земствами вопрос о бесплатности медицинской помощи.

С самого начала правом бесплатного стационарного лечения в Вятской губернии пользовались несостоятельные, инфекционные и психиатрические больные. В разные годы это право распространялось на земских служащих, учителей народных школ, учащихся некоторых учебных заведений и воспитанников приютов. По действительной стоимости оплачивали содержание своих больных различные ведомства (внутренних дел, военное, железнодорожное и др.). Помимо содержания больных, ведомства оплачивали также и стоимость медикаментов. В отношении других категорий населения помесечная оплата была заменена посуточной. Для налогоплательщиков, то есть жителей подведомственных соответствующим земствам уездов, она составляла 7-10 к. С неплательщиков земского сбора, то есть жителей других уездов и губерний, в уездных земских больницах обычно взималось по 20 к. Неоправданно высокие расходы по взысканию долгов стали одной из причин, по которой большинство уездных земств губернии перешли в 1870-е гг. к бесплатному стационарному лечению налогоплательщиков. Сарапульское, Елабужское и Малмыжское земства оставались верны принципу бесплатности стационарной помощи вплоть до 1917 г. Большинство земств губернии после временного отказа от бесплатного коечного лечения в 1880-е гг. вновь вернулись к нему в конце 1890-х гг. Глазовское земство возобновило взимание платы со стационарных больных в 1883 г. Однако даже в Глазовском уезде число бесплатных больных было значительно. Платным оставалось также лечение в Вятской губернской больнице.

Позиция земства и врачей в отношении бесплатности амбулаторного лечения также не оставалась неизменной. В 1860-1870-е гг. амбулаторная помощь жителям края оказывалась бесплатно. Более того, широкое распространение получила практика бесплатной выдачи медикаментов. С конца 1880-х гг. наметилась тенденция к взиманию платы за рецепт или за сам прием.

Развитие сети больниц и участков, финансовая доступность медицинской помощи, активная просветительская деятельность врачей и фельдшеров способствовали росту спроса на медицинские услуги. Если в 1869 г. на территории Удмуртии за помощью обратилось 2 чел. на 1000 жителей, то в 1913 г. — уже 750 чел. Благодаря этому в начале XX в. сократилась смертность. В 1861-1865 гг. коэффициент смертности в Вятской губернии составлял 42 чел. на 1000 жителей, к 1911-1913 гг. он опустился до 36 чел. Нужно отметить, что ниже 40 он стал, только начиная с 1890-х гг.

Детская смертность уменьшилась с 499 на 1000 жителей в 1867-1881 гг. до 449 в 1908-1910 гг. [2, с. 189-191; 195-196].

Таким образом, земские больницы, сосредоточив у себя квалифицированный медицинский персонал, оказали важное влияние на организационное оформление системы земского здравоохранения. Развитие земской системы здравоохранения в крае осуществлялась в условиях сложных природно-климатических и социально-экономических обстоятельств жизни населения, низкой бытовой и гигиенической культуры, осторожного и даже враждебного отношения местных жителей. Вместе с доверием со стороны населения к новым, отражавшим уровень медицинской науки того времени, методам лечения постепенно формировались и новые представления о мире, где важное место должно было отводиться научному знанию.

Библиографический список

1. Журналы Вятского губернского земского собрания юбилейной экстренной сессии 20-24 мая 1914 г. Вятка, 1914.
2. Рашин А.Г. Население России за 100 лет. М., 1956.
3. Статистический ежегодник Вятской губернии на 1901 и 1902 гг. Вятка, 1907. Ч. 1.

О.Г.Шадский

РОЖДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В США

История социальной работы в США неразрывно связана с медициной, которая предоставила социальным работникам не только одну из первых «площадок» для профессиональной деятельности, но и обеспечила раннюю социальную работу теоретическим фундаментом в виде психиатрических теорий, прежде всего, фрейдизма. Поэтому неслучайно первой отраслью медицины, «принявшей» социальных работников, стала психиатрия [2], внутри которой социальные работники нашли несколько взаимосвязанных ниш применения своего труда: социальное сопровождение душевнобольных, помощь детям с задержками в развитии и так называемым «сложным детям», сферу «психической гигиены», а также работу с ветеранами первой мировой войны, страдавших посттравматическими расстройствами психики [7]. Надо заметить, что активное участие социальных активистов и реформаторов в деле улучшения содержания и положения душевнобольных имело место еще в первой половине XIX в., однако ретроспективно называть эту деятельность социальной работой было