

МОЛОДАЯ СЕМЬЯ – КАК ОБЪЕКТ НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Анафьянова Т.В.

Красноярский государственный медицинский университет, Россия

Проблемы российской молодёжи, по своей сути, представляют собой проблемы не только современного молодого поколения, но и всего общества в целом, от решения которых зависит не только сегодняшний, но и завтрашний день нашего общества. Эти проблемы, с одной стороны исходят из объективных процессов, протекающих в современном мире - процессов глобализации, информатизации, урбанизации, и, с другой стороны имеют свою специфику, опосредованную современной российской действительностью.

Как объект научного исследования и практической деятельности учреждений здравоохранения молодая семья, несомненно, представляет собой развивающуюся систему не только понятий заболеваемости и распространенности болезней молодежи, но и охраны ее здоровья, с учетом медико-социальных потребностей молодой семьи. При этом приоритетность медико-социальной помощи молодой семье, в настоящее время, обусловлена высокой потребностью семей в ранней профилактике семейного неблагополучия путем создания *семьесберегающей среды*, минимизации влияния социальных рисков на жизнедеятельность семьи, в *новых здоровьесберегающих технологиях*, направленных на повышение потенциала здоровья молодой семьи.

На основе разработанной методологии комплексного социально-гигиенического исследования проведено многоаспектное исследование состояния здоровья этнических семей (395 детных молодых семей и 790 семей их родителей), направленное на обоснование стратегии развития потенциала здоровья молодых семей постоянного населения Республики Хакасия.

Исследование доказательно показало, что как объект научного исследования и практической деятельности учреждений здравоохранения, молодая семья нуждается не только в помощи общества и государства, в создании условий для реализации ее важнейших функций по обеспечению воспроизводства физически здорового и психически полноценного потомства, но и охраны её здоровья, с учетом медико-социальных потребностей молодой семьи.

Проверка состоятельности рабочей гипотезы осуществлялась в течение всего периода наблюдения за семьями путем оценки адекватности применяемых методик поставленным задачам и последовательности их решения. Полученные данные подтвердили изначальное предположение, что закономерностью формирования здоровья молодой семьи является ее

зависимость от состояния медико-социального здоровья родительских семей с учетом их этнической принадлежности, потребности в мерах государственной помощи и медико-социального сопровождения в системе государственного здравоохранения.

На основе SWOT-анализа были определены социально-экономические, медико-социальные и социально-психологические проблемы молодых семей, возможные пути их решения, определены значимые элементы, формирующие здоровье молодой семьи. Показаны слабые стороны и угрозы существующей системы здравоохранения. Определены возможности государственной системы здравоохранения в обеспечении здравоохранительных и здравообразующих мер по формированию *успешных молодых этнических семей*. Данные анализа легли в основу разработки «Стратегии развития потенциала здоровья молодых семей Республики Хакасия». Целью концепции является определение ключевых проблем развития потенциала здоровья молодой этнической семьи и выработка комплекса мер, направленных на улучшение репродуктивного поведения семей, через выделение семье ресурсов и создание медико-социальных условий, направленных на сохранение и улучшение здоровья членов молодой этнической семьи.

По результатам исследования разработаны рекомендации по оптимизации медико-социальной помощи молодой семье врачом общей (семейной) практики через административную супервизию. Выбор административного мотива супервизии связан с оптимальным развитием медико-социальных служб как организаций оказывающих реальные медико-социальные услуги различным категориям молодых семей. Данная характеристика супервизии, как нам представляется, наиболее точно связывает цели и задачи работы врача общей (семейной) практики в унисон особого внимания государства к формированию и развитию здоровья молодой семьи.

Обобщая вышеуказанные результаты можно констатировать следующие выводы:

1. Основу методологии комплексного социально-гигиенического исследования составил метод проверки состоятельности гипотезы о необходимости создания условий для сбережения здоровья молодой семьи в системе практического здравоохранения. Сконцентрированные в этом методе методики (библиографический, документальный, социально-гигиенический, выкопировки данных, когортный, контент (SWOT) - анализа, статистический, концептуального и сравнительного анализа, системного подхода, организационного моделирования) позволили решить поставленные задачи исследования.

2. Анализ демографической ситуации по Республике Хакасия с 1997 по 2006 годы указывает в целом на сходство процессов с общероссийскими тенденциями и характеризуется как период выхода из демографического кризиса и стабилизации положительных тенденций естественного прироста населения.

3. Так как социальное состояние семей в динамике не отслеживается в системе социальной защиты населения, а социальный контроль осуществляется только над семьями групп социального риска и неблагополучия соответствующими службами в рамках их компетенции, исследовать различия медико-демографических показателей общественного здоровья населения по материалам госстатистики в этническом аспекте по Республике Хакасия не представляется возможным.

4. При анализе этнической структуры населения в регионе Республики Хакасия установлено, что постоянно проживающее пришлое население доминирует над коренным, в числе которых русский этнос составляет максимальное большинство.

5. Установлено, что на фоне доминирования этнической когорты «русские» среди всех остальных этнических групп, отмечается выделение двух смешанных этнических когорт, и указывает на распространенность метизации молодежи в доминирующем этносе - «русские» в городской территории и немногочисленном коренном - «хакасы» по всей территории проживания.

6. В группе риска формирования семьи до достижения 18 лет стоят семьи когорт «русскоязычные», «хакасы» и «прочие», проживающие в сельской территории.

7. За первые десять лет брака исследуемых молодых семей выявляется преимущественное формирование типа «благополучной молодой семьи», с «высокий» и «выше среднего» уровня благополучия семьи в доминирующем среди населения «русском», «русскоязычном» и смешанным с ним этносе.

8. Сравнительный анализ социально-гигиенических характеристик семьи показал, что в большинстве этнических когорт молодых семей сформировался «малодетный» тип семьи.

9. Этнические когорты смешанных семей, проживающие в городской территории следует отнести к группе нестабильных браков по причине психологической незрелости и жилищной неустроенности, а в число распавшихся по причине вмешательства родителей входят все этнические когорты, проживающих в сельской территории.

10. Установлено, что на формирование здоровья молодых семей значительное влияние оказывают этнические особенности состояния здоровья, стереотипов репродуктивного поведения и жизнедеятельности родительских семей.

11. Изменение социально-экономического состояния общества в период интенсивных процессов глобализации всех сфер ее развития ставит молодые этнические семьи перед необходимостью приспособливаться, что находит выражение в развитии отличных от родительских семей стереотипов репродуктивного поведения, характере расходования бюджета семьи и семейных ценностей.

12. Выявлено, что в структуре потребностей молодой семьи изначально преобладает нуждаемость в медико-социальной помощи, увеличивающейся соразмерно периоду и длительности брачности семьи. Помощь родителей и

государства носит временный характер в начальный период развития молодой семьи.

13. В своей совокупности родительские семьи и развивающаяся социальная среда формируют потенциал здоровья молодой этнической семьи (резервы семьи), отражающего ее этнические различия в возможностях и потребностях.

14. Определена необходимость увеличения потенциала здоровья молодых семей коренного и смешанного с ним населения (попадающих под категорию семей медико-социального риска) за счет дополнительных мер медико-социальной помощи и медицинского сопровождения по приоритету значимости молодых семей в системе здравоохранения.

15. Полнота развития систем региона по работе с семьей (социальной защиты населения, здравоохранения, государственного управления) обеспечивает базовый уровень формирования потенциала здоровья молодых семей.

16. Для выравнивания условий развития молодых семей в разных этносах необходимо совершенствование его в части усиления ресурса сети социальной защиты населения и государственной системы социальных гарантий в сельской территории и ресурса сети государственной системы здравоохранения, влияющего в одинаковой степени на все этнические семьи.

Из выше полученных выводов следует, что для развития популяционного здоровья региона, характеризующегося большим числом отдельных этнических групп и их высокой ассимиляции, необходима разработка стратегии оптимизации здравоохранительных мероприятий, в числе которых медико-социальная помощь молодым этническим семьям и медицинское сопровождение семей по приоритету их значимости, должна занимать ведущее место. Совокупность выше указанных мер, по нашему мнению, обеспечит не только реализацию в здравоохранении стратегии оптимизации медико-социальной помощи семье врачом общей (семейной) практики, но и сохранению здоровья этнической популяции региона в целом.

Подводя итоги изучения этнических особенностей и закономерностей формирования состояния здоровья молодых семей в отдельно взятой территории, следует еще раз указать на особую значимость молодой семьи в решении проблем демографической ситуации в стране, ее особую роль в замещении уходящих поколений, воспроизводстве социально-демократической структуры общества, её вклад в потенциал здоровья общества.