

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

**«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»**

Кафедра социологии регионов

**Государственная политика в сфере социальной защиты населения:
современные вызовы и приоритеты**

АВТОРЕФЕРАТ БАКАЛАВРСКОЙ РАБОТЫ

студентки 5 курса 526 группы
направления 38.03.04 Государственное и муниципальное управление
социологического факультета
Порошиной Ангелины Михайловны

Научный руководитель

Кандидат философских наук, профессор

должность, уч.ст., уч.зв.

подпись, дата

И.А. Бегина

инициалы, фамилия

Зав. кафедрой социологии регионов

Кандидат философских наук, профессор

должность, уч.ст., уч.зв.

подпись, дата

И.А. Бегина

инициалы, фамилия

Саратов 2026

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. В последнее десятилетие резко увеличилось количество людей, страдающих от цереброваскулярных заболеваний, что придаёт большое значение проблеме реабилитации пациентов, перенесших инсульт. Эта важная задача в сфере медицины и социального обеспечения нацелена на максимальное восстановление утраченных способностей и продуктивное возвращение пациентов в социум. Инсульт, являющийся острым нарушением кровоснабжения мозга, занимает третье место по смертности в мире. В Российской Федерации ежегодно регистрируется свыше 400 тысяч случаев инсульта. В острой фазе инсульта, длящейся первые 3-4 недели, летальность достигает 32-42%, а к концу первого года этот показатель увеличивается до 48-63%. Его статистика уступает только сердечно-сосудистым заболеваниям и онкологическим заболеваниям. Среди установленных факторов выделяют инсульты и разрывы артерий, артериальные окклюзии, травматические повреждения нервной ткани черепа, а также наличие новообразований и гнойных воспалений. Практически сразу после поражения мозга, в первые дни, наблюдается потеря сознания, сопровождаемая цефалгией, тошнотой, односторонним парезом или параличом, а также утратой речевых навыков и способности к пониманию].

Инсульт представляет собой серьёзную социальную проблему, оказывая глубокое воздействие на жизнь людей. Характеризуясь внезапным началом, он заметно сказывается на благополучии как пострадавшего, так и его близких, которые часто оказываются неподготовленными к длительному восстановлению или к ограничениям, возникающим после болезни. В результате, многие перенесшие инсульт теряют трудоспособность и, следовательно, источник дохода и средств к существованию. В настоящее время многие российские и зарубежные ученые указывают на наблюдаемую тенденцию снижения возраста пациентов с инсультом, что существенно увеличивает перспективы реабилитации пациентов.

При оказании помощи пациентам, перенесшим инсульт, всем медицинским работникам, вне зависимости от профиля, необходимо не только стремиться к восстановлению утраченных функций и адаптации сохранившихся мозговых систем, предотвращая возникновение осложнений, препятствующих регрессу дефекта, но и к повышению качества жизни больного, включая удовлетворенность собственными возможностями в условиях болезни. В этой связи, все большее значение приобретает реабилитология как область медицинской науки. Ключевым элементом этой дисциплины выступает медицинская реабилитация, представляющая собой комплекс мер, направленных на максимально возможное возвращение или компенсацию функций, утраченных вследствие заболевания, а также на социальную адаптацию и полноценное включение пациента в социум.

Согласно прогнозам, рост числа пожилых людей приведет к увеличению потребности в реабилитационных услугах в ближайшее время. По данным Всемирной организации здравоохранения, к 2050 году доля лиц старше 60 лет удвоится, что увеличит риск возникновения инсульта. Инсульт является одной из основных причин инвалидизации в Российской Федерации, а средний возраст пациентов с инсультом снижается, что означает повышение его распространенности среди трудоспособных лиц до 65 лет. Восстановление после инсульта – задача, сохраняющая свою остроту и общественную значимость, что делает ее важной как с социальной, так и с экономической точек зрения. Хотя традиционные реабилитационные подходы и подтвердили свою пользу в течение многих лет, их применение не всегда соответствует строгим принципам доказательной медицины. Это вызвано тем, что процесс реабилитации после инсульта является комплексным и многоплановым. В частности, доступ к специализированным реабилитационным центрам и другим учреждениям, оказывающим услуги по восстановлению в России, затруднен для многих пациентов из-за географической отдаленности, слаборазвитой инфраструктуры, нехватки специалистов по реабилитации и необходимого оборудования. Другой причиной является низкая мобильность

или полная неподвижность пациентов, вызванная ухудшением моторных и когнитивных функций после инсульта. Длительность восстановления зачастую требует значительных затрат и создает трудности для больных и медицинских работников, а проведение реабилитационных мероприятий в стационаре может привести к дефициту койко-мест. Наконец, социально-экономические факторы не позволяют всем пациентам получить доступ к необходимой реабилитации.

Данные факты подчеркивают актуальность проблемы реабилитации пациентов, перенесших инсульт, и свидетельствуют о необходимости разработки новых подходов к организации и проведению данного процесса.

Степень научной разработанности проблемы. Люди, перенесшие инсульт, сталкиваются с рядом ограничений, которые существенно влияют на их жизнь. Для пациентов, столкнувшихся с физическими или когнитивными последствиями, жизненно важна специализированная реабилитация, направленная на максимально возможное восстановление. Не менее значимы для достижения высокого качества жизни успешная реинтеграция в семью, общество и социальную среду, а также постоянная поддержка достигнутого уровня восстановления. О.Л. Белянин и Е.О. Гордиевская отмечают, что после перенесенного инсульта в наибольшей степени страдают психомоторные навыки и качества, что в 80% случаев приводит к инвалидности, выражающейся в потере возможности самостоятельно передвигаться, обслуживать себя и выполнять трудовые обязанности.

Современные подходы к реабилитации пациентов после инсульта основаны на раннем начале реабилитационных мероприятий, их последовательности, длительности, а также на активном участии самого больного и медицинского персонала. В научных исследованиях А.Н. Боголеповой , Е.И. Гусева , М.А. Домашенко, А.С. Кадыкова , М.А. Пирадова , З.А. Суслиной, Н.В. Шапароновой , и других ученых отмечается важность деления временных периодов в реабилитации инсультных пациентов . На сегодняшний день широко изучается концепция

нейропластичности и ее применение в реабилитации. Она основывается на способности нервной ткани к структурной и функциональной перестройке под воздействием различных факторов, а также на возможности восстановления утраченных связей между нервными клетками. Стоит отметить, что значительный вклад в разработку теории функциональных систем на основе нейропластичности был внесен советским физиологом, академиком академии медицинских наук СССР П.К. Анохиным в начале XX века. В своем труде «Проблема центра и периферии в физиологии нервной деятельности» он сделал выводы на основе собственных экспериментов и теоретически обосновал идею о реорганизации и "переучивании" нервных центров в ответ на потерю специфической афференции. Основная цель реабилитации пациентов, перенесших инсульт - восстановить наиболее естественный образ жизни. Это достигается через комплексную и уникальную программу включающую в себя медикаментозное лечение, физиотерапию, эрготерапию, логопедические занятия, психологическую поддержку и социальную адаптацию.

Исследование содержания и методов реабилитации пациентов после инсульта крайне актуально. Оно не только способствует улучшению медико-социальной помощи, но и влияет на формирование эффективных стратегий реабилитации, что в конечном итоге ведет к улучшению качества жизни пациентов и снижению экономических затрат на долгосрочное лечение и уход.

Цель исследования: научно обосновать мероприятия правового, организационного и экономического характера по совершенствованию медицинской реабилитации пациентам, перенесшим ОНМК.

Задачи исследования:

- проанализировать современное состояние медицинской реабилитации у пациентов, перенесших ОНМК и проблемы её осуществления по данным литературы;

- выявить особенности медико-социально-психологического портрета пациента с подострым ишемическим инсультом;

- рассмотреть нормативно-правовое регулирование реабилитации пациентов с подострым ишемическим инсультом;
- изучить мнение пациентов, перенесших ОНМК, об особенностях оказания медицинской реабилитацией с учетом их медико-социальной характеристики;
- определить направления совершенствования реабилитации пациентов при ишемическом инсульте.

Эмпирической базой выпускной квалификационной работы бакалавра являются результаты опубликованных исследований по данной тематике, а также результаты авторских исследований «Медико-социального портрета пациента с перенесенным ОНМК» и «Исследования удовлетворенности реабилитацией пациентов Саратовской области и г. Саратова», проведенного методом анкетирования среди пациентов Саратовской области в возрасте от 18 до 75 лет в январе - октябре 2025 г. Квотно-территориальная выборка (N= 50 пациентов, поступивших на реабилитацию в г. Саратов) осуществлялась по таким критериям, как возраст, пол и диагноз. В ходе исследования было опрошено 68% мужчин и 32% женщин. Критерии выборочной совокупности соответствуют критериям генеральной совокупности, что говорит о репрезентативности полученных данных. Это позволяет экстраполировать результаты на всю генеральную совокупность. Обработка данного опроса проведена при помощи Microsoft Excel.

Структура выпускной квалификационной работы бакалавра определена целью исследования, состоит из введения, трех глав, заключения и списка использованных источников.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обосновывается актуальность темы исследования, раскрывается степень её разработанности, определяются цель, задачи, объект и предмет и эмпирическая база.

В первой главе «Теоретико-методологические основы государственной политики в сфере социальной защиты населения» автором проведен анализ современных вызовов, влияющих на систему социальной защиты: демографическое старение, экономические кризисы, пандемии и рост хронических заболеваний, включая инсульт.

Параграф 1.1. Анализ современных вызовов в сфере социальной защиты: демографические изменения, экономические кризисы, пандемии, рост хронических заболеваний (включая инсульт). В данном параграфе автор подробно рассматривает системные вызовы, перед которыми оказывается современная система социальной защиты. Демографические сдвиги – старение населения и снижение рождаемости – приводят к увеличению нагрузки на работающее население, которое обеспечивает выплаты пенсий и пособий. В условиях сокращения трудоспособного населения требуется пересмотр пенсионных систем и стратегий поддержки пожилых людей.

Экономические кризисы подрывают финансовую устойчивость систем социальной защиты. Рост безработицы, снижение доходов и сокращение налоговых поступлений ведут к дефициту бюджета, ограничивая возможности государства по предоставлению социальных гарантий. При этом в периоды нестабильности потребность в пособиях и программах поддержки возрастает.

Особое внимание уделяется инсульту как медико-социальной проблеме. Приводятся статистические данные: из 15 миллионов человек, столкнувшихся с инсультом в мире, 5 миллионов необратимо теряют трудоспособность. В России ежегодный прирост случаев ОНМК достигает 10%, 20% составляют пациенты молодого и среднего возраста. В течение первого года после инсульта инвалидность оформляется у 76–85% пациентов, однако лишь 10–12% возвращаются к работе. Делается вывод о необходимости всестороннего развития стратегий терапии и предупреждения ОНМК, а также создания системы медицинской реабилитации, охватывающей все уровни оказания помощи.

Параграф 1.2. Нормативно-правовое регулирование реабилитации пациентов с подострым ишемическим инсультом. Параграф открывается определениями реабилитации, предложенными ВОЗ и российскими исследователями. Затем автор последовательно анализирует нормативно-правовую базу.

Автор обращает внимание на пробелы в законодательстве: отсутствие четко закреплённых сроков начала реабилитации в амбулаторных условиях, неразработанность долгосрочных стратегий непрерывного сопровождения пациентов с ОНМК, процедуры маршрутизации таких пациентов не зафиксированы в правовых документах. В заключение параграфа подчеркивается необходимость повышения информированности управляющих здравоохранением, медиков и пациентов о проблеме ОНМК, создания платформ для сбора данных и разработки персонализированных программ, а также поддержки пациентских сообществ.

Параграф 1.3. Концепция персонализированной медицины и ее применение в реабилитации. В этом параграфе подробно раскрываются этапы реабилитации пациентов, перенесших инсульт, и необходимость индивидуального подхода на каждом из них. Автор подчёркивает, что успех реабилитации зависит не только от неврологического дефицита, но и от сопутствующих заболеваний, возраста пациента, его мотивации и социальных факторов. Реабилитация – это не набор медицинских процедур, а непрерывный процесс адаптации к новым условиям жизни.

Вторая глава «Медико-социальный портрет и организационные аспекты сопровождения пациентов» посвящена анализу эмпирических данных. Описаны базы исследования (центр «Парус надежды» и кардиодиспансер), программа и методика, критерии включения и исключения пациентов.

Параграф 2.1. Описание исследовательской базы и методов анализа медико-социального портрета содержит подробное описание организации и методики исследования.

Приводится таблица программно-методического обеспечения с указанием этапов, методов, единиц наблюдения, источников информации и методов обработки данных.

Критерии включения пациентов: подписанное информированное согласие, возраст 18 лет и старше, установленный диагноз ишемического инсульта (I63 по МКБ-10) или транзиторной ишемической атаки (G45), прохождение реабилитации в амбулаторных условиях.

Критерии исключения: возраст до 18 лет, отказ от участия, очаговые поражения мозга иной этиологии, неадекватная самооценка по тесту Дембо-Рубинштейн.

Характеристика выборки: средний возраст пациентов – $52,88 \pm 0,59$ лет, из них $72,2 \pm 1,4\%$ относились к трудоспособной возрастной группе.

Методы исследования: тест Дембо-Рубинштейн для оценки адекватности самооценки (четыре визуально-аналоговые шкалы: здоровье, ум, счастье, характер); анкета, разработанная академиком РАН А.В. Решетниковым (паспортный раздел с вопросами о поле, возрасте, семейном статусе, профессиональной биографии и социально-экономическом положении).

Статистическая обработка: программный пакет Microsoft Excel; результаты представлены в виде $M \pm m$ и $P \pm p$; критерий статистической значимости $p=0,05$; для проверки нормальности распределения – критерий Колмогорова-Смирнова; для сравнения средних – дисперсионный анализ; для оценки взаимосвязей – корреляционный метод Кендалла (интенсивность связи: высокая $>0,7$, средняя $0,3-0,7$, низкая $<0,3$).

Далее даётся характеристика баз исследования. Центр «Парус надежды» оказывает социальную поддержку и восстановление трудоспособности инвалидам (преимущественно трудоспособного возраста) и членам их семей. Организация предоставляет доврачебную, первичную и специализированную медико-санитарную помощь (ЛФК, массаж, физиотерапию, неврологическую, психиатрическую помощь, реабилитацию). Поликлиника ОККД включает

дневной стационар на 36 мест с отделениями: терапевтическое, неврологическое, хирургическое, акушерское, эндокринологическое и ЛОР.

Параграф 2.2. Медико-социальный портрет пациентов с ишемическим инсультом при подостром течении представляет результаты анкетирования 50 пациентов (45 из «Паруса надежды», 5 из ОККД).

Составлен медико-социальный портрет пациента с подострым ишемическим инсультом, находящегося на реабилитации в медицинской организации. Это мужчина до 60 лет со средне-специальным образованием, не работает, проживает в городе, женат. Имеет собственную квартиру.

Инвалид II группы.

Среднемесячный доход составляет от 10 000 до 14 000 рублей, «денег хватает на питание и самое необходимое».

Может потратить на покупку лекарственных препаратов от 500 до 1000 рублей в месяц, из-за отсутствия средств приходится отказываться от приема лекарственных препаратов.

В третьей главе «Оценка удовлетворенности и качества медико-социальной реабилитации пациентов» делается анализ удовлетворенности пациентов реабилитационной помощью.

Параграф 3.1. Удовлетворенность пациентов с ишемическим инсультом при подостром течении медико-социальной реабилитацией открывается тезисом о том, что изучение удовлетворённости пациентов способствует совершенствованию управленческих решений и повышению успешности медицинских организаций. Исследование «Оценка удовлетворенности медико-социальной реабилитацией» проводилось по нескольким блокам.

При анализе удовлетворенности респондентами медико-социальной реабилитации в медицинских организациях районов Саратовской области и г. Саратов фиксируются

– гендерные различия удовлетворенности респондентами удовлетворенности медико-социальной реабилитацией: более негативная оценка женщинами по сравнению с мужчинами. Больше число женщин (89%

± 4,42%) оценили удовлетворенность медицинской помощи как «удовлетворительную» или «плохую».

– снижение положительных оценок удовлетворенности медико-социальной реабилитацией с увеличением возраста. Лица старше 71 года чаще оценивают медицинскую помощь как «плохую» (62,5% ± 6,85%), чем более молодые респонденты. Снижение удовлетворенности медицинской помощью среди пожилых людей может быть связано с увеличением числа хронических заболеваний, трудностями в получении специализированной помощи или недостаточной адаптацией медицинских услуг к потребностям этой возрастной группы.

– пенсионеры чаще выражают удовлетворенность медико-социальной реабилитацией, чем работающие и безработные респонденты (78,6% ± 5,8%). Эта группа респондентов, скорее всего, чаще обращается за медицинской помощью и имеет больше опыта взаимодействия с системой здравоохранения.

– отмечается более высокая оценка удовлетворенностью медико-социальной реабилитацией лицами с высшим образованием (44,3% ± 7,02%), которые предъявляют более высоким требованиям к качеству предоставляемой помощи. Пациенты с высшим образованием могут быть лучше информированы о своих правах и возможностях в системе здравоохранения, что позволяет им более эффективно взаимодействовать с медицинским персоналом и получать более качественное обслуживание.

В параграфе 3.2. Результаты исследования и практические рекомендации руководителям в сфере социальной защиты населения автор обобщает полученные данные и формулирует конкретные управленческие предложения.

Резюмируется, что реализация рекомендаций требует концентрации на четырёх приоритетах: лекарственная и транспортная доступность, социальное кураторство, учёт половозрастных особенностей и межведомственное взаимодействие.

Далее следуют практические рекомендации руководителям органов социальной защиты населения, представленные в виде развёрнутых предложений:

Совершенствование адресной социальной поддержки. Внедрить ежегодную верификацию статуса «малообеспеченная семья» для постинсультных пациентов с автоматическим продлением льгот на медикаменты, средства реабилитации и проезд. Организовать помощь по принципу «одного окна» совместно с органами здравоохранения для оформления субсидий на препараты, не входящие в федеральный льготный перечень (антикоагулянты, гипотензивные средства, нейропротекторы).

Транспортная доступность. Организовать социальное такси или компенсацию проезда для маломобильных пациентов на втором и третьем этапах реабилитации, закрепив это в региональной программе «Доступная среда». Для сельских территорий создать выездные мультидисциплинарные бригады (социальный работник, психолог, эрготерапевт) с частотой не реже двух раз в месяц.

Повышение комплаентности через социально-психологическое сопровождение. Ввести в штат реабилитационных центров должность социального куратора для разъяснения предписаний, еженедельного контроля приёма лекарств и мотивационных бесед. Разработать памятку в виде крупношрифтовой инфографики «Реабилитация после инсульта: главные вопросы» для пациентов и семей.

Межведомственное взаимодействие. Заключить регламент взаимодействия между управлением соцзащиты, региональным минздравом и реабилитационными центрами, прописав сроки передачи данных о выписке пациента (не более трёх дней), порядок совместного формирования ИПР и ответственность за транспорт. Создать интегрированный регистр пациентов с ишемическим инсультом на базе соцзащиты (обезличенный аналитический формат) с данными о доходах, составе семьи, жилищных условиях, группе инвалидности, регулярности реабилитации и оценках удовлетворённости.

Система контроля удовлетворённости и обратной связи. Проводить ежеквартальный анонимный опрос пациентов (сокращённая анкета по методике Решетникова) с разбором результатов на оперативном совещании. Утверждать план корректирующих мероприятий и публиковать отчёт о выполнении на сайте управления соцзащиты.

В заключении содержатся основные выводы, соответствующие решению поставленных задач для реализации цели бакалаврской работы.