

Пензенский государственный педагогический университет
имени В. Г. Белинского

Кафедра социологии и социальной работы

Г. Ю. Козина, А. Б. Тугаров

**ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Учебное пособие

Пенза, 2010

Печатается по решению редакционно-издательского совета
ПГПУ имени В. Г. Белинского

УДК 362 (075)

Козина Г. Ю., Тугаров А.Б. Теория и практика социальной работы в здравоохранении: учебное пособие / Г. Ю. Козина, А. Б. Тугаров. – Пенза: ПГПУ, 2010. – 128 с.

В пособии для студентов, обучающихся по специальности «социальная работа», рассматривается широкий круг вопросов учебных дисциплин «Теория социальной работы», «Теоретические основы практической социальной работы», «Содержание и методика социально-медицинской работы»: медицинская модель практической социальной работы, основы социальной медицины и социальная политика, организация социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения и социального обслуживания населения; технологии социально-медицинской работы с различными группами населения, взаимодействие органов и учреждений социальной защиты населения и здравоохранения в организации социальной помощи детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации и др.

Ответственный редактор – д. филос. н., профессор А.Б.Тугаров

Рецензенты:

доктор социологических наук, профессор Л. И. Найдёнова;
кафедра социологии и социальной работы
ПГПУ им. В. Г. Белинского

Работа выполнена при финансовой поддержке Федерального агентства по образованию РФ в рамках АВЦП «Развитие научного потенциала высшей школы 2009-2010 г.г.» (проект № 3.2.1 / 4976)

© Пензенский государственный
педагогический университет
имени В. Г. Белинского, 2010
© Козина Г. Ю., 2010
© Тугаров А. Б., 2010

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Тема 1. Социально-медицинская работа как вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности	7
Тема 2. Концепция социально-медицинской работы в Российской Федерации	12
Тема 3. Нормативно-правовые основы социально-медицинской работы	15
Тема 4. Базовая модель социально-медицинской работы	20
Тема 5. Медицинская модель практической социальной работы	23
Тема 6. Сравнительный анализ социально-медицинской работы в России и за рубежом	28
Тема 7. Организация социально-медицинской помощи населению в системе отечественного здравоохранения	33
Тема 8. Медицинское страхование как форма социальной защиты населения в области охраны здоровья	38
Тема 9. Профилактика заболеваемости населения	43
Тема 10. Социально-медицинская работа в системе здравоохранения	50
Тема 11. Социально-медицинская работа в различных центрах, организациях и учреждениях	55
Тема 12. Социально-медицинская работа с семьями социального риска	57
Тема 13. Социально-медицинская работа с пожилыми людьми	60
Тема 14. Социально-медицинская работа в онкологии	65
Тема 15. Социально-медицинская работа с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом	75
Тема 16. Социально-медицинская работа с лицами, имеющими наркологические заболевания	79
Тема 17. Социально-медицинская работа с инвалидами	88
Тема 18. Социально-медицинская работа с клиентами психиатрического профиля	96
Тема 19. Неправительственные организации в социально- медицинской работе с уязвимыми группами населения	106
Список основной и дополнительной литературы	111
Материалы семинарских занятий	116
Примерный перечень вопросов к экзамену по дисциплине «Содержание и методика социально-медицинской работы»	125

ВВЕДЕНИЕ

В современном российском обществе возрастает объективная потребность решения взаимосвязанных проблем медицинского и социального характера в рамках осуществления социально-медицинской работы. Оказание специальной социальной помощи междисциплинарного характера, специфика её форм и методов позволяют рассматривать такой вид профессиональной деятельности как самостоятельное направление практической социальной работы.

Социальная работа ведется в медицинских учреждениях России с начала 1990-х гг., тем не менее, понимание её роли, значения и непосредственного вклада в оказание помощи пациентам значительно возросло именно в последнее время. По мере того, как медицина уходит от рассмотрения своей деятельности лишь в соответствии с ограниченной моделью «болезни» и всё больше осознаёт важность для здоровья человека взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов, растёт и признание, оценка вклада социальной работы в эту деятельность. В результате функции, которые выполняют социальные работники в современных медицинских учреждениях, становятся всё более разнообразными и требуют широкого круга знаний и умений.

Социально-медицинские проблемы клиентов очень разнообразны, по содержанию их можно разделить на медицинские, психологические, социальные, социально-гигиенические. В практике социальной помощи населению наиболее часто встречаются следующие социально-медицинские проблемы:

- ухудшение здоровья вследствие заболеваний, травм, несчастных случаев, что влечёт за собой возникновение социальных проблем, таких как ухудшение материально-бытового положения из-за временной или стойкой утраты трудоспособности; увеличение расходов на лекарственные средства, реабилитацию и т. д.;
- ухудшение здоровья по возрасту (которое носит всё более распространённый характер из-за старения населения);
- увеличение числа переселенцев, беженцев вследствие политической нестабильности 1990-х годов, возникновение проблем по их социально-медицинскому обслуживанию;
- увеличение числа неполных семей;

- увеличение числа пострадавших от чрезвычайных ситуаций и т. д.

При решении этих проблем специалист по социальной работе вступает во взаимодействие с органами здравоохранения и общественными организациями социально-медицинского направления в качестве организатора, координатора.

Взаимодействуя с системой отечественного здравоохранения, он должен оказывать помощь своим клиентам в решении социально-медицинских проблем, помочь им и их семьям получить пользу от социальных программ здоровья; способствовать процессу лечения и реабилитации пациентов в тесном сотрудничестве с органами здравоохранения и медико-социальной экспертизы; оценивать и улучшать социально-медицинскую поддержку; участвовать в анализе сложившейся ситуации и разработке мер по улучшению социальной политики в области здравоохранения; способствовать повышению уровня информированности клиентов о правах на получение социально-медицинской помощи, об этапах оказания социально-медицинской помощи и т. д.; совместно с органами здравоохранения способствовать формированию у населения установки на здоровый образ жизни.

Цель данного пособия дать студентам теоретические представления об основах социально-медицинской работы и её нормативно-правовой базе; сформировать необходимый объём знаний о содержании и методике технологий социально-медицинской работы в центрах социального обслуживания, различных учреждениях и организациях, с различными группами населения, в том числе с детьми, оказавшимися в трудной жизненной ситуации.

Темы № 1,2,3,4,6,7,8,10,11,12,13,15,17,19 данного пособия подготовлены Г.Ю.Козиной, тема №5 А.Б. Тугаровым, темы №9,14,16,18 Г.Ю.Козиной и А.Б.Тугаровым.

В результате изучения вопросов теории и практики социально-медицинской работы студент *должен иметь представления* о практической социально-медицинской работе в организациях и службах социальной защиты и обслуживания населения с различными лицами и группами населения, об организации и управлении социально-медицинской работой в социальных учреждениях и службах.

Студент должен знать:

- основные этапы и тенденции становления социально-медицинской работы как социального института в России и за рубежом;
- понятия и категории, принципы и закономерности, формы и уровни социально-медицинской работы, специфику познания, прогнозирования и проектирования социально-медицинской работы;

- сущность, содержание, инструментарий, методы и виды технологий социально-медицинской работы в различных сферах жизнедеятельности и с различными лицами и группами населения;

- профессионально-этические, организационно-управленческие и экономические основы и проблемы социально-медицинской работы;

- основные формы и методы социально-медицинской работы в социальных учреждениях и службах;

- основы правового обеспечения социально-медицинской работы;

- пути формирования установки на здоровый образ жизни.

Студент должен уметь:

- осуществлять анализ и мониторинг состояния социального здоровья населения;

- проводить обследование с целью выявления социально-медицинских проблем клиента (включая расспрос, осмотр, ознакомление с документами, общение с окружением клиента и медицинскими работниками);

- выявлять социально-медицинские проблемы клиента и определять пути их решения;

- формировать системы взаимодействия по решению социально-медицинских проблем и осуществлять процесс социально-медицинской работы;

- анализировать полученные результаты и в случае необходимости проводить коррекцию социально-медицинской работы.

Студент должен владеть:

- основными методами социально-медицинской работы с отдельными лицами и различными группами населения;

- основными методами рациональной организации труда, принятия управленческих решений в учреждениях и службах социально-медицинской работы;

- методикой проведения консультационных и профилактических мероприятий с объектами социально-медицинской работы;

- методами проведения аналитической, прогнозно-экспертной и мониторинговой работы.

Тема 1. Социально-медицинская работа как вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности

Социально-медицинская работа – это вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психологического и социально-правового характера, созданный на основе многих дисциплин, направленный на восстановление, сохранение и укрепление здоровья.

Цель социально-медицинской работы – достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физическими и психическими отклонениями, а также социально неблагополучных.

Объектами социально-медицинской работы являются различные лица, неблагополучные по медицинским и социальным показателям: инвалиды, лица пожилого и старческого возраста, дети-сироты, юные матери, многодетные и асоциальные семьи, больные СПИДом, пострадавшие от стихийных бедствий, беженцы, безработные и т. д.

Особенность социально-медицинской работы состоит в том, что как профессиональная деятельность она формируется на стыке двух самостоятельных отраслей - здравоохранения и социальной защиты населения. По своей сути социально-медицинская работа имеет много общего с медицинской помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом. Но при этом она не превышает пределы своей компетенции, не претендует на выполнение лечебно-диагностических функций, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и чёткое разграничение сфер ответственности.

При организации социально-медицинской работы необходимо придерживаться принципов, которые позволили бы обеспечить профессиональный целостный подход в этом виде деятельности. Таковыми являются:

- *экосистемность* – учёт всей системы взаимоотношений человека и окружающей его среды в данной проблемной парадигме, системный анализ взаимосвязей между всеми элементами конкретной проблемной жизненной ситуации и определение на его основе совокупности социально-функциональной деятельности;

- *полиmodalность* – сочетание в социально-медицинской работе различных подходов, способов действия, исходно заданных, типовых в методологическом плане, использующих отдельные конкретные методы, типовые способы действий, которые функционально ориентированы на конкретную цель, на конкретный про-

блемный контингент, на социально уязвимую или дезадаптированную группу населения;

- *солидарность* – согласованное организационное взаимодействие в процессе социально-медицинской работы государственных учреждений, действующих в любой сфере, и учреждений, входящих в структуры организаций с разной формой собственности;

- *конструктивная стимуляция* – отказ социальных служб от исключительно патерналистских форм помощи и опеки, порождающих у их субъектов пассивное иждивенчество, и смещение акцента на развитие и поощрение личной активности и ответственности клиентов, максимальное использование и развитие их ресурсов;

- *континуальность* – непрерывность, целостность, функциональная динамичность и плановость социально-медицинской работы, понимание её как процесса, использование континуального подхода к её практике, с обязательным планированием последовательных этапов деятельности на основе определения «шагов» постепенного достижения конкретных целей в виде суммы действий и наблюдающихся значимых изменений статуса и модуса субъектов помощи.

Социально-медицинская работа включает:

- осуществление государственной политики по обеспечению гарантий нуждающимся гражданам в области социально-медицинской помощи;

- обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья;

- формирование здорового образа жизни;

- оказание социально-медицинская помощь семье и отдельным её членам;

- организацию медицинской помощи и ухода за больными;

- участие в проведении медико-социальной экспертизы;

- проведение социально-медицинской реабилитации больных и инвалидов;

- проведение социальной работы в психиатрии, наркологии, онкологии, гериатрии и других областях медицины;

- обеспечение доступа к информации по вопросам здравоохранения, состояния среды обитания, качества продовольствия и сырья;

- участие в разработке целевых комплексных программ социально-медицинской помощи нуждающимся группам населения;

- участие в контроле гарантированного объёма и качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования;

- социально-медицинский патронаж и т. д.

Профессиональная социально-медицинская работа может эффективно осуществляться в следующих учреждениях социального обслуживания:

- территориальные центры социальной помощи семье и детям;
- социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних;
- социальные приюты для детей и подростков;
- геронтологические центры;
- стационарные учреждения социального обслуживания (дома-интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты, детские дома, дома-интернаты для детей с физическими недостатками).

Вместе с тем, профессиональная социально-медицинская работа может проводиться не только в учреждениях здравоохранения или социального обслуживания. Подготовленные квалифицированные специалисты могут выполнять свои функции в любом учреждении, независимо от ведомственной принадлежности или формы собственности.

В теории и практике социальной работе выделяются основные направления профессиональной деятельности социально-медицинского работника:

1. Больные трудоспособного возраста после травм, ставшие инвалидами, нуждаются: в социальной помощи при организации восстановительного лечения; в адаптации к жилищно-бытовой среде в соответствии с ограниченными возможностями; в организации психологической поддержки членами семьи и ближайшему окружению; в приобретении новой профессии и трудоустройстве.

2. В особой заботе нуждаются пожилые люди и старики с хроническими заболеваниями и ограниченными возможностями передвижения и самообслуживания.

3. В социально-медицинской защите нуждаются семьи, имеющие инвалидов и больных с тяжёлыми хроническими заболеваниями, инкурабельных (неизлечимых) больных.

4. Неполные (материнские или отцовские), многодетные, опекунские, молодые, остро нуждающиеся, получающие пенсию по потере кормильца и другие малообеспеченные семьи.

5. Своевременное выявление детей из неблагополучных, асоциальных семей, диспансерное наблюдение с момента рождения, направление в ясли, детский сад, при необходимости в санатории, школы для трудновоспитуемых или для детей с задержкой психического развития позволяет предотвратить ано-

мальные явления (курение, алкоголизм, наркомания) и даёт возможность внедрять в социальный жизненный процесс элементы здорового образа жизни.

И всё-таки наиболее важным направлением социально-медицинской деятельности следует считать создание благоприятных условий и реальных возможностей для поддержания здоровья и благополучия тех, кто временно оказался в затруднительном положении экономического или социального характера.

Являясь видом мультидисциплинарной деятельности и реализуясь в области интересов здравоохранения и социальной защиты населения, социально-медицинская работа использует уже сложившиеся формы и методы:

► в системе здравоохранения – профилактические, реабилитационные, психотерапевтические и др.;

► в системе социальной защиты населения – социальное консультирование, социальные пособия, социальное обслуживание на дому, социальное обслуживание в стационарных учреждениях, организация дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания, предоставление временного приюта и др.

Наряду с этим в социально-медицинской работе могут использоваться также формы и методы, сложившиеся в педагогике, психологии, правовой сфере. Конкретная структура социальной работы в здравоохранении в каждом случае определяется конкретным профилем патологии или проблемной жизненной ситуации, в которой оказался клиент.

Кроме того, социально-медицинскую работу можно условно разделить на две составляющие – социально-медицинскую работу профилактической направленности и социально-медицинскую работу патогенетической направленности.

Социально-медицинская работа профилактической направленности включает:

- выполнение мероприятий по предупреждению социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья;

- формирование установок на здоровый образ жизни;

- обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья;

- участие в разработке целевых программ социально-медицинской помощи на различных уровнях;

- социальное администрирование;

- обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

Социально-медицинская работа патогенетической направленности включает:

- мероприятия по организации социально-медицинской помощи;
- проведение медико-социальной экспертизы;
- осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов;
- проведение социальной работы в отдельных областях медицины и здравоохранения;
- проведение коррекции психического статуса клиента;
- создание реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры;
- обеспечение преемственности во взаимодействии специалистов смежных профессий и др.

По своей направленности социально-медицинская работа имеет много общего с медицинской помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом. Но при этом она не превышает пределы своей компетенции, не претендует на выполнение лечебно-диагностических функций, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и чёткое разграничение сфер ответственности.

Важной составной частью социально-медицинской работы является социально-медицинский патронаж (от фр. *patronage* – покровительство) – социально-медицинская работа профилактической направленности, которая проводится на дому; вид деятельности медицинских, социальных и общественных организаций, осуществляемый с целью удовлетворения потребности в социально-медицинской помощи отдельных лиц, семей, групп населения.

Задачами социально-медицинского патронажа являются:

- оценка условий жизни объектов социально-медицинского патронажа;
- выявление социально-медицинских проблем клиента;
- установление связи объекта социально-медицинского патронажа с медицинскими учреждениями, учреждениями социальной защиты, отделением Российского общества Красного Креста (РОКК), благотворительными организациями, фондами и т. д.;
- контроль за выполнением программ реабилитации;
- повышение уровня санитарно-гигиенических и правовых знаний объектов социально-медицинского патронажа;
- динамическое наблюдение за состоянием здоровья объекта социально-медицинского патронажа;

- первичная и вторичная профилактика;
- формирование установки объекта социально-медицинского патронажа на здоровый образ жизни.

Целями социально-медицинского патронажа являются социальная защита населения при решении проблем социально-медицинского характера, доступность социально-медицинской помощи для населения, осуществление непрерывности наблюдения за здоровьем соответствующего контингента лиц, помощь в осуществлении социально-медицинской адаптации.

Социально-медицинский патронаж осуществляют следующие органы, учреждения и организации: амбулаторно-поликлинические учреждения (участковые, детские поликлиники, женские консультации, поликлинические отделения диспансеров); отделы социальной защиты населения; отделения РОКК; отделения Российского детского фонда; отделения Российского фонда милосердия и здоровья; отделения Всероссийского общества инвалидов; региональные отделения Пенсионного фонда РФ.

Непосредственными исполнителями социально-медицинского патронажа являются: специалисты по социальной работе, участковые терапевты, участковые медицинские сестры, работники РОКК, сотрудники различных обществ и фондов.

Социально-медицинский патронаж предусматривает выполнение следующих мероприятий:

- 1) обследование;
- 2) выявление социально-медицинских проблем;
- 3) планирование путей решения данных проблем;
- 4) реализация намеченных целей;
- 5) анализ проделанной работы, оценка её результатов и, в случае необходимости, коррекция этой работы.

Тема 2. Концепция социально-медицинской работы в Российской Федерации

Физическое и психическое здоровье человека является основой развития и благополучия государства и нации, одним из решающих факторов, способствующих ходу сбалансированных социально-демографических и экономических процессов в современном российском обществе. В этом аспекте одной из кардинальных задач является повышение роли целостной социально-медицинской политики при разработке общегосударственных экономических, социально-демографических и социально-медицинских программ.

Успешное осуществление данных программ связано с укреплением и сохранением здоровья населения России, его воспроизводством, трудовой активностью и медико-социальной справедливостью.

В стратегическом плане политика здравоохранения должна обеспечивать всеобъемлющий и кардинальный характер социальных и медицинских услуг. Всё население, включая мигрантов и вынужденных переселенцев, должно иметь доступ ко всем видам социально-медицинской помощи, направленной на улучшение его физического и психического здоровья и обеспечение реабилитации инвалидов. Социально-медицинская помощь предполагает практически весь спектр медицинских услуг, в том числе профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубоврачебную помощь, а также принятие мер социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

В стратегии дальнейшего развития социально-медицинской помощи первостепенное внимание должно уделяться здоровому образу жизни. Немаловажное значение имеет участие населения в поддержании здорового образа жизни, медико-санитарное просвещение и профилактика.

Сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, а также травматизм и отравления всё больше сказываются на общем уровне смертности. В настоящее время люди хорошо понимают, что частота заболеваний, как и общее физическое благополучие человека, находятся под влиянием некоторых индивидуальных привычек, например, курения, потребление алкогольных напитков, наркотиков, физической активности и питания. Кроме того, взаимосвязь образа жизни и социальных, образовательных, экономических, политических факторов делает очевидным тот факт, что винить следует не только самого человека, оказавшегося жертвой своих привычек. Поведение человека является не только результатом его свободного выбора, но и одним из способов решения или примирения индивидуальных и социальных проблем.

В практической социальной работе недостаточно ограничиваться призывами к отказу от вредных привычек. Необходимо расширить спектр научных исследований, связанных с выявлением факторов, влияющих на выбор образа жизни. Лучшее понимание последствий для здоровья, вызванных стрессами, связанными с работой, семейной жизнью, социальной изоляцией, отчуждением и распадом социальных связей, может подсказать подходы к разра-

ботке концептуальных основ и стратегии развития социально-медицинской помощи.

В связи с этим особую актуальность приобретает ориентация социально-медицинской помощи на создание условий для активизации самообеспечения экономически активного населения и на государственную поддержку его нетрудоспособной части. Необходимо также содействовать адаптации людей к новым экономическим условиям, стремиться к соблюдению минимально допустимых значений социальных индикаторов – критического уровня безработицы, предельных расходов на проживание, государственных норм образования, медицинского обслуживания, обеспеченности жильём, личной безопасности.

Социальная политика государства должна быть ориентирована на решение следующих задач:

1. Поддержание экономики в функционирующем состоянии на базе стимулирования экономической активности населения, стабилизации трудовой занятости.

2. Сохранение и воспроизводство населения путём обеспечения жизненно необходимых потребностей, прежде всего, работоспособного населения, а через его доходы – и на их иждивенцев.

3. Содействие функционированию эффективных институтов социально-медицинской сферы.

Решение перечисленных задач предполагает закрепление за федеральными органами власти и управления таких функций, как гарантии необходимого минимума уровня жизни населения на всей территории страны; доступность определённого набора медицинских услуг; соблюдение общеэкономических и правовых условий.

При формировании государственной концепции создания целостной системы социально-медицинской помощи населению следует одновременно разрабатывать механизмы и способы её реализации. В первую очередь необходимо сохранить всё положительное, что было достигнуто за прошедшие десятилетия, а также искать новые подходы к решению вновь появившихся и обострившихся социальных проблем на современном этапе развития страны и общества в целом. Основные усилия государства и общества необходимо сосредоточить на двух взаимосвязанных направлениях.

Первое направление – это формирование у населения и руководителей органов власти и управления идеологии и практики жизнесохранительного поведения, изменения в этом отношении общественного сознания, повышения ценности здоровой и продолжительной жизни на шкале государственных и индивидуальных

ценностей. Второе направление – реформирование системы здравоохранения на основе приоритетного финансирования отраслей здравоохранения, дающих максимальный с точки зрения улучшения здоровья и снижения смертности населения эффект, при обязательном существенном увеличении расходов на охрану здоровья в валовом внутреннем продукте (ВВП).

Вопросы здоровья являются основой любой социальной программы. Анализ современного состояния и последствий роста смертности и заболеваемости, сокращения продолжительности жизни населения России выводит эти проблемы, представляющие в совокупности угрозу национальной безопасности России, в ранг общенациональных. Поэтому необходимо на федеральном уровне разрабатывать и осуществлять систему мониторинга здоровья населения Российской Федерации.

Мониторинг здоровья населения Российской Федерации – это постоянный процесс слежения за состоянием и изменением здоровья населения, за средой обитания и окружающей средой, качеством жизни и другими взаимосвязанными факторами с целью учёта их при разработке управленческого решения политического, экономического, социально-демографического, медико-гигиенического и характера для улучшения здоровья человека, семьи и общественного здоровья.

Тема 3. Нормативно-правовые основы социально-медицинской работы.

Важнейшей задачей современного демократического государства является забота о своих гражданах, соблюдении их прав и свобод, включая предоставление законодательно закреплённых гарантий на сохранение, укрепление, а в случаях заболевания – и восстановление здоровья. Право на здоровье приобрело характер одного из важнейших политических, социальных и экономических аспектов в современном мире.

В Российской Федерации основополагающими законами, регламентирующими охрану здоровья населения, являются Конституция РФ, «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», Закон РФ «О медицинском страховании граждан», Закон РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», Закон РФ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», а также ряд нормативно-правовых положений трудо-

вого права, административного права, уголовного права, семейного права и иных законодательных актов Российской Федерации.

Основной закон, гарантирующий права граждан на охрану здоровья, – Конституция РФ, ст. 41, который гласит: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь¹ в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счёт средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».

Конституция гарантирует поддержку семьи, материнства, отцовства, инвалидов и пожилых людей, развитие социальных служб, установление пенсий, гарантий социальной защиты (ст. 7).

Согласно Конституции материнство и детство, семья находятся под защитой государства (ст. 31). Каждому гражданину России гарантируется социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и пр. (ст. 39.).

Важнейшим документом, регламентирующим социально-медицинскую работу, являются «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» (№ 5487–1 от 22 июля 1993 г.).

В Основах чётко определено понятие «охрана здоровья граждан» как совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его активной долголетней жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Оговорено право граждан на социально-медицинскую помощь, которая оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственных, муниципальных и частных систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения.

При заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на социально-медицинскую помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную по-

¹ Медицинская помощь – комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение жизни, восстановление здоровья при острых заболеваниях, достижение ремиссии при хронических заболеваниях, на обеспечение нормального родоразрешения и воспитания здорового ребёнка.

мощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

В Основах определены права граждан в области охраны здоровья:

- право на охрану здоровья – предоставление населению доступной социально-медицинской помощи;
- право граждан на бесплатную медицинскую помощь в объёме программ обязательного медицинского страхования;
- право граждан на получение информации о факторах, влияющих на здоровье;
- право на медицинскую экспертизу, в том числе независимую;
- право на обязательные и периодические медицинские осмотры (для лиц, занятых определёнными видами профессиональной деятельности, например, шофёры, педагоги и т. д.);
- право на льготное обеспечение протезами и ортопедическими корригирующими изделиями, слуховыми аппаратами, средствами передвижения для категорий граждан, определённых правительством;
- право иностранных граждан на медицинскую помощь в соответствии с международными договорами;
- право на защиту от любых форм дискриминации, обусловленных наличием какого-либо заболевания.

В Основах устанавливается право по медицинским показаниям на бесплатные консультации по вопросам планирования семьи, наличия социально-значимых заболеваний, медико-гинекологические консультации, право на выбор семейного врача и право на уход за больным ребёнком.

Гарантируется право беременных женщин и матерей на обеспечение специализированными видами медицинской помощи, право на пособие по нетрудоспособности и оплачиваемый отпуск в соответствии с установленным порядком.

Несовершеннолетние имеют право на диспансерное наблюдение и лечение в детской и подростковой службах; социально-медицинскую помощь; санитарно-гигиеническое образование, на обучение и труд в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов; бесплатную медицинскую консультацию за счёт средств бюджетов всех уровней при определении профессиональной пригодности; получение необходимой информации о состоянии здоровья в доступной для них форме. Несовершенно-

летние в возрасте старше 15 лет имеют право на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него.

Военнослужащим гарантировано право на медицинское освидетельствование, производство независимой экспертизы, а для подлежащих призыву – право на получение полной информации о медицинских противопоказаниях для прохождения военной службы и показаниях на отсрочку или освобождение от призыва по состоянию здоровья.

Оговариваются права граждан пожилого возраста на социально-медицинскую помощь на дому, в учреждениях государственных или муниципальных систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения и на лекарственное обеспечение, в том числе на льготных условиях.

Инвалиды, в том числе дети-инвалиды и инвалиды с детства, имеют право на социально-медицинскую помощь, реабилитацию, обеспечение лекарствами, протезами, протезно-ортопедическими изделиями, средствами передвижения на льготных условиях, а также на профессиональную подготовку и переподготовку. В случае неспособности к самостоятельному жизнеобеспечению нетрудоспособные инвалиды имеют право на содержание в учреждениях системы социальной защиты.

Гарантируется право граждан, пострадавших при чрезвычайных ситуациях и проживающих в экологически неблагоприятных районах, на бесплатное получение всех видов медицинской помощи, санаторно-курортного и восстановительного лечения, обеспечение лекарственными средствами, иммунобиологическими препаратами и изделиями медицинского назначения на льготных условиях.

Лица, заключённые под стражу, имеют права на социально-медицинскую помощь, не допускается использование этих лиц для проведения медико-биологических исследований.

В Основах определены права граждан, страдающих социально значимыми заболеваниями, и граждан, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих. Этим категориям гражданам оказывается социально-медицинская помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения бесплатно или на льготных условиях.

В «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан» определены также права пациента: на информацию о своём здоро-

вье; уважительное и гуманное отношение со стороны обслуживающего персонала; выбор лечащего врача; проведение консилиумов и консультаций с другими специалистами; облегчение боли, обусловленной заболеванием, медицинским вмешательством, доступными средствами; сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью и всех сведений о состоянии здоровья; передача информации другим лицам, в том числе должностным, допускается без согласия пациента в следующих случаях: при угрозе распространения инфекционных заболеваний; по запросу органов дознания и суда в связи с проведением расследования; при оказании помощи несовершеннолетнему для информирования родителей; при лечении лиц, неспособных оценить своё состояние; согласие или отказ от медицинского вмешательства, если состояние пациента не позволяет выразить его волю, а медицинское вмешательство неотложно, то вопрос решает лечащий врач или консилиум врачей; согласие на оказание помощи детям до 18 лет и недееспособным дают родители, а при их отсутствии – лечащий врач или консилиум (отказ от лечения оформляется письменно и подписывается врачом и пациентом); возмещение ущерба здоровью и причинённого вреда при оказании медицинской помощи (согласно УК РФ).

Правовой основой социально-медицинской работы являются также законы: «О государственной социальной помощи»; «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов»; «О социальной защите инвалидов РФ»; «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании»; «О ветеранах» и другие законодательные акты.

Трудовое право РФ содержит нормы рабочего времени и времени отдыха, а также нормы, регулирующие охрану труда, в том числе труд женщин, молодёжи, инвалидов.

Административное право РФ предусматривает ответственность за нарушение законодательства о труде и правил по охране труда, нарушение санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил и норм, незаконное приобретение или хранение наркотических средств либо потребление наркотических средств без назначения врача.

Уголовное право РФ включает специальные главы о преступлениях против жизни и здоровья, а также о преступлениях против здоровья населения и общественной нравственности.

Семейное право РФ в целях охраны здоровья устанавливает брачный возраст, не допускает заключения брака между близкими родственниками, а также между лицами, из которых хотя бы одно

признано судом недееспособным вследствие психического расстройства; обязывает родителей заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии своих детей.

Знание нормативно-правовой базы социально-медицинской работы необходимо каждому социальному работнику по двум причинам. Во-первых, вся его деятельность регламентируется данными нормативными актами. Во-вторых, прямой функциональной обязанностью социального работника является проведение социально-правового консультирования клиентов. Социальный работник должен не просто знать, но и умело применять в своей практической деятельности правовые акты, касающиеся проблем социально-медицинского характера.

Тема 4. Базовая модель социально-медицинской работы

Построение базовой модели социально-медицинской работы основывается на двух положениях.

Первое. Выделяется пять групп клиентов:

- 1) группа повышенного риска;
- 2) члены семьи клиента и его ближайшего окружения;
- 3) больные с выраженными социальными проблемами;
- 4) длительно и часто болеющие;
- 5) инвалиды.

Второе. В работе с каждой из перечисленных групп клиентов специалист по социальной работе выполняет два блока основных мероприятий: социально-медицинскую работу профилактической направленности; социально-медицинскую работу патогенетической направленности.

Такой подход при сохранении единства принципов позволяет учесть специфику профессиональной социальной работы с конкретными контингентами различного профиля в отдельных областях медицины или в системе социальной защиты населения.

В качестве примера рассмотрим базовую модель социально-медицинской работы с клиентами группы повышенного риска. В каждом конкретном случае это могут быть самые разнообразные группы населения. Так, при социально-медицинской работе по профилактике СПИДа среди населения группу повышенного риска составляют наркоманы, проститутки, гомосексуалисты; по профилактике наркомании в группу риска войдут дети и подростки из социально-дезадаптированных семей, бездомные дети, дети и подростки с девиантным и деликвентным поведением; по профилакци-

ке туберкулёза в группу повышенного риска попадают лица без определённого места жительства, клиенты пенитенциарной системы, из малообеспеченных семей и т.д.

При формировании профильной группы риска необходимы знания о причинах данного явления: причинах заболевания, наркомании, алкоголизма и пр., которые позволят в каждом отдельном случае построить дифференцированную модель социально-медицинской работы на базе принципов первичной и вторичной профилактики.

Определим, какие же мероприятия социально-медицинской работы профилактической и патогенетической направленности специалист по социальной работе должен осуществить при работе с группами повышенного риска.

1. Социально-медицинская работа профилактической направленности:

1. Выполнение определённых профилактических мероприятий социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья на индивидуальном, групповом и региональном уровнях в учреждениях разной ведомственной принадлежности и разных организационно-правовых форм.

2. Проведение мероприятий по гигиеническому воспитанию и формированию установок на здоровый образ жизни с учётом специфики клиентов групп повышенного риска.

3. Участие в проведении социально-гигиенического мониторинга.

4. Участие в разработке целевых программ профилактики заболеваний, сохранения и укрепления здоровья, организации социально-медицинской помощи на разных уровнях.

5. Содействие медико-генетическому консультированию.

6. Участие в организации профилактических осмотров.

7. Определение факторов риска, влияющих на соматическое, психическое и репродуктивное здоровье, а также генетической и врождённой патологии.

8. Информирование граждан о состоянии индивидуального, общественного здоровья и состоянии окружающей среды.

2. Социально-медицинская работа патогенетической направленности:

1. Социальная экспертиза семьи.

2. Социально-медицинская помощь в планировании семьи, охране материнства и детства.

3. Социально-медицинский патронаж семей социального риска.

4. Содействие в обеспечении государственных гарантий прав граждан в охране здоровья и оказании социально-медицинской помощи.

5. Участие в оказании помощи пострадавшим в природных и промышленных катастрофах.

6. Содействие в решении правовых проблем клиента, связанных с его физическим и психическим здоровьем.

7. Психокоррекционная работа.

Для полноценной социально-медицинской работы необходима трёхуровневая система, предусматривающая работу специалистов с высшим, средним специальным образованием и персонала, добровольно помогающего ухаживать за престарелыми, одиночками, инвалидами, тяжёлыми хроническими больными. Комплексный подход к социально-медицинской работе предусматривает одновременное участие специалистов всех трёх уровней.

Специалист по социальной работе с высшим образованием составляет и внедряет программы социально-медицинской помощи населению региона или обслуживаемого района; отлаживает системы взаимодействия с медицинскими работниками лечебно-профилактических учреждений; координирует деятельность социально-медицинской службы со смежными вневедомственными организациями (педагоги, психологи, юристы и т. д.); направляет и контролирует проведение социальных мероприятий работниками среднего звена; решает другие организационные вопросы.

Основными функциями работников среднего звена является непосредственная патронажная работа с семьями по реализации конкретных услуг: оказание первичной медико-санитарной помощи инвалидам, одиночкам, больным хроническими заболеваниями; содействие в обеспечении медикаментами, перевязочными и гигиеническими средствами, продуктами питания; организация консультативной помощи правоведов, психологов, педагогов; санитарно-просветительская работа и обучение само- и взаимопомощи; выявление и пресечение аномальных явлений в семье; формирование здорового образа жизни у детей и подростков; осуществление социально-бытовой помощи одиночкам престарелым и инвалидам; выявление нуждающихся в ортопедической технике, протезах.

Социально-медицинская работа третьего уровня выполняется добровольцами: лицами из числа верующих, представителями Общества Красного Креста (ОКК) и других организаций, которые по убеждению или из чувства сострадания и сочувствия оказывают непосредственную посильную физическую, моральную, психоло-

гическую помощь людям, нуждающимся в посторонней помощи (сиделки у тяжелобольных, одиноких людей, сопровождение слепых, инвалидов и т. д.).

Через социального работника третьего уровня может осуществляться связь медицинских работников лечебных учреждений с добровольными организациями, оказывающими помощь в социальной работе (возрождение благотворительности и милосердия, создание соответствующих добровольных структур).

Тема 5. Медицинская модель практической социальной работы

Основы социальной медицины и социальная политика. Актуальность социально-медицинской работы определяется тем, что большинство хронических заболеваний человека связаны с социальными факторами и со стилем жизни больных и поэтому требуют многопрофильного подхода. Признание важной роли социальных служб в области профилактики и лечения заболеваний имеет особое значение для практической деятельности социальных работников. При работе в лечебно-профилактическом учреждении по методу «один на один» социальные работники, эффективно использующие психосоциальные терапевтические методы, могут помочь пациентам медицинских учреждений сообразовать свои жизненные планы с состоянием своего здоровья.

Кем в данном случае является социальный работник: «клиницистом» или «генералистом»? В научной литературе оба термина используются отчасти бессистемно. Так, под «генералистами» понимаются специалисты, имеющие дело с отдельными индивидами, семьями и группами, но не ограничивающие себя существующими сферами практической социальной работы и конкретными группами населения. При таком подходе социального работника в здравоохранении целесообразно считать «клиницистом» с той оговоркой, что «генералист» может быть «клиницистом», когда работает непосредственно с больным и его семьей.

Социально-медицинская работа не существует в «чистом виде» и не может быть изучена как находящаяся в некоем вакууме. Другими словами, любое социально-медицинское мероприятие осуществляется в рамках конкретных социальных программ или проектов, реализуется как часть проводимой на государственном, региональном или муниципальном уровнях социальной политики.

В современном российском обществе назрела потребность в гуманной социальной политике, которая включала бы такие компоненты, как:

* политика медицинского обслуживания, которая бы обеспечивала доступность медицинских услуг на основе не только рыночных критериев, но и других стимулов для клиентов (пациентов) и для специалистов социальной работы; была бы доступна для любого заболевшего человека, каким бы ни было его материальное положение;

* политика индивидуализированных служб, которые разрабатывали бы специализированные услуги в области социальной медицины, социализации и ресоциализации, оказания практической социальной помощи, адресованные больным, престарелым людям, детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации; обеспечивали бы их информацией, социальными знаниями; организовывали бы консультирование и взаимопомощь.

В этой связи интерес представляет вопрос об участии специалистов по социально-медицинской работе в реализации социальной политики. С точки зрения социальных работников, так называемая, конкретная или проблемная социальная политика включает комплекс вопросов, интересующих общественность: социальные услуги для больных и умственно отсталых, страхование здоровья, уход за больными детьми, безопасность труда и др. Избрав одну из проблем, социальный работник осуществляет различные действия: проводит исследования, привлекает общественность, выдвигает инициативы, устанавливает связи с людьми, способными воздействовать на процесс принятия решений по данному вопросу.

Традиционные для профессии социального работника методы решения проблем – диагноз, выявление проблемы, определение целей и задач, разработка стратегии вмешательства, корректировка своих действий – могут быть успешно перенесены в практику реализации социальной политики.

Для решения поставленных целей и задач, помимо ресурсов социальной работы, необходима модель теоретического обоснования практики социально-медицинской работы («медицинская модель социальной работы»). Такая модель отражает результаты научных поисков ученых разных школ; эволюцию, изменения в самом содержании и формах практической социальной работы; содержит теоретические положения, фиксирует связь со смежными для теории социальной работы науками о человеке и обществе, связь с

социокультурными основами жизни клиента; предполагает определенное содержание практической социальной работы, методы и формы содействия нуждающимся, профилактику жизненных кризисов, возникающих у клиентов.

Содержание медицинской модели практической социальной работы. По данным Национальной ассоциации социальных работников (НАСР) США до 45% членов этой организации участвуют в реализации различных программ и проектов оказания медицинской или психиатрической помощи населению. Данный показатель свидетельствует о значении и перспективах социальной работы в здравоохранении и необходимости её теоретического осмысления. Прежде всего, требуется определить цели и задачи этой сферы практической социальной работы. Исходим из того, что основной задачей профессиональных медицинских работников в учреждениях здравоохранения является забота о физическом и психическом здоровье пациента. При этом задачи социальных работников, занятых в этой сфере, будут отличаться по содержанию от задач медицинских работников:

- * оценить психосоциальные стрессы и стрессы, вызываемые воздействием факторов социальной среды, с которыми сталкиваются в период болезни пациенты и их семьи, и оказать непосредственную социально-терапевтическую поддержку;

- * помочь клиентам (пациентам) и их семьям получить максимальную пользу от реализуемых в регионе социальных программ в области здравоохранения;

- * участвовать в разработке и осуществлении региональных и муниципальных социальных программ по охране здоровья, обращая особое внимание на действенные и эффективные профилактические программы для различных слоев населения;

- * стремиться гуманизировать программы деятельности учреждений здравоохранения в интересах клиентов (пациентов);

- * способствовать всестороннему и эффективному лечению пациентов в тесном сотрудничестве с врачами и другими медицинскими работниками;

- * участвовать в оценке сложившегося положения в здравоохранении для разработки мер по совершенствованию социальной политики в области здравоохранения и планированию её развития;

- * привлекать добровольцев (волонтеров) к участию в оказании социальной помощи больным и их семьям и способствовать повышению уровня информированности населения о социально-медицинском обслуживании;

* оценивать и улучшать социально-медицинскую поддержку населения, беря на себя инициативу и ответственность.

Медицинская модель практической социальной работы включает в свое содержание знание о структуре социальной работы в здравоохранении. Практика показывает, что службы социальной помощи функционируют в поликлиниках, учреждениях скорой неотложной помощи, медико-реабилитационных центрах, клинических и психиатрических больницах. Необходимо уяснить особенности социальной работы в различных типах учреждений здравоохранения.

В учреждениях скорой помощи специфика труда социального работника обусловлена кратковременностью лечения пациента, а также необходимостью сотрудничать с врачами различных специальностей. С точки зрения теории социальной работы большой интерес представляет содержание социальной работы в больницах. Следует учитывать, что в этом направлении накоплен значительный практический опыт зарубежных стран. Так, в США первое отделение социальной помощи в больнице было открыто в 1905 г. в Массачусетской центральной больнице (Бостон).

Опыт свидетельствует о том, что поскольку значительную часть пациентов больниц составляют люди старше 65 лет, страдающие хроническими заболеваниями, огромную роль в поддержке этих людей и их семей играют социальные работники. Кроме того, медицинское обслуживание пациентов нередко включает хирургию, после чего они возвращаются домой, где нуждаются в уходе и соответствующем социальном обслуживании.

В подобных случаях профессиональное вмешательство социального работника в жизненную ситуацию клиента заключается в следующем:

* он должен помочь пациенту выработать эмоциональные навыки, которые позволят ему справиться с изменением повседневной жизни в связи с болезнью и госпитализацией;

* помочь пациенту осознать потребность в помощи семьи, друзей и других людей; преодолеть раздражение, беспокойство и страх, связанные с болезнью;

* помочь пациенту выбрать соответствующие медицинские учреждения для продолжения лечения;

* помочь пациенту осознать свои права на получение необходимых социально-медицинских услуг и принять соответствующие меры для их реализации;

* социальный работник должен поддержать решимость пациента справиться с возникшими трудностями в связи с госпитализацией;

* способствовать общению пациента с персоналом больницы с целью обеспечения всестороннего медицинского ухода, включая его психосоциальный аспект.

Социальная работа в здравоохранении осложняется тем, что пациент нередко пользуется противоречивыми сведениями о состоянии своего здоровья. Поэтому социальный работник должен действовать тому, чтобы больной и его семья получили объективную информацию, способствовать преодолению отрицательных эмоций и при этом соблюдать конфиденциальность, говоря о прогнозе развития болезни. Другими словами, социальный работник должен наладить адекватное общение между пациентом, семьей и персоналом больницы.

В каждом конкретном случае от социального работника требуется разное клиническое вмешательство в ситуацию клиента с целью оказания ему социальной помощи. Вместе с тем, существуют и некоторые общие компоненты профессионального вмешательства социального работника: психосоциальная помощь по преодолению потенциально угрожающих жизни изменений, связанных с болезнью и госпитализацией; содействие общению пациента, семьи и врачей; консультирование пациентов с целью помочь им адаптироваться к болезни и постараться преодолеть её; организация практических социальных услуг, помощь пациенту и его семье в составлении планов реабилитационных действий после выписки для продолжения лечения или адаптации к изменившимся условиям жизни.

Большая часть такого рода клинической социально-медицинской работы предполагает помощь социального работника в кризисных ситуациях, поскольку необходимость госпитализации часто возникает внезапно, а результат лечения неясен. Социальная работа в больнице обычно включает и планирование специальных социально-медицинских услуг, которые будут необходимы пациенту после выписки. Работа с семьей пациента является основной частью профессионального вмешательства с целью оказания социальной помощи. Кроме того, социальные работники в больницах создают группы взаимопомощи, объединяют пациентов, имеющих сходные проблемы, что приводит иногда к созданию групп самопомощи.

Медицинская модель практической социальной работы выделяет задачу социального работника, действующего в сфере здравоохранения, - это реабилитационные мероприятия после выписки пациента из больницы, любая деятельность или порядок действий,

облегчающих для пациента смену обстановки. Сюда входят: специальный инструктаж родственников пациента с тем, чтобы они могли обеспечить послебольничный уход; координация различных общественных организаций социальной помощи и поддержки; решение множества возникших психосоциальных проблем, включая адаптацию к болезни, изменения в образе жизни, необходимость пользования последующими медицинскими услугами.

Теория социальной работы все чаще обращается к проблемам прав пациентов учреждений и служб здравоохранения. Социальные работники выступают в роли адвокатов или представителей интересов пациента и его семьи и в то же время могут представлять персонал или администрацию медицинского учреждения, разъясняя пациенту и его семье существующие правила, порядки, результаты исследований, ответственность, риск и возможность выбора. Они могут представлять медицинское учреждение при контактах с общественностью и участвовать в разъяснении персоналу медицинского учреждения и общественности прав пациентов и этических принципов медицинского обслуживания.

Таким образом, хотя деятельность социальных работников не связана преимущественно с медицинским обслуживанием населения, они выполняют в учреждениях здравоохранения вполне определенную профессиональную роль, связанную, прежде всего, с созданием оптимальных условий для пациента в сообществе, в котором он будет жить после госпитализации, и деятельностью по защите его интересов и социальных прав.

Тема 6. Сравнительный анализ социально-медицинской работы в России и за рубежом

Социально-медицинская работа в каждой стране складывается с учётом исторических условий и, несмотря на схожесть и однотипность решаемых задач, имеют различия в подходах, методах и организационном оформлении. Нет сомнения в том, что сравнительный анализ содержания социально-медицинской работы разных государств позволяет обогатить теорию и практику этой деятельности.

Например, в США отличительной чертой социально-медицинской работы является её децентрализация. Это проявляется в наличии и реализации разных социально-медицинских программ на разных уровнях: федеральном, штата, местном. Система государственного страхования дополняется частными системами страхования, имеющих две формы – коллективную и индивидуальную. В

последние годы стали широко использоваться такие формы обслуживания, как обслуживание в домах-интернатах, дневных больницах, периодические курсы оздоровительного лечения, сочетание стационарного обслуживания с диспансерным. Особое внимание уделяется жилищно-бытовому обслуживанию пожилых и инвалидов. Практикуется доставка обеда на дом, купания в ванне, стрижка, стирка и смена белья, гимнастика с помощью инструктора.

В Канаде система социально-медицинской работы строится в основном на добровольной основе, хотя и контролируется государством. II Социально-медицинские услуги, определенные законодательством, получают следующие категории населения: пожилые люди; безработные; брошенные родителями дети и дети, подвергшиеся физическому насилию; дети, имеющие эмоциональные и психологические проблемы; дети с физическими или умственными недостатками; молодёжь, находящаяся не в ладах с законом; молодёжь, имеющая эмоциональные проблемы; молодежь, злоупотребляющая алкоголем или склонная к употреблению наркотиков.

Система здравоохранения Канады финансируется государством, и каждый гражданин страны, имеющий карточку медицинского страхования, может рассчитывать на бесплатное медицинское обслуживание. Кроме того, каждому работающему гражданину предлагается наряду с заработной платой компенсационный пакет, в который включена страховка, покрывающая большую часть расходов на услуги стоматолога, окулиста и т. д.

Англия разделена по региональному принципу на север и юг. В основном социально-медицинская работа направлена на северный регион, так как для этого региона характерен более низкий уровень благосостояния населения. К учреждениям, оказывающим социально-медицинскую помощь, относятся не только больницы, но и дома для престарелых, дома сестринского ухода государственно- и частного секторов, дома для инвалидов, приюты, общежития гостиничного типа для лиц с нарушением психики или инвалидов. Основная ответственность за социально-медицинскую помощь возлагается на местные власти, которым передаётся большая часть финансовых средств.

В Германии социально-медицинская работа носит государственный характер, но присутствуют добровольческие и частные организации. Особо широко применяется социально-медицинский патронаж. Клиенты самостоятельно могут выбирать социальные службы в зависимости от своих потребностей и от степени заболевания, которые оказывают следующие социально-медицинские ус-

луги: консультативные, врачебные, информационные, по общему уходу, организационные.

Традиционной для Германии областью социальных мер являются службы здоровья, которые имеют в своём распоряжении обширную систему социальной помощи и охраны здоровья, отвечающую сравнительно высокому стандарту. Службы здоровья и социальные службы в Германии являются двумя радикально разделёнными секторами. Там, где они в своей работе взаимно пересекаются, в частности, в сфере социальной медицины, социальные мероприятия образуют звено для создания необходимого единства. Поэтому общественные службы здоровья являются важной рабочей средой для штата социальных служб, в частности, для работников в социальной сфере.

Скандинавские страны достигли высокого уровня социально-медицинского обслуживания с длительным уходом за нуждающимися гражданами на средства бюджета. К примеру, вопросы медицинского и социального обслуживания в Швеции относятся к компетенции муниципальных и областных властей. Основная обязанность по социальному обслуживанию граждан возложена на муниципалитет, на территории которого гражданин постоянно проживает.

В больницах Швеции хорошо развиты службы помощи при кризисных ситуациях. Здесь специалисты по социальной работе решают целый ряд задач. В частности, оказывают помощь больному в его адаптации к условиям стационара и режиму лечения; ведут подготовку больных к операции и организуют помощь после неё; оказывают поддержку родителям, родственникам, дети или близкие которых неизлечимо больны; информируют врачей по поводу обстановки в семье больного, возможной помощи ему со стороны близких родственников; работают с родителями, дети которых умерли, с близкими родственниками умерших в клинике; составляют программы работы с родителями, дети которых тяжело больны.

Особый интерес представляет система оказания помощи пожилым людям в Дании. Для обеспечения доступности социальных и медицинских услуг населению муниципальные власти учредили так называемые центры здоровья для пожилых. В таких центрах, имеющих в каждом микрорайоне, решаются все вопросы социального обеспечения и здравоохранения, предоставляются все услуги по уходу и лечению пожилых людей.

В странах Западной Европы и Северной Америки существуют дома квалифицированного сестринского ухода. Дома сестринского

ухода становятся центрами универсальных услуг, включая не только удовлетворение социальных и бытовых нужд пожилых людей, но и достаточно квалифицированное медицинское обслуживание.

Во многих странах в развитии социально-медицинской помощи пожилым акцент делается на продвижение долговременной помощи, определяемой как комплекс мероприятий на длительный период тем пожилым, которые не могут без неё существовать. Услуги долговременной помощи должны пересекать границы между здравоохранением, социальными программами и уходом. Наиболее существенный компонент долговременной помощи – помощь на дому – представляет собой комбинацию медицинских, социальных, практических услуг, которые обеспечивают потребности пожилых и позволяют им оставаться дома.

Услуги помощи на дому – это профессиональная помощь посредством визитов на дом к пациентам, имеющим повышенный риск заболеваемости или повреждения, заболевания, нарушения функций, к терминальным больным и всем нуждающимся в кратко- и долговременной помощи профессиональных работников. Службы помощи на дому включают: визиты персонала на дом; инфузионную терапию на дому; поставку медицинского оборудования на дом; хоспис; услуги патронажных работников.

Выделяют два вида помощи на дому – формальную, которая обеспечивается группой профессионалов, работающих в бригаде или отдельно, а также неформальную, обеспечиваемую родственниками, друзьями или соседями. В помощь на дому входят и широкий круг вспомогательных услуг, таких как доставка пищи на дом, местный транспорт, финансовая помощь, дневные программы на базе медицинских или социальных учреждений. Помощь на дому означает также помощь семье в её работе по уходу за пожилыми.

Система здравоохранения в странах-членах Европейского Союза может быть разделена на следующие модели:

1. Универсальная модель (Великобритания, Ирландия, Дания) – национальные системы здравоохранения, финансируемые в основном за счёт общего налогообложения, базируются на принципе равного и всеобщего доступа к всеобъемлющему комплексу услуг. Медицинское обслуживание предоставляется в основном в государственных учреждениях.

2. Модель социального страхования (Германия, Австрия, Франция, Нидерланды, Бельгия, Люксембург) основана на традиции предпринимательства и принципах социальной солидарности. В основном она финансируется посредством отчислений с заработ-

ной платы и других государственных фондов, которые составляют примерно $\frac{3}{4}$ совокупных расходов на здравоохранение. Социальное партнерство в управлении системой играет важную роль.

3. Медицинское обслуживание по «южной модели» (Испания, Португалия, Греция, Италия) в основном предоставляется государственными учреждениями (больницами), а также частными врачами. Однако многие люди не имеют права на пользование системой социально-медицинского обслуживания и полагаются на социальные пособия, финансируемые за счёт общего налогообложения.

Анализируя зарубежный опыт социально-медицинской работы с целью использования его в российских условиях, необходимо учитывать специфику теоретико-методологических подходов к одним и тем же социальным явлениям и процессам, технологию оказания социальной помощи на индивидуальном, личностном уровне, а также методы деятельности по формированию благоприятных условий жизни человека, нуждающегося в помощи.

В то же время, Россия располагает большим собственным опытом социальной работы и социально-медицинской помощи, отличающимся своими традициями, тесно связанными с имеющимися социальными институтами и возможностями здравоохранения.

Таким образом, сравнивая социально-медицинскую работу в России и за рубежом можно выявить следующие моменты:

1. Относительно небольшие территории зарубежных стран позволяют охватить социально-медицинским обслуживанием всё население страны. Россия же по территории очень большая страна и в каждом регионе проявляются свои особенности, которые необходимо учитывать. Тем не менее, в России пытаются оказать по возможности бесплатные социально-медицинские услуги всему населению страны.

2. Вся система социально-медицинской работы в России носит государственный характер, а в зарубежных странах больше преобладают частные организации, существует множество добровольных организаций.

3. В зарубежных странах преобладают платные услуги. В России также увеличивается число платных услуг, но это не вписывается в саму систему оказания социально-медицинской помощи и доходы населения, как правило, не позволяют людям оплатить такого рода услуги.

4. Источники и объём финансирования в развитых зарубежных странах выше, чем в России. На социально-медицинское об-

служивание в развитых зарубежных странах выделяется от 8 до 14 %, а в России только 3,4 % от ВВП, из которых 1 % – на пожилых и детей.

Тема 7. Организация социально-медицинской помощи населению в системе отечественного здравоохранения

Охрана здоровья населения – это совокупность экономических, правовых, социальных, научно-медицинских, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мер, которые направлены на сохранение и укрепление здоровья каждого человека.

Здравоохранение представляет собой важнейшую отрасль социально-культурной деятельности, основной целью которой является осуществление перечисленных выше мер по охране здоровья населения.

Здравоохранение представляет собой систему, состоящую из структурных элементов (органы здравоохранения) и функциональных элементов (амбулаторная и стационарная помощь, санитарно-эпидемиологическая служба и т. д.), которые тесно связаны между собой.

Отечественная система здравоохранения состоит из государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

К государственной системе здравоохранения относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические учреждения и организации, создаваемые Министерством здравоохранения и социального развития РФ, министерствами субъектов Российской Федерации, государственными предприятиями, учреждениями и организациями.

К муниципальной системе здравоохранения относятся находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические учреждения. Финансирование деятельности муниципальных учреждений осуществляется за счёт средств бюджетов всех уровней, целевых фондов (территориальных фондов обязательного медицинского страхования - ОМС) и иных разрешённых источников.

К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой.

В соответствии с номенклатурой учреждений здравоохранения существуют следующие их виды.

К лечебно-профилактическим учреждениям относятся:

- амбулаторно-поликлинические (амбулатории, городские поликлиники, здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты, косметологические лечебницы, стоматологические поликлиники и т. д.);
- больничные (городские больницы, детские больницы, центральные районные больницы, специализированные больницы и т. д.);
- диспансеры (врачебно-физкультурные, кардиологические, кожно-венерологические, наркологические, онкологические, противотуберкулёзные, психоневрологические и т. д.);
- учреждения по охране материнства и детства (родильные дома, дома ребёнка, ясли, молочные кухни);
- станции скорой и неотложной медицинской помощи и переливания крови;
- санаторно-курортные учреждения (санатории, детские санатории, курортные поликлиники, грязелечебницы, санатории-профилактории).

К санитарно-профилактическим учреждениям относятся: санитарно-эпидемиологические учреждения и учреждения санитарного просвещения.

Существуют также учреждения судебно-медицинской экспертизы (бюро судебно-медицинской экспертизы); аптечные учреждения (аптеки, аптечные киоски, базы и склады медицинской техники, магазины медицинской техники и оптики, контрольно-аналитическая лаборатория).

Ведущее место в структуре учреждений здравоохранения занимают лечебно-профилактические учреждения. Основными принципами их деятельности являются преимущество в работе различных учреждений, и прежде всего поликлиник и стационаров, единство лечения и профилактики, участковый принцип обслуживания, диспансерный метод работы, общедоступность и специализация врачебной помощи.

Социально-медицинская помощь населению оказывается медицинскими, социальными и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты.

Виды социально-медицинской помощи распределяются следующим образом:

- первичная медико-санитарная помощь;
- скорая медицинская помощь;
- специализированная медицинская помощь;

- социально-медицинская помощь гражданам, страдающим социально-значимыми заболеваниями;
- социально-медицинская помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) – это удовлетворение потребностей населения путём предоставления медицинских услуг при первом контакте с системой здравоохранения, комплексное обслуживание, приближенное к месту жительства и работе. ПМСП в настоящее время определяется как «зона первого контакта» населения с медико-санитарными службами, как первый этап охраны здоровья населения. Именно ПМСП определяет осуществление основного принципа отечественного здравоохранения – профилактики, так как является наиболее массовой медицинской службой. Оказание ПМСП является одной из гарантий социально-медицинской помощи.

ПМСП представляет собой комплекс медико-санитарных, лечебных, профилактических и гигиенических мер: лечение заболеваний и травм, снабжение самыми необходимыми лекарственными средствами, охрана материнства и детства, иммунизация против основных инфекционных заболеваний, профилактика инфекционных заболеваний, планирование семьи, санитарное просвещение, достаточное снабжение безопасной питьевой водой и продуктами питания и пр.

ПМСП включает в себя все виды амбулаторно-поликлинической помощи, службу скорой и неотложной помощи, родовспоможение, санитарно-противоэпидемические учреждения.

Объём ПМСП устанавливается региональными властными структурами в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования.

В настоящее время ПМСП находится в стадии реформирования. Предусмотрен переход к организации ПМСП по принципу семейного врача. Основной функцией семейного врача является оказание населению многопрофильной амбулаторной медицинской помощи. В деятельности семейного врача значительная роль отводится организации социально-медицинской помощи (совместно с органами системы социальной защиты населения, благотворительными организациями, службами милосердия) одиноким престарелым, инвалидам, хроническим больным.

С целью совершенствования ПМСП в дополнение к выше перечисленной номенклатуре учреждений здравоохранения функционируют стационары дневного пребывания, детские реабили-

тационные центры, центры реабилитации женщин с патологией беременности, кабинеты социально-медицинской реабилитации, медико-генетические консультации и т. д.

Скорая медицинская помощь – это экстренная медицинская помощь больным и пострадавшим при угрожающих жизни и здоровью человека состояниях и травмах, которая оказывается на месте происшествия (на улице, в общественных местах, учреждениях, дома и в пути следования заболевшего в больницу). Скорая медицинская помощь является одной из гарантий осуществления социально-медицинской помощи граждан.

В нашей стране создана общегосударственная система организации скорой медицинской помощи, в которую входят станция скорой и неотложной помощи, больницы скорой помощи, санитарная авиация.

Станции скорой медицинской помощи предназначены для оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе. На станциях скорой помощи не выдают больничных листов, справок и других письменных документов больным или их родственникам.

Станции скорой помощи оснащены специализированным санитарным транспортом, оборудованным аппаратурой для проведения срочной диагностики и лечения состояний, угрожаемых жизни. Работа станций скорой помощи организована по бригадно. В крупных городах обычно действуют следующие специализированные бригады: реанимационная, неврологическая, инфекционная, педиатрическая реанимационная, психиатрическая и т. д. Вся работа бригад документируется и хранится в организационно-методическом отделе.

Госпитализацией больных занимаются больницы скорой помощи.

Специализированная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий.

Специализированная медицинская помощь является неотъемлемой частью организации социально-медицинской помощи населению. От уровня специализации, форм и методов организации специализированных видов медицинской помощи зависит качество профилактики, диагностики и лечения различных заболеваний.

Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами в лечебно-профилактических учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности: поликлиники, амбулатории, женские консультации, диспансеры, специализированные центры.

В системе организации специализированной медицинской помощи населению главная роль принадлежит диспансерам.

Диспансер представляет собой самостоятельное специализированное лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания лечебно-профилактической помощи определённым группам больных.

В системе отечественного здравоохранения действуют следующие типы диспансеров: кардиологический, противотуберкулёзный, онкологический, кожно-венерологический, врачебно-физкультурный, психоневрологический, наркологический и др.

Диспансер состоит из поликлиники и стационара. Организация, содержание и характер работы диспансера зависит от его профиля. Основные принципы работы любого диспансера: активное раннее выявление больных, патронаж, проведение общественной и индивидуальной профилактики.

Общественная профилактика в работе диспансеров предполагает проведение предупредительных мероприятий, направленных на здоровый образ жизни, улучшение условий труда и быта, массовые оздоровительные мероприятия.

Наряду с диагностикой, лечением и профилактикой важнейшей составляющей работы диспансеров является реабилитация. Особое значение реабилитация приобретает в системе специализированной медицинской помощи кардиологической, онкологической, неврологической, травматологической и ортопедической служб.

Рассмотрим *организацию социально-медицинской помощи гражданам в чрезвычайных ситуациях.*

Чрезвычайная ситуация – это внешне неожиданная, внезапно возникающая обстановка, характеризующаяся резким нарушением установившегося процесса или явления и оказывающая значительное отрицательное воздействие на жизнедеятельность людей, функционирование экономики, социальную сферу и природную среду. В мирное время такие ситуации могут возникать в результате производственных аварий, катастроф, стихийных бедствий, экологических бедствий (катастроф), диверсий или факторов военно-политического характера.

Все чрезвычайные ситуации (ЧС) мирного времени разбивают на пять групп:

- сопровождающиеся выбросом опасных веществ в окружающую среду;
- связанные с возникновением пожаров, взрывами и их последствиями;

- на транспортных коммуникациях;
- вызванные стихийными бедствиями;
- военно-политического характера.

Существует несколько основных социально-медицинских направлений борьбы с катастрофами:

- ▶ сведение к минимуму числа пострадавших, если бедствие нельзя предотвратить, т. е. проведение защитных мероприятий, включая и медицинскую защиту;
- ▶ спасение жертв катастрофы;
- ▶ своевременное обеспечение первой медицинской помощи;
- ▶ оказание раненым последующих видов (доврачебной и первой врачебной) медицинской помощи с эвакуацией в медицинские учреждения;
- ▶ обеспечение квалифицированной и специализированной медицинской помощи;
- ▶ создание пострадавшим нормальных условий для жизнедеятельности.

Эффективным средством уменьшения пагубных последствий стихийного бедствия или катастрофы являются также профилактические мероприятия:

- ▶ предоставление соответствующего укрытия для пострадавших;
- ▶ создание условий для выполнения элементарных норм личной гигиены;
- ▶ обеспечение доставки питьевой воды;
- ▶ снабжение доброкачественным продовольствием.

Для выполнения мероприятий по ликвидации последствий ЧС необходимо привести в действие все силы и средства медицинской и социальной служб и обеспечить круглосуточный режим их работы.

Тема 8. Медицинское страхование как форма социальной защиты населения в области охраны здоровья

Поиск направлений реформирования системы здравоохранения Российской Федерации нацелен, в первую очередь, на сохранение и оптимизацию существующей системы организации медицинской помощи, основанной на принципах бесплатности и общедоступности, законодательно гарантированных объёмов и качества медицинской помощи населению. Такой подход связан с необходимостью введения медицинского страхования населения.

Цель медицинского страхования – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счёт накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

С 1991 года в Российской Федерации создана единая государственная система, при которой обязательное медицинское страхование (ОМС) является видом всеобщего социального страхования. Социальные гарантии и финансовую устойчивость ОМС обеспечивают структуры, действующие на некоммерческой основе. В системе ОМС страхователями и гарантами защиты интересов детей, учащейся молодёжи, безработных, пенсионеров и инвалидов выступают органы государственной власти всех уровней, страхователями работающих – работодатели (администрация соответствующих предприятий, предпринимательских структур).

Финансовые средства государственной системы ОМС формируются за счёт отчислений предприятий и организаций всех форм собственности. Страховой тариф взносов на ОМС определяется федеральными органами законодательной власти по представлению Правительства РФ в процентах от заработной платы. Страховые взносы отчисляются работодателем из фонда заработной платы, но не из заработной платы работника. Платежи на неработающих граждан производятся органами исполнительной власти с учётом территориальных программ ОМС в пределах средств на здравоохранение, предусмотренных в соответствующих бюджетах.

Для сбора обязательных страховых взносов в системе ОМС созданы Федеральный и территориальный фонды ОМС. Финансовые средства фондов ОМС находятся в государственной собственности РФ. Фонды передают средства в руки страховых организаций (компаний), которые имеют разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием. Именно страховые медицинские организации выплачивают медицинским учреждениям деньги за лечение граждан.

Каждый гражданин, в отношении которого заключён договор между работодателем и страховой медицинской организацией, получает страховой медицинский полис. Полис находится на руках у застрахованного и имеет силу на всей территории РФ, а также на территории других государств, с которыми РФ имеет соглашение о медицинском страховании граждан.

Законодательной базой медицинского страхования является федеральный закон «О медицинском страховании граждан в РФ»

№1499–1 от 28 июня 1991 г. с дополнениями и изменениями от 1993 г.

Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном.

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программ ОМС. Система добровольного медицинского страхования позволяет улучшить качество лечения (обеспечить современную качественную, но дорогостоящую диагностику, комфортабельную лечебную палату и пр.).

Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным. Добровольное медицинское страхование осуществляется за счёт прибыли предприятий и личных средств граждан путём заключения договора. Размеры страховых взносов на добровольное медицинское страхование устанавливаются по соглашению сторон.

В системе медицинского страхования граждане РФ имеют право на:

- ▶ выбор медицинской страховой организации;
- ▶ выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- ▶ получение квалифицированной медицинской помощи в рамках ОМС на всей территории РФ, в том числе за пределами постоянного места жительства;
- ▶ обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- ▶ информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства;
- ▶ уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского персонала;
- ▶ получение информации о своих правах и состоянии своего здоровья, сохранение врачебной тайны;
- ▶ проведение по просьбе пациента консилиума и получение консультаций у других специалистов;
- ▶ облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) вмешательством, всеми доступными способами;
- ▶ допуск к себе законного представителя, в том числе адвоката; допуск к себе священнослужителя и отправление религиозных обрядов;

► предъявления иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причинённого по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования;

► возвратность части страховых взносов при добровольном медицинском страховании, если это определено условиями договора.

Однако на практике часто встречаются нарушения прав пациента:

- необоснованный отказ от оказания медицинской помощи (отказ от госпитализации, отказ в оказании амбулаторной помощи, отказ от перевода из одного лечебного учреждения в другое, неоказание медицинской помощи в экстренных случаях и т. д.);

- оказание медицинской помощи низкого качества;

- причинение вреда жизни и здоровью пациента при оказании медицинской помощи;

- нарушение условий лечения;

- разглашение врачебной тайны;

- необоснованное требование или требование платы за лечение;

- предоставление недостаточной или неверной информации о заболевании;

- дефекты в оформлении медицинских документов и т. д.

Права пациента в случае их нарушения обязаны защищать:

- администрация лечебно-профилактических учреждений;

- органы управления здравоохранения;

- страховая медицинская компания (при условии, что пациент является обладателем страхового медицинского полиса, выданного данной страховой компанией);

- прокуратура города или района;

- суд (районный или городской).

Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в рамках ОМС в государственной и муниципальной системах здравоохранения. Объём бесплатной медицинской помощи гражданам гарантируется правительством, утвердившим программу гарантий обеспечения бесплатной медицинской помощью, которая описывает гарантии в рамках ОМС и в рамках помощи, предоставляемой за счёт средств бюджета.

Бесплатно гражданам предоставляются следующие виды медицинской помощи:

1. Скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах.

2. Амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение мероприятий по профилактике (в том числе диспансерному наблюдению), диагностике и лечению заболеваний как в поликлинике, так и на дому.

3. Стационарная помощь:

- при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, травмах и отравлениях, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения и изоляции по эпидемиологическим показаниям;

- при патологии беременности, родах и абортах;

- при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, требующих круглосуточного медицинского наблюдения, в том числе в детских и специализированных санаториях.

При оказании медицинской помощи осуществляется бесплатное или льготное обеспечение лекарственными средствами. Бесплатно получают все лекарственные средства:

- инвалиды и участники Великой Отечественной войны и приравненные к ним в правах граждане;

- родители и жёны военнослужащих, погибших вследствие ранения, контузии или увечья, полученных при защите страны или при исполнении иных обязанностей военной службы;

- граждане, награждённые медалью «За оборону Ленинграда», знаком Ленинградского городского Совета народных депутатов «Жителю блокадного Ленинграда», Герои Советского Союза, Герои России, полные кавалеры ордена Славы;

- бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто и других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны;

- граждане из числа бывших военнослужащих-интернационалистов, принимавших участие в боевых действиях в Республике Афганистан и на территории других стран;

- дети первых трёх лет жизни, а также дети из многодетных семей в возрасте до 6 лет;

- инвалиды первой группы;

- неработающие инвалиды второй группы;

- дети-инвалиды в возрасте до 16 лет;

- граждане, подвергшиеся воздействию радиации вследствие чернобыльской катастрофы, а также вследствие радиационных аварий и их последствий на других атомных объектах гражданского и военного назначения;

- ветераны войны и труда, многодетные и малоимущие семьи, беременные женщины, безработные и отдельные другие группы населения по решению органов государственной власти субъектов РФ.

Бесплатно отпускаются все лекарственные средства гражданам, страдающим диабетом, проказой, раком, СПИДом, а также ВИЧ-инфицированным. При отдельных заболеваниях (детский церебральный паралич, болезнь Паркинсона, миопатия, бронхиальная астма, лучевая болезнь) граждане бесплатно получают только те лекарственные средства, которые необходимы для лечения данного заболевания.

Бесплатные лекарственные средства отпускаются только по рецептам врача, выписанным на специальных бланках. Аптеки получают плату за отпущенные бесплатно и по льготным рецептам лекарственные средства из местного бюджета.

Таким образом, организация социально-медицинской работы учитывает то, что бесплатная медицинская помощь оказывается при предъявлении гражданином страхового медицинского полиса в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Наличие полиса является необязательным при оказании помощи по экстренным показаниям или при угрозе жизни пациента.

Тема 9. Профилактика заболеваемости населения

Интерес теории социальной работы к вопросам укрепления здоровья и профилактике заболеваний объясняется, прежде всего, тем, что профессиональная деятельность практических социальных работников охватывает широкий круг проблем социального здоровья и социального благополучия. Существует мнение, что корни социальной медицины нужно искать в структуре практической социальной работы. Именно в ней медицина и социальная наука нашли общую основу для обоснования профилактических действий, заболеваний. Дело в том, что вопросы, относящиеся к профилактике заболеваний, направленные против туберкулёза и других социальных болезней, связанные с улучшением жилищных условий и условий труда, следует рассматривать с точки зрения теории социальной работы.

Под профилактикой понимаются научно обоснованные и своевременно предпринимаемые действия, направленные на предотвращение возможных физических, психологических и социокультурных трудностей у отдельных индивидов и групп населения; сохранение, поддержание и защиту нормального уровня жизни и здоровья людей; содействие им в достижении поставленных целей и раскрытие их внутренних жизненных потенциалов.

Теория социальной работы предлагает различать понятия «укрепление здоровья» и «профилактика заболеваний». Понятия, относящиеся к профилактике заболеваний, более специфичны по своему содержанию и преимущественно включают в себя медицинские аспекты. При этом вопросы укрепления здоровья выходят за узкие рамки медицины и включают в себя понятия здорового образа жизни, здорового состояния индивида, саморазвития клиента и, в определенной мере, социального прогресса.

Научные исследования в области социальной медицины и социальной работы основаны на том, что большинство хронических заболеваний связаны с социальными факторами и со стилем жизни больных, а поэтому предполагают многопрофильный подход. Признание важной роли учреждений социальной защиты в вопросах профилактики в здравоохранении имеет значение для профессиональной деятельности практических социальных работников. При работе с клиентом социальные работники, использующие психосоциальные технологии и социально-терапевтические методы, помогают клиентам сообразоваться в своих жизненных планах, учитывая состояние своего здоровья.

Что же касается непосредственно практики социально-медицинской работы, то со времён Гиппократата известно, что болезнь легче предупредить, чем вылечить. Научными исследованиями доказана экономическая эффективность профилактических мер, направленных на предупреждение возникновения заболеваний и защиту населения от влияния отрицательных факторов измененной окружающей среды.

Что же следует понимать под термином «профилактика» применительно к практике социальной работы в здравоохранении?

Профилактика (греч. prophylaktikos – предохранительный, предупредительный) – это комплекс мероприятий, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья людей, их творческого долголетия, устранение причин заболеваний, улучшение условий труда, быта и отдыха населения, окружающей среды.

В теории социальной работы принято выделять первичную и вторичную профилактику.

Первичная профилактика – это система мероприятий (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное питание, физическая активность, закаливание, соблюдение гигиенических норм и правил, оздоровление окружающей среды и др.), направленная на устранение причин возникновения болезней. Задача первичной профилактики заключена в улучшении состояния здоровья детей, подростков и взрослых на протяжении всего жизненного цикла. К первичной профилактике относят и социально-экономические мероприятия государства по оздоровлению образа жизни, окружающей среды, воспитанию.

Вторичная профилактика – это система мероприятий, направленная на раннее выявление доклинических признаков заболевания (на стадии предболезни), показателей наследственной предрасположенности людей, выявление факторов риска заболеваний и прогнозирование риска, а также своевременное проведение лечебно-оздоровительных мероприятий с целью предупреждения развития болезни, осложнений острых заболеваний и их хронизации.

Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, эффективного лечения, рационального последовательного оздоровления. Основной целью диспансеризации является сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности жизни людей и повышение производительности труда работающих на основе снижения заболеваемости и инвалидности путём активного выявления и лечения начальных форм заболеваний, изучения и устранения причин, способствующих возникновению и распространению заболеваний, широкого проведения социальных, лечебно-оздоровительных и санитарно-гигиенических профилактических мероприятий.

Особое внимание необходимо уделять диспансеризации детей, подростков, женщин и населения трудоспособного возраста.

В теории социальной работы выделяют также профилактику общественную (социальную) и индивидуальную (личную).

Общественная профилактика включает в себя комплекс мероприятий, преимущественно социального и гигиенического характера. Они планируются и проводятся на государственном уровне в масштабах страны, региона, города, района, в каждом коллективе. В основном эти меры направлены на обеспечение высокого уровня общественного здоровья, искоренение причин, порождающих бо-

лезни, создание оптимальных условий коллективной жизни, включая условия труда, отдыха, материальное обеспечение, жилищно-бытовые условия, расширение ассортимента продуктов питания и товаров народного потребления, а также развитие здравоохранения, образования и культуры, физической культуры.

Эффективность мероприятий общественной профилактики во многом зависит от сознательного отношения граждан к охране своего здоровья и здоровья других, от активного участия населения в осуществлении профилактических мероприятий, от того, насколько полно каждый гражданин использует предоставляемые ему обществом возможности для укрепления и сохранения здоровья.

Основу *индивидуальной профилактики* составляет здоровый образ жизни, потому что здоровье человека, предрасположенность его к тем или иным заболеваниям, тяжесть их течения и исход в значительной мере определяются индивидуальными особенностями поведения людей на работе и в быту.

Главными мерами профилактики являются гигиеническое воспитание и санитарное просвещение, которые занимают одно из ведущих мест в профессиональной деятельности специалиста по социальной работе.

Профилактической работой среди населения занимаются *центры медицинской профилактики*, которые находятся в подчинении учреждений здравоохранения административных территорий. Основные направления их деятельности: консультации населения по вопросам охраны здоровья и профилактики заболеваний; формирование гигиенических навыков и грамотного гигиенического поведения; борьба с вредными привычками; преодоление факторов риска для здоровья; профилактическое лечение; формирование у населения установок на здоровый образ жизни.

Центры медицинской профилактики координируют профилактическую работу, которую проводят все медицинские и социальные работники во всех учреждениях здравоохранения.

Большую роль в профилактике, диагностике и лечении ВИЧ-инфекции играют территориальные *центры по профилактике и борьбе со СПИДом*. Основными задачами центра являются:

- организация и проведение мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и СПИД;
- организация и оказание необходимых видов медицинской, психологической помощи ВИЧ-инфицированным;
- организация и пропаганда мер профилактики ВИЧ-инфекции и СПИД среди населения;

▪ оказание помощи в решении социально-правовых и реабилитационных вопросов в отношении носителей ВИЧ-инфекции и больных СПИДом.

Особое внимание в практике социально-медицинской работы уделяется *профилактике травматизма*.

Травматизм является важной социально-медицинской проблемой, решение которой неразрывно связано с улучшением состояния здоровья населения, со снижением инвалидности, смертности, увеличением средней продолжительности предстоящей жизни. Кроме большого личного горя, травматизм наносит большой общественный и экономический ущерб. Каждая травма влечёт за собой различные виды материального ущерба, связанного с расходами по оказанию медицинской помощи по линии социального страхования, а также экономического ущерба вследствие невыпущенной продукции из-за нетрудоспособности пострадавших. Среди взрослого населения показатель травматизма в среднем составляет около 120 случаев на 1000 жителей.

Различают производственный, непроизводственный, спортивный травматизм и травматизм у детей. Производственный травматизм делится на промышленный и сельскохозяйственный. К непроизводственному травматизму относятся: транспортный, бытовой и уличный. К спортивному травматизму относятся травмы, полученные при занятиях спортом и физической культурой.

Значительной социально-медицинской проблемой является детский травматизм. По статистике травмы, полученные при несчастных случаях, стали главной причиной смерти и инвалидности детей. К числу наиболее угрожаемого контингента относятся дети первых 6 лет жизни: на их долю приходится около 42 % от общего числа несчастных случаев и травм. По статистике, частота травм у мальчиков в 2–3 раза выше, чем у девочек.

К мероприятиям социально-медицинской работы профилактической направленности можно отнести следующие:

- регулярное освещение средствами массовой информации населения причин детского травматизма и мер его профилактики;

- усиление санитарно-просветительской работы среди населения: родителей, учителей, воспитателей, с привлечением к этому процессу работников службы безопасности дорожного движения, детских хирургов, ортопедов-травматологов, педагогов;

- обучение правилам дорожного движения детей в дошкольных детских учреждениях и в школах;

- организация работы образовательных учреждений по планированию классных часов и работы с родителями по безопасности дорожного движения;
- организация работы по проведению тестирования обучающихся 1–6-х классов по ситуационной транспортной культуре;
- проведение викторин по проблемам безопасности дорожного движения и травматизма у детей;
- выпуск наглядных пособий в виде листовок и буклетов;
- подготовка и повышение квалификации педагогических кадров школ, колледжей по проблемам профилактики травматизма и оказания неотложной медицинской помощи при травмах и отравлениях;
- создание благоприятного двигательного режима учащихся в школе (физкультминутки во время занятий и пр.);
- усиление ответственности комиссий по приёмке спортивных сооружений образовательных учреждений на готовность к новому учебному году, а также в комиссиях по испытанию спортивного оборудования и приёмке в эксплуатацию вновь устанавливаемого спортивного и тренажёрного оборудования;
- проведение занятий по физкультуре и тренировок в присутствии инструктора, обеспечение надёжной «страховки», правильная организация врачебного контроля.

Травматизм занимает третье место в структуре инвалидности. В целях профилактики травматизма в нашей стране действуют законодательные акты об охране труда и внедрении современных безопасных методов работы. Каждый случай серьёзной травмы на предприятии рассматривается на заседании специальной комиссии. В профилактических мероприятиях на производстве участвуют представители администрации, профсоюзов, работники здравоохранения и представители органов охраны труда.

Среди мер первичной профилактики производственного травматизма отметим:

- укрепление трудовой и производственной дисциплины;
- соблюдение правил техники безопасности и строгий контроль за её исполнением;
- устранение вредных и опасных условий труда, достаточное обеспечение работников средствами индивидуальной и коллективной защиты;
- психогигиена труда на производстве.

Профилактика производственного травматизма очень сложна в организации. Большую часть производственного травматизма

составляют травмы в быту (в связи с использованием бытовой техники, систем отопления, уличный травматизм зимой в связи с гололёдом и пр.). Чаще всего это травмы верхних конечностей: ушибы и растяжения (около 50 %), переломы и вывихи, реже ожоги. В профилактике производственного травматизма главную роль играет санитарно-просветительская работа среди населения.

Профилактика транспортного травматизма заключается в основном в обучении правил дорожного движения (в детских садах, школах), в ужесточении мер по штрафованию нарушителей правил дорожного движения, как среди водителей, так и среди пешеходов.

Основным направлением развития профилактической политики отечественного здравоохранения является разработка и выполнение многочисленных программ по профилактике. Приоритетными из них должны стать программы формирования установки на здоровый образ жизни. Главными в профилактике являются участковые (семейные) врачи, медицинские сёстры, учителя, работники детских дошкольных учреждений, сотрудники средств массовой информации. Именно с ними должны контактировать специалисты по социальной работе в плане профилактике заболеваний.

Акцент должен делаться на первичной профилактике, так как предупредить заболевание значительно легче, чем вылечить.

Одним из основных направлений профилактической работы является *санитарное просвещение*, пропагандирующее здоровый образ жизни, физическую и медицинскую активность и т. д.

Методы санитарного просвещения подразделяются по виду передачи информации на методы индивидуального воздействия, воздействия на группу лиц, массового воздействия. По видам используемой пропаганды различают методы устной (беседы, доклады, дискуссии), печатной (плакаты, брошюры, листовки, лозунги) и изобразительной (выставки, санитарные бюллетени и т. п.) пропаганды.

Метод индивидуального воздействия заключается в санитарно-просветительском воздействии на человека. Групповой метод заключается в воздействии на различные возрастные, половые и профессиональные группы населения. Метод массового воздействия позволяет воздействовать одновременно на большое число людей.

Целью санитарного просвещения является формирование санитарной культуры населения, соответствующей современным гигиеническим требованиям и рекомендациям. Санитарная культура – это осведомлённость населения в вопросах гигиены и в области охраны здоровья. Важно не только обладать достаточной суммой

гигиенических знаний, но и реализовать эти знания в своём поведении.

Санитарное просвещение направленно на то, чтобы полученные населением гигиенические знания нашли своё практическое применение. Ведь именно поведение человека, так называемый личностный фактор, играет главную роль в профилактике заболеваний и предупреждении осложнений.

Санитарное просвещение формирует не только знания и взгляды человека в отношении здоровья, но и его образ жизни. Формирование здорового образа жизни является одной из обязанностей специалистов по социальной работе. Необходим тесный контакт специалистов по социальной работе с медицинскими работниками и сотрудниками санитарно-просветительских учреждений, объединение их совместных усилий в деле формирования высокой санитарной культуры населения и сознательного гигиенического поведения граждан.

Важный принцип практической социальной работы состоит в том, что социальная помощь людям должна оказываться, исходя из их социального и физического статуса. На этом же принципе должна строиться и профилактика в социально-медицинской работе. Профилактика должна проводиться в форме запланированных действий, нацеленных главным образом на достижение желаемого результата и, в то же время, на предотвращение возможных проблем.

Тема 10. Социально-медицинская работа в системе здравоохранения

Социально-медицинская работа представляет собой одно из важных направлений в деятельности учреждений социальной защиты населения и занимает особое место в практическом здравоохранении, а основное предназначение её – создание и укрепление общественного и индивидуального здоровья.

Социально-медицинская работа в здравоохранении многообразна, что определяется многочисленностью социальных групп населения и различных патологических состояний, выраженностью нарушений функций организма, степенью утраты трудоспособности и работоспособности, а также ролью тех или иных социальных факторов в развитии заболеваний.

Увеличение доли пожилых и престарелых в структуре населения, числа больных хроническими заболеваниями, одиноких ста-

риков с особенностями их образа жизни и вытекающими отсюда социальными проблемами выдвигает новые требования к оказанию социально-медицинской помощи. Пожилые и старые люди наряду с непосредственно медицинской помощью, обусловленной тем или иным хроническим заболеванием, не в меньшей степени нуждаются в мероприятиях социально-медицинской реабилитации.

Определить степень участия в трудовой деятельности вышедшего на пенсию пожилого человека, помочь ему адаптироваться к новым условиям, содействовать активному участию в определении режима питания, формированию адекватного образа жизни – это задачи специалиста по социальной работе, вооружённого знаниями психофизиологических особенностей стареющего организма и в то же время информацией о возможностях социально-медицинской службы.

В социально-медицинской защите нуждаются семьи, имеющие инвалидов и больных с тяжёлыми хроническими заболеваниями, пострадавшие от радиоактивного загрязнения среды обитания, а также неполные, многодетные, опекунские, молодые, остро нуждающиеся, получающие пенсию по потере кормильца и другие малообеспеченные семьи.

Обеспечение инвалидов медикаментами, продуктами питания по льготным ценам, оформление и переоформление документов для направления больного на медико-социальную экспертизу при стойких ограничениях жизнедеятельности и трудоспособности также входят в круг обязанностей специалиста социальной работы.

Социально-медицинская работа играет основную роль на этапе трудовой реабилитации больных с ограниченными возможностями: определение его трудоспособности и работоспособности, трудового прогноза, профессиональной переориентации, создания определенных производственных условий для поддержания социальной активности.

Социальный работник медицинской ориентации курирует женщин после родов, особенно из неблагополучных семей. Молодые женщины в послеродовом периоде по различным причинам, часто социального характера, не обращают должного внимания на своё здоровье, что может способствовать развитию гинекологических заболеваний и отразиться на репродуктивной функции.

Рождение ребёнка в неполной семье, рождение второго ребёнка, прерывание беременности, продолжение учёбы или её прекращение ввиду опасности осложнения беременности – все эти вопросы входят в компетенцию социального работника и должны решаться

как на приёме у врача, так и при индивидуальной, патронажной работе в семье с участием консультантов психолого-педагогического и социально-правового профиля.

Социальный работник, взаимодействуя с учреждениями системы здравоохранения: может оценить ситуацию, которая привела к социальной нестабильности, и оказать помощь в решении социально-медицинских проблем; помочь клиентам и их семьям получить пользу от социальных программ здоровья; способствовать процессу лечения и реабилитации пациентов в тесном сотрудничестве с органами здравоохранения и медико-социальной экспертизы; участвовать в анализе сложившейся ситуации и разработке мер по улучшению социальной политики в области здравоохранения; привлекать население к участию в социальной помощи; способствовать повышению уровня информированности клиентов о правах на получение социально-медицинской помощи².

Кроме того, социальный работник оценивает демографические показатели региона и сопоставляет их с общероссийскими показателями (причины смерти, инвалидности и социально-медицинские проблемы социально-значимых заболеваний, их распространённость и исход, способы и методы реабилитации); а также совместно с органами здравоохранения способствует формированию у населения определённых правил поведения, здоровых привычек, что способствует предупреждению хронических неинфекционных заболеваний, повторных обострений, прогрессирования уже имеющегося заболевания, развития осложнений и неблагоприятных исходов.

В своей профессиональной деятельности социальный работник руководствуется как запросами самого населения, так и целесообразностью и полезностью их осуществления в конкретных условиях. Социально-медицинские услуги должны быть несложными в организации, доступными для всех слоёв населения и социально гарантированными по объёму и качеству. Немаловажно заинтересовать и вовлечь само население в проведение социальных программ, а также обеспечить участие в их реализации представителей добровольных организаций, фондов, ассоциаций, служителей церкви.

Для успешной социальной работы необходимо получение полной информации о социальном положении населения, создание

² Социально-медицинская помощь – организованное социально-индивидуальное обслуживание различных групп и контингентов населения, нуждающихся в решении социальных проблем и жизненных ситуаций, с целью долгосрочной профилактики расстройств и улучшения состояния их здоровья.

банка данных – социальной карты региона. К банку данных предъявляются определённые требования. В нём должны быть сведения не только об общей численности обслуживаемого населения, но и о количестве проживающих на данной территории семей. Из общего числа семей необходимо выделить неполные семьи, многодетные, малообеспеченные, семьи, имеющие в своём составе инвалида, наркологического больного, ребёнка-инвалида. Очень важно определить социально-экономическую обстановку региона: его криминогенность, уровень заболеваемости социально опасными болезнями.

На практике медицинские работники выполняют ряд функций социальных работников, поскольку не в каждом лечебном учреждении есть дипломированные специалисты по социальной работе. Однако в теории и практике социальной работы необходимо разграничить функции между медицинскими и социальными работниками.

Функции социально-медицинской работы можно разделить на следующие виды: медико-ориентированные, социально-ориентированные и смешанные.

К медико-ориентированным функциям относятся:

- организация медицинской помощи и ухода за больными;
- оказание социально-медицинской помощи семье;
- социально-медицинский патронаж различных групп;
- оказание социально-медицинской помощи хроническим больным;
- организация паллиативной помощи умирающим;
- предупреждение рецидивов основного заболевания, выхода на инвалидность, смертности (вторичная профилактика);
- санитарно-гигиеническое просвещение;
- информирование клиента о его правах на социально-медицинскую помощь и порядке её оказания с учётом специфики проблем.

Социально-ориентированные функции включают в себя:

- обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и оказания социально-медицинской помощи;
- оформление опеки и попечительства;
- участие в проведении социально-гигиенического мониторинга;
- участие в осуществлении реабилитационных программ;
- информирование клиентов о льготах, пособиях и других видах социальной защиты;
- содействие клиентам в решении социально-бытовых и жилищных проблем, получении пенсий, пособий и выплат;
- семейное консультирование и семейная психокоррекция;

- обеспечение доступа информации по вопросам здоровья, состояния среды обитания, качества продовольственного сырья и продуктов питания.

Смешанные функции:

- комплексная оценка социального статуса клиента;
- содействие выполнению профилактических мероприятий, связанных с социально-зависимыми нарушениями соматического, психического и репродуктивного здоровья на индивидуальном, групповом и территориальном уровнях;
- формирование установки клиентов на здоровый образ жизни;
- планирование семьи;
- проведение медико-социальной экспертизы;
- осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов;
- проведение социальной работы в психиатрии, наркологии, онкологии, гериатрии, хирургии и других областях клинической медицины;
- содействие предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и обеспечение социальной защиты инфицированных и членов их семей;
- социально-правовое консультирование;
- организация терапевтических сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического, социально-правового характера;
- участие в разработке комплексных программ социально-медицинской помощи нуждающимся группам населения на разных уровнях;
- обеспечение преемственности при взаимодействии специалистов смежных профессий в решении проблем клиентов.

Социальный работник выполняет свои функции в следующих учреждениях здравоохранения: общие и специализированные больницы, оказывающие неотложную медицинскую помощь и консультации; психиатрические больницы для кратковременного и длительного лечения; реабилитационные центры; центры охраны здоровья; дневные стационары при поликлиниках; стационары на дому для наблюдения за больными после так называемой «ранней» выписки из хирургического стационара; медицинские учреждения социально-медицинского обеспечения и др.

Социальные работники оказывают помощь жертвам бытового насилия, включая пострадавших от изнасилования и от жестокого обращения, в том числе супругов, детей и пожилых.

Помимо контактов и ухода за пациентами социальные работники принимают участие в различных комиссиях, организуемых в больницах. Кроме того, они заняты обучением других сотрудников больницы своими приёмами и методами и участвуют в совместных исследованиях. Таким образом, основная роль социального работника, осуществляющего свою профессиональную деятельность в системе учреждений практического здравоохранения заключается в охране здоровья и жизни обслуживаемых лиц – пациентов/клиентов социальных служб.

Тема 11. Социально-медицинская работа в различных центрах, организациях и учреждениях

В территориальных центрах социального обслуживания работают несколько структурных подразделений: социально-медицинская служба, консультативно-юридическая служба, служба транспортного обслуживания, служба социально-психологического патронажа.

В реабилитационных центрах для несовершеннолетних оказывается социальная поддержка безнадзорным детям и подросткам, организуется их временное проживание, оказывается правовая и медицинская помощь, психологическая и психокоррекционная помощь по преодолению кризисной ситуации в семье, содействие возвращению ребёнка к родителям или лицам, их замещающим.

«Дома ночного пребывания» предоставляют ночлег лицам бомж; обеспечивают постояльцев талонами на одноразовое бесплатное питание; оказывают консультативную помощь в вопросах бытового и трудового устройства; определяют клиентов в стационарные учреждения социального обслуживания; оказывают нуждающимся первую доврачебную помощь и санитарную обработку; содействуют в оформлении документов, удостоверяющих личность, и в получении страхового медицинского полиса.

Значительная социально-медицинская работа проводится в *учреждениях образования*. Социально-медицинские функции в образовательных учреждениях сводятся преимущественно к следующему: санитарно-просветительской работе, профилактическая деятельность, психолого-педагогической коррекция.

Особенно заметно место социально-медицинской работы в специализированных коррекционных школах, в которых проходят обучение и социализацию дети-инвалиды. Основные направления социально-медицинской деятельности в специализированных кор-

рекционных школах: диагностико-прогностическое, коррекционно-образовательное и социокультурное, функционально-организационное, профилактическое, правовое.

Специфика профессиональной деятельности, связанной с военной службой, содержит в себе определённые объективные факторы, которые негативно влияют на военнослужащих и выполнение ими определённых функций. Особую группу *социально-медицинской работы в армии* составляют проблемы участников войн и вооружённых конфликтов.

Социально-медицинские проблемы сотрудников правоохранительных органов во многом схожи с подобными проблемами у военнослужащих Российской Армии. Серьёзная психосоциальная реабилитация и реадaptация требуются сотрудникам правоохранительных органов, побывавшим в «горячих точках». Правоохранительными органами ведётся значительная социально-медицинская работа с населением по профилактике пьянства и алкоголизма через систему медицинских вытрезвителей.

Социально-медицинская работа в пенитенциарной системе. Пенитенциарную систему образуют места лишения свободы, тюрьмы, лагеря, колонии. В содержании социально-медицинской работы в пенитенциарной медицине можно выделить два направления: социально-медицинская работа профилактической направленности, социально-медицинская работа патогенетической направленности.

Группы клиентов:

- ▶ группа повышенного риска, в которую следует отнести всех заключённых, а также и обслуживающий персонал;
- ▶ больные заключённые.

Социально-медицинская работа в Центре планирования семьи. Планирование семьи следует рассматривать как один из важнейших путей сохранения здоровья населения. Центр планирования семьи и репродукции решает следующие вопросы:

- целенаправленная информационная работа с различными категориями населения и специалистами для изменения отношения к планированию семьи и сексуальному воспитанию;
- работа с подростками и молодёжью в организованных коллективах в форме бесед, распространения информационных материалов о работе Центра;
- индивидуальная работа с «трудными» подростками, неблагополучными семьями, инвалидами с целью оказания помощи в вопросах планирования семьи и социально-психологической адаптации в семье и обществе;

- использование средств массовой информации для распространения и пропаганды идей планирования семьи.

Служба медико-социальной экспертизы. Медико-социальная экспертиза рассматривается как процедура определения в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничения жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

В задачи службы медико-социальной экспертизы входит:

- определение группы инвалидности, её причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты;

- разработка индивидуальных программ по реабилитации инвалидов;

- оценка эффективности реабилитационных мероприятий;

- изучение уровня и причин инвалидности населения;

- учёт инвалидности;

- участие в разработке комплексных программ в области профилактики инвалидности, реабилитации и социальной защиты инвалидов;

- определение степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание;

- определение причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление льгот семье умершего.

Служба медико-социальной экспертизы осуществляет деятельность во взаимодействии с органами социальной защиты населения, учреждениями здравоохранения, службой занятости и другими органами и учреждениями, осуществляющими деятельность в сфере социально-медицинской реабилитации инвалидов, а также с представителями общественных организаций инвалидов.

Тема 12. Социально-медицинская работа с семьями социального риска

С точки зрения теории и практики социальной работы, здоровая семья – это благополучная семья с детьми, имеющая комплекс положительных физических, психических и социальных параметров, стабильная, солидарная семья, оптимально и гармонично выполня-

ющая свои функции. Здоровье семьи определяется функциональной суммой слагаемых уровней здоровья членов семьи, которые должны быть учтены при организации социально-медицинской работы с семьями социального риска.

При анализе здоровья семьи следует использовать общие и специальные индексы. Общие индексы здоровья семьи характерны для всех семей, независимо от стадии развития. Общие индексы здоровья семьи следует определять на основании следующих параметров: численность членов семьи, тип семьи, социальный статус членов семьи, условия жизни семьи, здоровье всех членов семьи, наследственные заболевания в семье, выполнение семьей основных функций, объём и качество социально-медицинской помощи в семье.

При разработке программы изучения здоровья семьи необходимо выделить следующие блоки:

- социально-демографическая характеристика,
- социально-гигиеническая характеристика,
- характеристика материальных и жилищных условий,
- медико-биологическая характеристика,
- социально-психологическая характеристика,
- уровень социально-медицинской помощи семье.

Важным моментом в методологии исследования здоровья семьи является определение социально-медицинских потребностей семьи. Потребности определяются через понятия «нужда», «необходимость».

Социально-медицинские потребности семьи можно обозначить как постоянную необходимость в предметах, услугах или условиях для поддержания оптимального здоровья и благополучия, подкрепленную активным осознанным стремлением личности или семьи к здоровью.

Институт семьи в современном российском обществе в настоящее время переживает существенные трудности, обусловленные общесоциальными явлениями, которые накладывают явный отпечаток на отношения семьи к здоровью, к практическому здравоохранению.

Усиливающиеся в обществе процессы дифференциации затрагивают важнейшие функции семьи (репродуктивную, воспитательную, экономическую, оздоровительную) и, как следствие, ведут к потерям в здоровье населения. Самым опасным может стать утрата семьей оздоровительной функции. При низких доходах населения удовлетворение потребностей в пище и одежде поглощает практи-

чески весь семейный бюджет, не оставляя возможностей в первую очередь для поддержания здоровья.

Таким образом, практически все элементы экономической функции семьи прямо или косвенно связаны со здоровьем семьи.

К семьям социального риска относятся малообеспеченные семьи, многодетные семьи, неполные семьи, семьи с детьми инвалидами, асоциальные семьи, семьи беженцев и вынужденных переселенцев.

В начале 1990-х гг. в Российской Федерации образовалась сеть учреждений социального обслуживания по оказанию помощи семье и детям. Это Центры социальной помощи семье и детям, социальные приюты, социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних, центры психолого-педагогической помощи и др.

Основными направлениями деятельности перечисленных учреждений являются: выявление причин и факторов социального неблагополучия семьи и детей; поддержка семей с детьми в решении проблем их самообеспечения и преодоления сложных жизненных ситуаций; предоставление различных видов и форм социально-экономических, социально-медицинских, психолого-педагогических, юридических и других услуг.

Практическая деятельность специалиста по социальной работе с семьями социального риска предусматривает диагностический, организационный и коммуникативный этапы.

На диагностическом этапе изучаются материальные возможности и бытовые условия жизни семьи, эмоционально-психологический климат, образовательный, общекультурный уровень, характер проведения свободного времени, распределение ролей и обязанностей, организация совместной деятельности, а также выявляются проблемы семьи в целом и каждого её члена в отдельности.

На организационном этапе создаются условия для включения членов семьи в оценку ситуации и ресурсов, проектирование или адаптацию помогающих программ, организацию семейно-бытового совместного труда, налаживание общения, внешних и внутренних связей.

На коммуникативном этапе поддерживаются сформированные умения и навыки, расширяются используемые средства, стимулируется перевод помощи в самопомощь.

Таким образом, специфика социально-медицинской работы с семьями социального риска заключается в сочетании обучения навыкам жизнедеятельности с супервизией (сопровождением, патронажем) социального работника.

Тема 13. Социально-медицинская работа с пожилыми людьми

Старение населения приводит к целому ряду экономических и социально-медицинских последствий. Во многих странах в настоящее время около половины всех бюджетных средств, находящихся в распоряжении системы медико-санитарной помощи, расходуется на медицинское обслуживание пожилых.

Для пожилых людей свойственны особые социально-медицинские проблемы: состояние здоровья и невозможность кардинально поправить его, недостаточное материальное обеспечение и отсутствие условий его повышения, одиночество и недостаток общения.

Особую роль играет общая активность пожилых людей. Среди пенсионеров, которые ведут рациональный образ жизни, сохраняют высокую физическую и особенно, социальную активность, уровень адаптации на много выше, чем среди пенсионеров, ведущих пассивный образ жизни.

Ко всем изменениям в жизни пожилого человека необходимо готовить, ибо сам он очень редко способен справиться полностью с нахлынувшими проблемами и быстро привыкнуть к новому положению. В связи с этим необходима специальная организация психосоциальной поддержки пожилых людей предпенсионного и пенсионного возраста. При этом психосоциальная работа может опираться на личностные особенности, являющиеся фактором адаптации.

С группой пожилых людей, имеющих низкий уровень адаптации в посттрудовой период, необходима работа по профилактике дезадаптации.

Психопрофилактическая работа может быть организована в два этапа:

- подготовка к выходу на пенсию;
- работа с пожилыми людьми в посттрудовой период.

На каждом этапе существуют свои цели и способы их реализации.

Процесс взаимодействия специалиста по социально-медицинской работе с дезадаптированными пожилыми людьми может быть организован как в индивидуальной, так и групповой форме. При построении программы психопрофилактической работы важно учитывать личностные особенности пожилых людей, обеспечивающие успешную адаптацию после выхода на пенсию. На основе анализа этих особенностей можно выделить следующие блоки работы:

▪ работа по формированию адекватной самооценки, т. к. пожилые люди с низким уровнем адаптации в посттрудовой период характеризуются низким уровнем самооценки, зачастую не удовлетворены собой;

▪ работа по формированию интернального контроля, т. к. люди с низким уровнем адаптации полагают, что большинство событий их жизни является результатом случая или действия других людей. Важно, чтобы пожилые люди приняли на себя долю ответственности за то, что происходит в их жизни, поняли, что очень многое зависит от них;

▪ работа по повышению социальной активности неработающих пенсионеров, т. к. с завершением трудовой деятельности у некоторых пожилых людей появляется ощущение ненужности обществу, развивается чувство бесперспективности дальнейшей жизни.

По мнению экспертов, в настоящее время в России около 1,5 миллионов граждан старших возрастов нуждаются в постоянной социально-медицинской помощи.

В комплексе мер социально-медицинского характера, направленных на охрану здоровья лиц старших возрастов, особое место занимает деятельность как стационарных учреждений социально-медицинской помощи, так и учреждений внебольничной формы социально-медицинской помощи.

К учреждениям стационарной социально-медицинской помощи лицам старших возрастов относятся стационарные учреждения системы здравоохранения, стационарные учреждения системы социальной защиты населения:

- гериатрическая больница;
- гериатрическое отделение для долговременного пребывания;
- социально-медицинское отделение на базе участковых больниц;
- госпиталь ветеранов войны;
- дом-интернат;
- дом (отделение) сестринского ухода;
- хоспис;
- гериатрический центр.

Рассмотрим, к примеру, модель социально-медицинской работы общесоматического дома-интерната. Каждый поступающий в дом-интернат первые две недели находится в отделении социальной адаптации, где различные специалисты (врач-гериатр, психолог, социальный работник, валеолог, невропатолог, реабилитолог) изучают резервы здоровья и личные особенности каждого посту-

пающего. Затем в зависимости от состояния здоровья пожилой человек направляется в отделение социально-трудовой реабилитации (если может трудиться), отделение социально-медицинской реабилитации (если не в состоянии заниматься физическим трудом) или в отделение милосердия (при ограничении способности к самообслуживанию).

В свою очередь, основной задачей дома (отделения) сестринского ухода является повышение доступности социально-медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста, страдающих хроническими заболеваниями.

Дом (отделение) сестринского ухода осуществляет:

- квалифицированный медицинский уход и социальное обслуживание больных и пожилых людей;
- своевременное выполнение врачебных назначений и процедур;
- медицинскую реабилитацию больных и престарелых с элементами трудотерапии;
- динамическое наблюдение за состоянием больных и престарелых;
- своевременную диагностику осложнений или обострений хронических заболеваний;
- выписку больных в сроки, установленные органом здравоохранения и закреплённые в договоре (соглашении);
- оформление одиноких престарелых граждан в дома-интернаты.

Дом (отделение) сестринского ухода обеспечивает:

- первую экстренную и неотложную помощь;
- своевременный перевод больных и престарелых при обострении хронических заболеваний или ухудшении их состояния в соответствующие лечебно-профилактические учреждения;
- периодические врачебные осмотры госпитализированных лиц, в зависимости от состояния, но не реже 1 раза в неделю;
- консультативную помощь хроническим больным по рекомендации врачей;
- психологическую помощь и адекватную симптоматическую терапию;
- питание, в том числе диетическое, в соответствии с врачебными рекомендациями.

Противопоказаниями для направления в дом (отделение) сестринского ухода общесоматического профиля являются: активные формы туберкулёза, венерические, острые инфекционные и психические заболевания.

Для проведения симптоматического лечения больных в терминальных стадиях, организации им квалифицированного ухода, социально-психологической помощи больным и их родственникам создаются благотворительные медицинские учреждения – хосписы. Задачи хосписа:

- формирование новой формы медицинского и социального обслуживания инкурабельных больных – благотворительной медицины;
- повышение доступности стационарной медицинской помощи больным терминальной стадии и улучшение им медицинской помощи на дому;
- проведение симптоматического лечения больных в терминальных стадиях, организация им квалифицированного ухода с применением психотерапевтических и традиционных методик;
- подбор и проведение необходимой обезболивающей терапии;
- оказание социально-психологической помощи больным и родственникам, обучение родственников навыкам ухода за тяжёлобольными

Гериатрический центр предназначен для оказания специализированной стационарной и консультативно-диагностической медицинской помощи населению пожилого и старческого возраста и лицам с признаками преждевременного старения организма, а также обеспечения организационно-методического руководства деятельностью медицинских, социально-медицинских учреждений и специалистов по вопросам оказания гериатрической помощи.

В задачи гериатрического центра входят:

- мониторинг состояния здоровья лиц старших возрастных групп и потребности их в медицинской и социально-медицинской помощи;
- анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений в общей лечебной сети гериатрических и социально-медицинских учреждений и подразделений по оказанию лечебно-диагностической и реабилитационной помощи населению старших возрастных групп и лицам с признаками преждевременного старения организма;
- мониторинг выполнения государственных гарантий, в том числе льгот по медицинскому и лекарственному обеспечению, отдельным видам протезирования;
- участие в разработке региональных и территориальных программ по совершенствованию медицинской помощи и лекарственного обеспечения указанным категориям граждан;

- оказание консультативной, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи населению старших возрастных групп и лицам с признаками преждевременного старения;
- подбор адекватных лекарственных и немедикаментозных методов лечения в различных возрастных группах;
- внедрение в практику современных методов диагностики, лечения и реабилитации, адаптированных к применению у пожилых больных и лиц с признаками преждевременного старения;
- проведение санитарно-просветительской работы, содействие в социально-психологической адаптации пожилых и обучение навыкам ухода за ними;
- оказание организационно-методической и практической помощи лечебно-профилактическим учреждениям и специалистам общей лечебной сети по вопросам гериатрии, проведение совещаний, конференций и семинаров по актуальным вопросам геронтологии и гериатрии.

Внебольничные формы социально-медицинской помощи пожилым являются наиболее экономичными и эффективными. Среди таких форм можно выделить: гериатрические кабинеты в поликлиниках, амбулаторные гериатрические отделения, отделения социально-медицинской помощи при поликлиниках, дневные стационары в амбулаторно-поликлинических учреждениях, стационары на дому, центры социально-медицинской реабилитации инвалидов, центры социального обслуживания, отделения скорой социальной помощи, социальной помощи на дому, социальные жилые дома, службы организуемые Обществом Красного Креста (ОКК), Фондом милосердия и другими общественными организациями.

Организация социально-медицинской помощи в сельской местности строится на тех же принципах, что и в городах. Но существуют различия, обусловленные рассеянностью населения по территории, сезонностью сельскохозяйственных работ, большим радиусом обслуживания, воздействием погодных условий при полевых работах, неустроенностью хозяйственно-бытовой деятельности и бытовых условий, образовательным и культурным уровнем и др.

Одной из особенностей организации социально-медицинской помощи сельскому населению является этапность.

Первый этап – сельский врачебный участок или территориальные медицинские объединения (участковая больница, фельдшерско-акушерские пункты — ФАП, здравпункты, родильные дома и др.); на этом этапе сельские жители получают квалифицированную

медицинскую помощь (терапевтическую, хирургическую, акушерскую и гинекологическую, стоматологическую и др.).

Второй этап – районные медицинские учреждения, ведущим среди них является Центральная районная больница (ЦРБ). Сельские жители получают специализированную медицинскую помощь по основным её видам.

Третий этап – областная больница, диспансеры, стоматологическая поликлиника, областной центр Роспотребнадзора и др. На этом этапе оказывается высококвалифицированная медицинская помощь по всем специальностям.

Большую помощь в обеспечении социально-медицинской помощи пожилым и старым жителям села оказывают социальные работники. Вместе с работниками ФАП, оценивая состояние здоровья и степень сохранения старшей возрастной группы, они своевременно определяют контингент для направления в отделения медико-социальной помощи при больницах и дома-интернаты.

Социальные работники села, обслуживая одиноких престарелых граждан с ограниченной способностью к самообслуживанию, обеспечивают доставку продуктов питания, организуют приобретение топлива, оплачивают коммунальные услуги, доставляют лекарства, вызывают к заболевшим медицинских работников, сопровождают подопечных при поездках на приём в больницы, посещают обслуживаемых пенсионеров в больницах, а также по возможности выполняют их различные просьбы.

Таким образом, специалисту по социальной работе, оказывая социально-медицинскую помощь пожилым людям в городской и сельской местности, необходимо постоянно повышать свой уровень знаний и умений по вопросам геронтологии и гериатрии.

Тема 14. Социально-медицинская работа в онкологии

Онкология относится к проблеме высокой социальной значимости, так как является одной из основных причин смерти, стойкой утраты трудоспособности и инвалидизации населения. В последние десятилетия прослеживается чёткая тенденция роста онкологических заболеваний.

В профилактической онкологии различают первичную, вторичную и третичную профилактику рака.

Первичная профилактика рака – это система социально-гигиенических мероприятий и усилий самого населения, направленных на предупреждение возникновения злокачественных опухолей и

предшествующих им предопухолевых состояний путём устранения, ослабления или нейтрализации воздействия факторов окружающей среды и образа жизни, а также путём повышения неспецифической резистентности организма.

В настоящее время опубликованы исследования, позволяющие сформулировать важные профилактические рекомендации. Некоторые из этих рекомендаций каждый человек может и должен выполнить самостоятельно. Роль социальных и медицинских работников – предупредить население о существующей опасности и мерах индивидуальной профилактики.

Другие мероприятия носят общественный характер, и они должны охватывать всю жизнь человека:

1. *Онкогигиеническая профилактика* – выявление и устранение возможности действия на человека канцерогенных факторов окружающей среды, включая воздух, воду и пищевые продукты:

- ▶ сбалансированное питание, употребление пищевых волокон, рациональная кулинарная обработка пищевых продуктов, снижение содержания жиров в рационе и увеличение потребления продуктов растительного происхождения;

- ▶ борьба с курением, в первую очередь среди подростков и беременных женщин, поскольку мутагенное и канцерогенное действие этого фактора доказано;

- ▶ ограничение поступления радона в жилые помещения (отказ от использования бытового газа в квартирах, тщательная проверка строительного материала);

- ▶ ограничение применения труда женщин детородного возраста на работах с вредными условиями труда, принимая во внимание общепризнанный факт транспланцентарного бластомогенеза (индукции опухоли у потомков в результате действия канцерогенных веществ на их матерей в период беременности);

- ▶ комплекс мероприятий по профилактике психического стресса и его последствий;

- ▶ строгий контроль за качеством питьевой воды;

- ▶ приостановление широкого и повсеместного использования ультрафиолетового облучения, которое также обладает мутагенным эффектом;

- ▶ совершенствование технологий и средств индивидуальной защиты на онкоопасных производствах с целью снижения профессионального рака;

- ▶ усовершенствование двигателей внутреннего сгорания, рационализация сжигания топлива в отопительных системах, ус-

вершенствование технологии коксохимического, нефтеперерабатывающего и металлургических производств с целью уменьшения выбросов онкогенных веществ в окружающую среду;

► ограничение использования полимерных материалов для отделки жилых и общественных помещений, так как в состав продуктов их деструкции входят и канцерогенные вещества.

2. *Биохимическая профилактика рака* включает предотвращение бластомогенного эффекта от действия канцерогенных факторов путём применения определённых химических препаратов, продуктов и соединений (витаминов С, Е и продуктов их содержащих; селена и других препаратов, обладающих антиоксидантными свойствами).

3. *Медико-генетическая профилактика* предполагает выявление семей с наследственными опухолевыми и предопухолевыми заболеваниями, лиц с хромосомной нестабильностью и организацию мероприятий по снижению опасности возможного действия на них канцерогенных факторов (организация трудоустройства, рекомендации по сбалансированному питанию, отказ от вредных привычек, диспансерное наблюдение и др.).

4. *Иммунобиологическая профилактика* включает выявление отдельных лиц и формирование контингентов с иммунологической недостаточностью для проведения мероприятий по её коррекции и защите от возможных канцерогенных воздействий. В эту группу, прежде всего, должны войти длительно и часто болеющие дети.

5. *Эндокринно-возрастная профилактика* предполагает выявление дисгормональных состояний, а также возрастных нарушений гомеостаза, способствующих возникновению и развитию опухолей, и их коррекцию (заболевания щитовидной и половых желёз, климактерический период и пр.).

6. *Информационная профилактика*: проведение бесед, обеспечение населения научно-популярной литературой, брошюрами по профилактике раковых заболеваний, плакатами и фотовитринами, в которых показаны характерные черты рака и предраковых заболеваний.

К мероприятиям социально-медицинской профилактической направленности следует отнести формирование групп повышенного риска и более пристальное наблюдение за пациентами этой группы с проведением комплекса корригирующих мероприятий. В группу повышенного риска, прежде всего, должны быть включены взрослые и дети, отвечающие одному из следующих критериев:

► выявлены предопухолевые заболевания;

- ▶ высокий генеалогический риск (наследственная предрасположенность);
- ▶ проживает на загрязнённой радионуклидами территории;
- ▶ работает в контакте с производственными канцерогенными факторами;
- ▶ злоупотребляет курением;
- ▶ получает длительную иммунодепрессивную или гормональную терапию.

Вторичная профилактика рака – это система мероприятий, направленных на раннее выявление предопухолевых и начальных стадий опухолевых заболеваний. В основном эта профилактика проявляется в заботе общества, так как ведущую роль в плане выявления заболеваний и диспансерного наблюдения за больными по-прежнему принадлежит амбулаторно-поликлиническим учреждениям (смотровые кабинеты, участковая служба), санитарно-просветительская работа, ознакомление населения с начальными признаками заболевания. Однако велика роль и каждого человека в отдельности: внимание к своему здоровью, регулярное профилактическое медицинское обследование.

Организация онкологических профосмотров предусматривает первичный скрининг для отбора лиц в группы риска. Программа отбора включает:

1. Проведение профилактических осмотров населения с применением цитологических, эндоскопических методов обследования и крупнокадровой флюорографии. Наряду с этими традиционными методами массового скрининга рекомендуется использование анкетного метода, который повышает эффективность диагностики и снижает затраты на проведение профосмотров, особенно в группах неорганизованного населения;

2. Обязательное проведение всестороннего онкологического обследования для выявления предопухолевых и опухолевых заболеваний у больных, находящихся на лечении в стационарах и лечебно-профилактических учреждениях;

3. Проведение первичного цитологического скрининга среди лиц, работающих в онкоопасных производствах. Цитогенетический скрининг контингентов, подвергающихся воздействию мутагенных и канцерогенных факторов химической или физической природы, является надёжным методом выявления лиц с возможным опухолеобразованием.

К мероприятиям профилактической направленности социального плана следует отнести:

- ▶ участие в разработке и реализации комплексных целевых профилактических программ;
- ▶ проведение социально-гигиенического мониторинга;
- ▶ определение факторов риска.

Третичная профилактика рака – это социально-медицинская реабилитация онкобольного, которая заключается в восстановлении утраченных или ослабленных функциональных и психологических особенностей, в развитии компенсаторных механизмов путём хирургического, медикаментозного и курортного лечения, трудо- и физиотерапии.

Одним из важных направлений социально-медицинской реабилитации является трудотерапия, позволяющая развить необходимые навыки к самообслуживанию и приобщить человека к общественно полезному труду.

Больные с онкопатологией являются главным объектом внимания социально-медицинской службы, но не единственным. Онкологическое заболевание одного из членов семьи резко меняет образ жизни всей семьи. Занимая определённое место в команде, борющейся за жизнь больного, семья принимает часть проблем (немедицинских) на себя и тем самым, превращается в объект заботы социальной службы.

Социальные проблемы семьи наиболее часто выражаются в виде финансовых трудностей. Возможные пути решения:

- поиск путей стабильного финансирования лечебных учреждений онкологического профиля;
- контроль за строгим соблюдением гарантированного права больных с онкопатологией на бесплатное лечение;
- постоянное поддержание величины пособия, соответствующего прожиточному минимуму;
- оплата льгот на бесплатный проезд во всех видах междугороднего транспорта больному и лицу, его сопровождающему.

Возможные пути решения проблемы трудоустройства больных с онкопатологией:

- разработка законодательства, обязывающего администрацию предприятий предоставлять гибкие условия труда данной категории граждан;
- повышение заинтересованности администрации за счёт льготного налогообложения при использовании труда этих лиц;
- создание системы профессиональной переориентации посредством разработки механизма профессионального консультирования по вопросу выбора профессии и переобучения;
- предоставление надомной работы.

Пути решения психосоциальных проблем больных раком и членов их семей:

- создание групп психологической поддержки различной направленности (для больных, для членов их семей и друзей, переживших утрату);
- организация встреч при участии психолога с членами семей, имеющих больных раком, с семьями, где родственники излечены от рака;
- организация муниципальной психологической службы, «телефона доверия»;
- ликвидация информационного вакуума;
- работа с обществом для формирования благоприятного, заинтересованного отношения к больным с онкологическими заболеваниями и их семьям.

Возможные пути решения проблем, связанных с информационным вакуумом:

- создание в лечебных учреждениях онкологического профиля информационных центров, куда следует включить библиотеку специальной литературы для больных и их родственников; буклеты, брошюры, содержащие подробную информацию по юридическим проблемам, связанным с онкологическим заболеванием; банк данных о ресурсах, источниках помощи больному и семье;
- издание литературы по проблемам частной онкологии, включая материалы по методам ухода за больными-инвалидами, а также специальных изданий, адресованных пациентам группы риска;
- организация постоянно действующих программ на радио и телевидении; рубрик на страницах местной прессы, пропагандирующих успехи отечественной и зарубежной онкологии, методы профилактики, преимущества здорового образа жизни.

В систему социально-медицинского обслуживания инкурабельных (неизлечимых) больных за рубежом и в России все шире включается хосписное обслуживание. Целесообразность хосписного обслуживания определяется одним из основных принципов философии социальной работы – достоинство каждого человека должно быть сохранено и человек должен иметь право распоряжаться своей судьбой. Хосписное обслуживание является альтернативным для социальных работников и медиков способом ухода и оказания помощи умирающим больным.

Цель хосписного обслуживания заключается в создании соответствующих условий для больного и оказании психосоциальной поддержки его семье. Самым главным становится облегчение по-

ложения больного. Хосписное обслуживание, в этом случае, направлено скорее на поддержание качества жизни, чем на её prolongation. Теория социальной работы исходит из того, что в хосписе период перед смертью рассматривается как составная часть жизненного цикла человека, которая должна быть как можно более достойной и для больного, и для членов его семьи.

Существует мнение, что хоспис – это исключительно стационарное специализированное учреждение, обслуживание в котором является альтернативой обслуживания онкологического больного на дому. В действительности же хоспис (хосписное обслуживание) является всеобъемлющей программой социально-медицинской помощи, предусматривающей её оказание независимо от того, находится ли больной в больнице, в социальном приюте, в хосписе как стационаре или дома. Хосписное обслуживание предполагает ответственность специалистов за больного везде, где бы он ни был, обеспечивая тем самым постоянную помощь и непрерывный уход. Кроме того, оказание помощи семье предусматривается даже после смерти больного.

Хоспис рассматривается в теории социально-медицинской работы как многопрофильная программа, предусматривающая систему помощи терминальным больным людям в течение последних месяцев их жизни. Основная задача хосписа – избавить умирающего человека от физической боли, вывести его из подавленного состояния, помочь провести последние дни жизни в атмосфере мира и любви, умереть спокойно и с достоинством. Хоспис включает в себя следующие службы: поликлиническое отделение, стационар, организационно-методический отдел.

Обслуживание в хосписах обеспечивается многопрофильной бригадой профессионалов: врачей, медсестёр, работников, обеспечивающих медицинскую помощь на дому, социальных работников, священнослужителей и волонтеров. Действия всех специалистов координируются одним из них, чаще всего социальным работником. Он предоставляет больному и его семье как прямые услуги в рамках хосписа, так и косвенные – выполняя свои административные функции. Основная обязанность социального работника состоит в консультировании больного, а также консультировании членов семьи как до, так и после его смерти. Часто социальный работник выступает в роли консультанта других членов бригады, оказывает моральную поддержку сотрудникам хосписа и руководит действиями волонтеров, чей уход за больными является неотъемлемой частью хосписного обслуживания.

Возможные направления профессиональной деятельности социального работника в хосписе делятся на несколько блоков:

- ▶ работа с клиентами (семьей);
- ▶ работа с персоналом;
- ▶ информационная работа;
- ▶ развитие хосписного движения.

1. Работа с клиентом (семьей):

- работа по выявлению контингента «хосписных» больных и определение критериев отбора в хоспис;

- сбор первичной информации о клиенте, первое посещение клиента и определение объема необходимой помощи согласно запросам клиента (семьи);

- посещение клиентов (семьи) по месту проживания для оказания услуг согласно имеющимся потребностям (закупка продуктов, чтение книг, кормление, уход, беседа и т. д.);

- проведение оценки состояния клиента и семьи, которая включает в себя относящиеся к делу социальные, духовные, финансовые, психологические, юридические, средовые и бытовые ресурсы и потребности больного и его близких; проведение оценки безопасности и комфортабельности жизнедеятельности клиента;

- составление и реализация плана ухода за онкобольным как части командного плана хосписного обслуживания;

- участие в координации действий по обслуживанию семьи клиента;

- помощь в социальной, психологической адаптации, реабилитации клиента (семьи);

- консультирование клиента (семьи) об имеющихся ресурсах помощи для удовлетворения общественных, финансовых, транспортных, юридических, психологических, духовных и средовых потребностей;

- разработка программы поддержки членов семей, родственников, друзей на всех этапах умирания близкого человека (например, создание групп самопомощи и взаимопомощи);

- содействие в оформлении документов (оформление инвалидности, советы для оптимизации принятия решений, связанных с последней волей, завершением планирования последних дней, участие в организации похорон);

- документирование оценки состояния, вмешательства и оценки проделанного согласно выработанным стандартам;

- координация перемещения клиента, привлечение к работе членов семьи и ближайшего окружения;

- установление и поддержка связи с трудовыми коллективами, где раньше работал клиент;
- обеспечение конфиденциальности всех обстоятельств болезни и жизни клиента, а также его семьи;
- сотрудничество со службами социальной защиты, связь со специалистами здравоохранения и других государственных и общественных организаций города для удовлетворения потребностей клиента.

2. Работа с персоналом:

- участие в подготовке и социальной поддержке волонтеров, составление обучающих программ, отбор и обучение персонала хосписа;
- осуществление работы с персоналом хосписа (разрешение конфликтных ситуаций, снятие психоэмоциональной нагрузки, психологическая поддержка и т. д.);
- содействие в профессиональной подготовке и переподготовке, повышение квалификации специалистов хосписа, отбор и обучение волонтеров;
- планирование и организация проведения занятий (групповых и индивидуальных) с персоналом хосписа, волонтерами по вопросам социальной, психологической помощи клиентам и их семьями;
- правовое информирование и консультирование.

3. Информационная работа:

- изыскание возможностей для продвижения идей и услуг хосписа;
- участие в презентациях для хосписной команды и использование возможностей для публичных выступлений;
- налаживание общественных связей;
- сотрудничество с религиозными конфессиями, содействие развитию духовной помощи клиентам (семьям) в хосписе;
- привлечение внимания благотворительных фондов, общественных организаций, спонсоров к проблемам хосписа, инкурабельных больных, членов их семей.

4. Развитие хосписного движения:

- разработка социальных проектов и программ развития хосписного движения;
- участие в конференциях;
- разработка и внедрение в практику новых методов социальной помощи и поддержки клиентов (семей);
- разработка и проведение мероприятий по координации преемственности в работе с лечебно-профилактическими учреждениями по вопросам социальной помощи инкурабельным больным и их семьям;

- формирование и постоянное пополнение электронного банка данных обо всех действующих законах, инструкциях и т. д., касающихся интересов инкурабельных больных и их семей;

- изучение отечественной и зарубежной литературы, научных публикаций по вопросам организации социальной работы в хосписе, социальной помощи инкурабельным больным и их семьям, подготовка аналитических обзоров и т. д.;

- разработка памяток и брошюр по уходу, помощи и поддержке инкурабельных больных для родственников и волонтеров.

Таким образом, универсальность организации социально-медицинской помощи инкурабельным больным в хосписе является наиболее эффективной формой, которая позволяет наиболее полно удовлетворить их социальные, психологические, медицинские нужды. Введение в штат паллиативной медицины социального работника позволит реально повысить эффективность работы хосписа, качественно улучшить жизнь инкурабельных больных и их семей и скоординировать деятельность персонала на выполнение своих непосредственных обязанностей.

Следует отметить, что социально-медицинская работа патогенетической направленности с онкологическими больными включает в себя следующие направления:

1. Проведение медицинской реабилитации (лечение болезни всеми возможными и доступными современными способами и средствами): содействие в обеспечении специфического, долгосрочного лечения, санаторно-курортного лечения.

2. Содействие в проведении медико-социальной экспертизы и участие в разработке индивидуальной программы реабилитации.

3. Определение потребности больного в различных видах социальной защиты; социально-правовое консультирование; содействие в получении пособий и выплат; оказание социальной помощи и социальных услуг.

4. Оказание помощи в трудоустройстве и профессиональной переориентации.

5. Организация психологической поддержки клиента членами его семьи и ближайшим окружением, психокоррекция и психотерапия для клиента и членов его семьи, так как практически любого человека, которому поставили диагноз рак, охватывают паника и страх, парализующие волю к жизни и рождающие бессилие перед болезнью.

6. Помещение клиента в стационарные учреждения социального обслуживания (дом инвалидов, хоспис).

7. Проведение социологических исследований по проблемам медицинской и социальной помощи онкологическим больным.

Значительная часть онкологических больных являются людьми трудоспособного возраста, поэтому государство несёт значительные экономические потери вследствие преждевременной смерти своих граждан, а также отвлечением от производства родственников, ухаживающих за инкурабельными больными.

Теория и практика социальной работы исходят из того, что проблема рака сложна, но разрешима. Активно ведётся поиск новых, более совершенных методов диагностики, лечения и профилактики этого грозного заболевания. Однако уже сейчас имеются реальные возможности не только своевременно диагностировать, но и радикально лечить большинство форм злокачественных опухолей. Опыт врачей и бдительность пациентов являются залогом в этом важном деле, а основой современной онкологии остаётся социально-медицинская работа профилактической направленности.

Тема 15. Социально-медицинская работа с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом

В практической социальной работе под термином «иммунный дефицит» следует понимать уменьшение присущих организму способностей противостоять инфекциям, вследствие чего возникает многообразная картина болезней.

СПИД впервые был идентифицирован в США в 1981 году как непонятный набор необычных симптомов и редко встречающихся заболеваний. В 1983 году был обнаружен возбудитель данного заболевания – вирус иммунодефицита человека.

На начальных этапах изучения эпидемиологии СПИДа были установлены определённые группы населения, к которым принадлежали первые выявленные больные, в связи с чем, эти группы стали называть «группами риска». К данной группе относятся гомо- и бисексуалисты, внутривенные наркопотребители.

По оценочным данным Всемирной Организации Здравоохранения в мире зарегистрировано более 65 миллионов человек инфицированных ВИЧ. Согласно данным статистике, за последние 25 лет ВИЧ стал причиной смерти свыше 25 миллионов человек, войдя в число опасных для общества социально значимых заболеваний. За время своего существования болезнь охватила все континенты земного шара и приняла характер пандемии.

В настоящее время Россия по темпам прироста числа ВИЧ-инфицированных занимает одно из лидирующих мест в мире. По оценке Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, число ВИЧ-инфицированных в России достигает 1 миллиона человек, из них 80 % составляют лица в возрасте от 15 до 30 лет, а 14 тыс. – дети в возрасте до 14 лет. В структуре ВИЧ-инфицированных доля женщин достигла 40 %, а в отдельных регионах страны превысила 50 %.

Таким образом, эпидемия ВИЧ-инфекции представляет реальную угрозу социально-экономическому развитию страны, негативно воздействуя на рабочую силу. Серьёзную проблему для общества составляет рост численности осиротевших детей в результате смерти родителей.

Квалифицированную помощь ВИЧ-инфицированные могут получить в Центрах по профилактике и борьбе со СПИДом. При постановке на диспансерный учёт проводится первичное обследование, целью которого является подтверждение диагноза, определение стадии ВИЧ-инфекции, выявление развившихся на фоне ВИЧ-инфекции вторичных заболеваний. При первичном обследовании выявляются имеющиеся у больного сопутствующие заболевания, которые могут существенно осложнить течение ВИЧ-инфекции и ухудшить её прогноз. В дальнейшем проводятся повторные плановые обследования. Их частота определяется с учётом стадии болезни, при появлении признаков прогрессирования ВИЧ-инфекции или развитии сопутствующих заболеваний.

Заражение ВИЧ влечёт за собой серьёзные последствия эмоционального и социального характера. Информация о неизлечимости заболевания вызывает у ВИЧ-инфицированного человека тяжелые эмоциональные реакции, связанные с внезапным осознанием неизбежности преждевременной смерти. Многие клиенты испытывают изменение настроения, подавленность, снижение значимости собственной личности.

ВИЧ-инфицированным приходится сталкиваться с проблемой выбора или смены профессии, трудоустройства, профессионального роста, с вопросами планирования семьи. ВИЧ-инфицированный испытывает тревогу, страх, чувство утраты физической привлекательности и финансовой независимости, печаль по поводу ожидаемых потерь, вину по отношению к людям, которых они могли заразить, а также агрессивность в отношении предполагаемого источника заражения.

Для решения данных проблем созданы специальные психологические службы помощи ВИЧ-инфицированным. Психологичес-

кая помощь ВИЧ-инфицированным клиентам проводится в виде индивидуальной беседы или в форме семейной психотерапии.

Психотерапевтическое воздействие оказывает активизирующее влияние на клиента, даёт стимул к деятельности, направленной на поиски наилучшего выхода из психотравмирующей ситуации, подготовку его к неизбежной перестройке жизненного стереотипа, адаптацию к изменению жизненных перспектив.

Психосоциальное консультирование ВИЧ-инфицированных позволяет:

1) поддержать человека, помочь осознать его личную ответственность за изменение образа жизни относительно данного заболевания;

2) повысить степень самоуважения человека;

3) преодолеть тревогу и страх.

Основой профилактики СПИДа является информационно-просветительская работа, которая направлена на повышение гигиенических и специальных познаний, профилактику половых извращений, наркомании, проституции. Цель информационно-просветительской работы среди населения – формирование у каждого человека ответственного отношения к своему здоровью; поведения, исключающего возможность заражения ВИЧ.

Воздействие информационно-просветительской работы на поведение человека состоит из следующих этапов:

1. Качественная информация о СПИДе, путях ВИЧ-инфицирования с учётом социально-психологических особенностей соответствующих групп населения и особенностей их восприятия.

2. Превращение информации в знание, проверка этих знаний с целью оценки эффективности информирования (путём бесед, опросов, анкетирования, тестов).

3. Превращение знаний в убеждение изменить рискованное поведение, вести здоровый образ жизни.

4. Убеждения должны стать основой стойкой поведенческой ориентации на то, что борьба со СПИДом и наркопотреблением является сегодня не только усилиями систем здравоохранения и государства, но и преимущественно заботой человека о своей собственной безопасности и здоровье.

Основные принципы информационно-просветительской работы:

1. *Систематичность* подразумевает постоянное воздействие целевой информации на сознание человека в разных местах его пребывания.

2. *Комплексность* включает в себя:

- использование различных форм, методов и средств обучения;
- участие в достижении социальной мобильности населения целого ряда заинтересованных лиц: администрация, педагоги, медработники, психологи, работники правоохранительных органов, социальные работники, работники культуры, научные работники, работники службы быта (гостиниц, саун, салонов и т. д.), неправительственные организации и религиозные конфессии и др.

3. *Иерархия* (уровень проведения):

- индивидуальный уровень (консультирование, беседы и другие формы);

- групповой уровень (работа с целевыми группами населения);

- популяционный уровень (привлечение к информированию СМИ: радио, телевидение, газеты и журналы).

4. *Целенаправленность*, то есть ориентация информационно-образовательной работы на конкретные (целевые) группы населения.

Выбор целевой группы определяется возрастными, социальными, профессиональными, поведенческими и другими особенностями.

Целевой группой могут быть:

- соисполнители комплексных программ профилактики ВИЧ-инфекции, наркопотребления и других социально значимых заболеваний;

- лица с факторами риска на рабочем месте;

- лица высокого риска заражения (женщины из сферы секс-услуг, а также их клиенты, гомосексуалисты, наркоманы и т. п.;

- заключённые, военнослужащие, допризывники и т. п.;

- ВИЧ-инфицированные и больные СПИДом.

5. *Достоверность и научная обоснованность*: информация должна быть правдивой и преподноситься на основании глубокой научной базы с использованием социологических, психологических и педагогических разработок.

6. *Доступность и дифференцированность*, то есть обучение должно проводиться на языке, доступном для понимания данной целевой группы, с учётом её специфических особенностей.

7. *Своевременность*.

Основное место в информационно-просветительской работе занимает профилактика среди подростков и молодёжи. Просветительские занятия желательно проводить в небольших аудиториях, а перед занятиями следует провести специальный опрос, включающий выяснение личного мнения и установок по проблеме.

Таким образом, главная опасность ВИЧ-инфекции, определяющая её социальное значение, заключается в вероятности неизбеж-

ной гибели инфицированных в среднем через 10 лет после заражения, в том, что ВИЧ/СПИД разрушает семьи и сообщества, подрывает экономическую жизнеспособность стран. Поэтому специалисты по социальной работе наряду с медицинскими работниками в целях профилактики распространения ВИЧ-инфекции должны прилагать усилия для формирования у своих клиентов здорового образа жизни и стать первыми проводниками санитарно-просветительских мероприятий.

Тема 16. Социально-медицинская работа с лицами, имеющими наркологические заболевания

В группу наркологических социальных болезней входят: алкоголизм, наркомания, токсикомания, никотинизм (табакокурение).

Самым распространённым наркологическим заболеванием является *алкоголизм*.

По определению Всемирной Организации Здравоохранения, «алкоголизм – любая форма потребления алкоголя, которая превышает традиционную, принятую в обществе «пищевую» норму или выходит за рамки социальных привычек данного общества».

По определению, принятому в медицине, «алкоголизм – заболевание, определяющееся патологическим влечением к спиртным напиткам (то есть возникает психическая и физическая зависимость), развитием абстинентного синдрома при прекращении употребления алкоголя, а в далеко зашедших случаях нарушением со стороны внутренних органов, нервной системы и психической деградацией».

В свою очередь, социальные работники объясняют этиологию алкоголизма с точки зрения концепций социокультурной детерминации, социализации, социальной девиации и аномии. Интерес представляет социально-средовая модель алкоголизма, согласно которой потенциальный алкоголик переживает много стрессов и пьёт, считая, что алкоголь снимает их. Такой человек, как правило, не принадлежит к той малой социальной группе, члены которой способны регулировать свое поведение.

Таким образом, в современной теории социальной работы предпочтительно рассматривать алкоголизм как конечный продукт взаимодействия ряда сложных этиологических составляющих. В каждом конкретном случае могут доминировать одна или несколько из них.

Наиболее широко используемыми подходами в социальной терапии алкоголизма являются индивидуальная психосоциальная терапия, групповая терапия, семейная терапия, вступление в обще-

ственную организацию (например, «Анонимные алкоголики»), модификация поведения. Все названные формы социальной терапии могут быть эффективными при соответствующем подходе к индивидуальным потребностям клиента/пациента.

Поскольку среди клиентов учреждений социальной защиты находится значительное число алкоголиков, социальные работники могут играть заметную роль в предупреждении и раннем вмешательстве в развитие заболевания. Социальным работникам необходимо выявить физические и психосоциальные проблемы клиента, имеющие отношение к злоупотреблению алкоголем. Особенно важно оценить степень толерантности клиента и симптоматику, сопровождающую физическую зависимость. Также необходимо исследовать психосоциальное прошлое клиента; историю употребления алкоголя на том этапе, когда не возникали жизненные проблемы; попытки уменьшить или прекратить пьянство; причины, побудившие клиента обратиться за социально-медицинской и психосоциальной помощью в учреждение социальной защиты именно в данный момент.

В конкретных социальных обстоятельствах социальному работнику требуется собрать информацию о семье клиента, о его связях с друзьями, о работе и материальном положении, об основных социокультурных факторах. Социальному работнику необходимо рассмотреть историю семьи родителей клиента, отношение к пьянству членов его семьи, наличие или отсутствие у клиента и членов его семьи глубоких депрессий, маний или социопатий.

Теория социальной работы обращает внимание и на понимание вопросов социальной политики в данной сфере. Прежде всего, на то, что социальная политика в области потребления алкоголя колеблется между двумя полюсами: запретительным и разрешительным. При этом исследователи считают, что должна проявить себя тенденция отказа от охвата проблемы алкоголизма в целом и перехода к оказанию социально-медицинской помощи конкретным людям.

Социальная политика должна касаться не только алкоголиков, но и общества, предусматривая общественные санкции против антисоциального поведения злоупотребляющих алкоголем лиц. Дело в том, что так называемая «сверхразрешительная» политика в области потребления алкоголя неизбежно вызывает рост потребления алкоголя, что в последующем ведет к заметному увеличению числа людей, рискующих оказаться в кругу алкогольных проблем.

Проблема пьянства и алкоголизма в настоящее время является одной из серьёзных социальных проблем. Пьянство и алкоголизм представляют собой разные стадии злоупотребления алкоголем.

Чаще всего, когда речь идёт о злоупотреблении алкоголем, имеют в виду пьянство. Пьянство, в свою очередь, является причиной возникновения алкоголизма.

В зависимости от потребления алкогольных напитков выделяют следующие группы лиц (классификация потребления алкогольных напитков по Ю. П. Лисицыну):

- ▶ не употребляющие алкогольные напитки (убеждённые трезвенники);

- ▶ потребляющие алкогольные напитки редко (по праздникам и семейным торжествам), в среднем не чаще одного раза в месяц, в небольших количествах (несколько рюмок вина или крепких алкогольных напитков);

- ▶ умеренно употребляющие алкогольные напитки (1–3 раза в месяц, но не чаще 1 раза в неделю), в небольших количествах в случаях, социально оправданных (праздники, семейные традиции, встречи с друзьями), не допускают асоциальных действий;

- ▶ злоупотребляющие алкоголем, к которым относятся:
 - лица с начальными признаками алкоголизма (психическая зависимость от приёма алкоголя, утрата контроля за количеством выпитого, повышение толерантности к алкоголю); пьяницы – употребляющие алкоголь часто, несколько раз в неделю, в больших количествах, повод к употреблению не имеет социальных объяснений («за компанию», «без повода», «захотел и выпил» и т. д.), алкогольные напитки распиваются в случайных местах, в состоянии алкогольного опьянения поведение нарушено (конфликты в семье, невыход на работу, нарушение правил общественного порядка), иногда может быть неудержимая тяга к спиртному;

- лица с выраженными признаками алкоголизма, когда к психической зависимости присоединяется физическая зависимость от алкоголя, синдром похмелья (абстинентный синдром) и другие симптомы вплоть до серьёзных психических нарушений (алкогольный психоз).

В теории социальной работы принята следующая классификация социально-медицинских проблем алкоголизма:

- ▶ медицинские проблемы: алкоголь приводит к поражению печени, центральной нервной системы; увеличивается риск возникновения острого инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, на фоне злоупотребления алкоголем прогрессирует туберкулёз, рак лёгких, хронические бронхиты; алкоголизм родителей приводит к рождению нездорового потомства с врождёнными дефектами и заболеваниями, росту детской смертности и т. д.;

► социальные проблемы: алкоголизм приводит к увеличению преступности, росту заболеваемости, инвалидности, смертности, то есть к снижению показателей здоровья населения, повышению травматизма;

► социально-экономические проблемы: снижение трудоспособности в результате действия злоупотребления алкоголем на здоровье приводит к материально-экономическому ущербу для общества, снижению производительности труда т. д.

Таким образом, социально-медицинская работа профилактической направленности определяется предупреждением негативного влияния алкогольных обычаев микросоциальной среды; формированием у населения таких нравственных и гигиенических убеждений, которые исключали бы и вытесняли саму возможность любой формы злоупотребления спиртными напитками; выявление групп риска; применением всей системы мер воспитательного воздействия в коллективе и семье.

Социально-медицинская работа патогенетической направленности связана с предупреждением прогрессирования заболевания и его осложнений, реализуется в противорецидивной, поддерживающей терапии, в мероприятиях по социальной реабилитации.

Наркомания является одним из проявлений наркотической зависимости, когда с целью достижения наркотического, то есть одуряющего, эффекта используют наркотические средства.

Употребление наркотических средств можно рассматривать в трёх аспектах:

- медицинский аспект – эти средства воздействуют на центральную нервную систему как галлюциногены, седативные, стимулирующие вещества;

- социальный аспект – использование этих средств имеет широкое социальное значение;

- юридический аспект – средство признано наркотическим и внесено в список наркотиков соответствующим правовым актом (следует помнить, что к наркотикам относятся и некоторые лекарственные средства: морфин, омнопон, промедол и др.).

Обращение наркотических и психотропных средств на территории Российской Федерации регламентируется федеральным законом. Согласно данному закону под наркотическими и психотропными веществами понимают вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, растения, включённые в специальный перечень. Перечень утверждается Правительством РФ и включает четыре списка:

- наркотические средства и психотропные вещества, оборот которых в РФ запрещён (список 1);
- наркотические средства и психотропные вещества, оборот которых в РФ ограничен и контролируется (список 2);
- психотропные вещества, в отношении которых допускается исключение некоторых мер контроля (список 3);
- прекурсоры – вещества, из которых могут быть сделаны те вещества, которые входят в первые три списка (список 4).

Наиболее распространёнными наркотическими веществами являются героин (относится к опиатам, то есть средствам, произведённым из мака), препараты из конопли, ЛСД (синтетический наркотик) и др.

Особенности наркомании по сравнению с алкоголизмом и курением заключаются в следующем:

- поражаются чаще молодые люди, а, следовательно, более выражены медицинские и социальные последствия, особенно снижена средняя продолжительность жизни;
- гораздо быстрее развивается наркотическая зависимость;
- резко возрастает риск таких заболеваний, как ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит В и С;
- деградация личности развивается в более короткие сроки;
- последствия воздействия на здоровье носят более тяжёлый и необратимый характер;
- более тяжело протекает абстинентный синдром («ломка»).

Существует мнение, что употребление наркотических веществ привлекает тем, что возникает состояние, подобное опьянению: ощущению радости бытия, прилив сил, смешливость, двигательная расторможенность. К эйфории присоединяется ощущение физического благополучия и покоя. Наряду с эйфорией могут наблюдаться неустойчивая походка, нарушенная речь, бледность кожи, блеск глаз, сужение или расширение зрачков. Наркотическое опьянение обычно продолжается от 1 до 6 часов.

Как правило, наркоманы благодушны и доброжелательны друг к другу. Но могут быть и злыми, агрессивными, раздражительными, а иногда сонливыми, вялыми, малоподвижными. Постепенно вне наркотического опьянения состояние наркоманов становится подавленным, их мучают головные боли, тошнота, рвота, озноб, то есть развивается синдром абстиненции. В 80 % случаев причиной смерти больных наркоманией является передозировка наркотических препаратов, которая вызывает острую сердечно-сосудистую недостаточность.

Формирование зависимости от наркотика начинается с первого его употребления. Она формируется при любом способе поступления наркотика в организм – внутривенном, при вдыхании через нос, курении. Состояние зависимости от наркотика характеризуется следующими симптомами: синдром измененной реактивности; синдром психической зависимости; синдром физической зависимости.

Для наркомании характерно три стадии течения заболевания. Для первой стадии заболевания характерна регулярность наркотизации; постепенно растут дозы; отсутствие наркотика проявляется через 1–2 суток в основном в форме психических расстройств. Продолжительность первой стадии от 2–4 месяцев до полугода. На второй стадии резко возрастает толерантность; поведение становится вялым, пассивным; появляются признаки физической зависимости; лишение наркотика приводит к развитию абстинентного синдрома. На третьей стадии действие наркотика исключительно стимулирующее, эйфории уже практически нет. Большинство наркоманов до этой стадии не доживают, смерть обычно наступает от передозировки.

Не менее опасна, чем наркомания, *токсикомания*, т.е. употребление с целью наркотического эффекта лекарственных средств, не относящихся к наркотикам, или средств бытовой химии (бензин, растворители, клей «Момент» и др.). Главная опасность токсикомании состоит в том, что ей более подвержены дети и подростки, так как средства, используемые токсикоманами, более доступны. Любое токсикоманическое вещество может быть признано наркотическим после соответствующего юридического акта, и тогда больной из группы токсикоманов автоматически причисляется к группе наркоманов.

Причин наркомании и токсикомании несколько: психологические, социальные, экономические.

К психологическим причинам относятся снижение напряжения и чувства тревоги, бегство от проблем, связанных с действительностью, любопытство. Из социальных причин следует отметить неблагополучие семьи, воздействие социальной среды, безнадзорность. Экономические причины – это безработица, невозможность получить образование, активная деятельность криминальных структур по распространению наркотиков. Распространению наркомании способствует также миф о том, что наркомания легко излечима.

Практические социальные работники отмечают следующие социально-медицинские последствия наркомании:

- снижение средней продолжительности предстоящей жизни на 20–25 лет;

- заболевания печени, ЦНС, ранняя деградация личности;
- у родителей-наркоманов часто рождаются дети с врождённой патологией, нежизнеспособные и т. д.;
- наркоманы являются группой риска ВИЧ-инфекции (инфекция передаётся через неоднократно используемые шприцы);
- рост преступности (асоциальные поступки в состоянии наркотического опьянения или с целью получения наркотика);
- из общественной жизни выключена наиболее трудоспособная и деятельная часть населения – молодые люди.

Схематично социально-медицинскую работу с лицами, имеющими зависимость от наркотических и токсических веществ, можно представить следующим образом:

1. Подготовительный этап. Осознание необходимости лечения, принятие решения, обращение к специалистам. Прежде чем начинать лечение, важно продумать весь его путь, а не только ближайшие шаги.

2. Устранение проявлений физической зависимости. Детоксикация продолжительностью 5–10 дней.

3. Реабилитация. Важнейшее значение приобретает социально-психологическая помощь: возвращение больных к жизни в обществе путём отказа от наркотиков, предупреждение рецидивов заболевания, восстановление физического и психического здоровья, а также формирование нормативного личностного и социального статуса. Социальная реабилитация наркозависимых заключается в обучении навыкам социально-бытовой ориентировки, профессиональной подготовке, трудовой терапии, юридической и правовой поддержке.

Социальная реабилитация несовершеннолетних характеризуется рядом особенностей. При развитии наркозависимости у них, как правило, стремительно формируется установка на дальнейшую наркотизацию, одновременно останавливается личностный рост, разрушаются ценностные ориентации, нарушаются семейные отношения, прекращается социальный прогресс (уровень образования снижается, затрудняется профессиональная ориентация, способность к овладению специальностью, устанавливаются устойчивые отношения с наркотическим и криминальным окружением, появляются проблемы с законом). В реабилитации несовершеннолетних особую роль играет учёт возрастных особенностей.

Из психотерапевтических методов при реабилитации несовершеннолетних приоритетными являются: методы игровой психотерапии; методы психотерапии искусством и литературой (арттера-

пия, музыкотерапия, драматерапия, библиотерапия, сказкатерапия и др.); методы терапии занятостью и трудом. Важным направлением лечебно-реабилитационного процесса при реабилитации несовершеннолетних являются семейная терапия и семейное консультирование.

Основными принципами реабилитации несовершеннолетних являются:

- добровольное согласие на участие в реабилитационных мероприятиях;
- прекращение приёма наркотических и токсических веществ;
- конфиденциальность;
- системность реабилитационных мероприятий;
- этапность реабилитационных мероприятий;
- позитивная направленность реабилитационных мероприятий;
- ответственность;
- включение в реабилитацию основных значимых лиц (члены семьи, лица социального окружения несовершеннолетних);
- реорганизация жизненной среды и формирование реабилитационной среды (изменение образа жизни через воздействие на все компоненты жизненной среды);
- дифференцированный подход к реабилитации различных групп несовершеннолетних;
- социальная и личностная поддержка несовершеннолетних после выписки из реабилитационного учреждения с целью предотвращения срывов и рецидивов злоупотребления наркотическими и токсическими веществами.

В ряде городов при наркологических диспансерах открыты отделения социально-медицинской помощи детям и подросткам, которые состоят из амбулаторно-поликлинической части и стационаров дневного и круглосуточного пребывания. В амбулаторно-поликлинической структуре реализуются профилактическая, лечебно-диагностическая и реабилитационная программы.

Профилактические программы направлены на предупреждение потребления алкоголя и (или) наркотиков, злоупотребления ими, а также предупреждение любых форм отклоняющегося поведения. Объектами целенаправленного воздействия в основном являются дети и подростки. Профилактика должна быть непрерывной, дифференцированной в зависимости от возраста, правдивой и эффективной. Профилактика стремится выработать у молодого человека антинаркотические установки, базируясь не на страхе, а на формировании позитивных жизненных навыков.

Лечебные программы предусматривают раннее выявление и направление на лечение больных с той или иной наркотической проблематикой.

Реабилитационные программы направлены на преодоление разрыва и противоречия между личностью и обществом.

Специалист по социальной работе принимает участие в разработке и реализации индивидуальных программ социальной реабилитации, включающих профессионально-трудовой, учебно-познавательный, социокультурный, физкультурно-оздоровительный и иные компоненты; подготавливает рекомендации для семей с целью обеспечения непрерывности коррекционно-реабилитационных мероприятий в домашних условиях.

Одним из самых распространённых проявлений наркотизма является *табакокурение* (никотиновая зависимость). В настоящее время курение переросло в социальное бедствие. Раньше табак нюхали, жевали, курили трубки и папиросы, а сейчас перешли в основном на курение сигарет – самый опасный вид потребления табака. В листьях табака содержится никотин – алкалоид, относящийся к психотропным веществам, при постоянном его употреблении возникает психическая и физическая зависимость и число потребляемых сигарет постоянно увеличивается.

Человек привыкает к курению, развивается настоящая болезнь. Если человек перестаёт курить, то развивается «синдром отмены», или абстиненция. Абстиненция проявляется состоянием дискомфорта: человек становится беспокойным, раздражительным, снижается работоспособность, исчезает аппетит, появляются головокружение, головная боль, тошнота. Абстиненция препятствует прекращению курения. Чтобы бросить курить, человек, курящий продолжительное время, должен обратиться к врачу-наркологу для лечения (лекарственные средства, психотерапия, физиотерапия, игло-рефлексотерапия и т. д.).

Курение является большим фактором риска многих заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистых и болезней дыхания. Доказана роль курения как фактора риска онкологических заболеваний, особенно рака лёгких. Курение тормозит процесс полового созревания, замедляет рост, вызывает анемию, пагубно действует на состояние ЦНС: снижает концентрацию внимания, ухудшает память, повышает раздражительность и т. д. У курящих женщин рождаются ослабленные дети, со сниженной массой тела, подверженные различным заболеваниям. У курильщиков чаще развивается туберкулёз лёгких.

Социальные последствия курения тесно связаны с медицинскими: повышается заболеваемость, снижаются трудоспособность, средняя продолжительность жизни и т. д.

Одним из важнейших последствий курения является загрязнение внешней среды. Ежегодно в атмосферу от курильщиков попадают тысячи тонн таких вредных веществ, как угарный газ, никотин, аммиак, синильная кислота и др.; миллионы тонн окурков.

Не следует забывать и о крайне негативные последствия пассивного курения.

Причинами курения являются: влияние ближайшего окружения; пример старших; отсутствие единого отрицательного отношения к курению в обществе; мифы о возможности сохранения здоровья при курении, о преодолении жизненных проблем с помощью курения; восприятие курения как фактора независимости и престижа и т. д.

Активную борьбу с курением можно проводить только при условии тесного контакта государственных и общественных организаций, работников здравоохранения и образования, специалистов по социальной работе, семьи. О борьбе с курением говорится много, но результаты этой борьбы пока малозаметны. Борьбе с курением мешает сложившееся общественное мнение о том, что успеха можно добиться только действуя «сверху», то есть путём запретительных мер со стороны государства: принятие законов о борьбе с курением, включающих в себя в основном штрафы за курение в общественных местах, запреты на рекламу табачных изделий, предупреждение на каждой пачке сигарет о вреде курения здоровью, повышение цен на табачные изделия и т. д.

Практика социально-медицинской работы убеждает в том, что, на самом деле, главным фактором оказывается личная, персональная ответственность человека за своё здоровье и за здоровье окружающих. Борьба с курением является социально-гигиеническая проблемой принципиальной важности, для решения которой необходима долговременная, поэтапная, общенациональная программа, включающая в себя комплексную систему административных, экономических, воспитательных и социально-медицинских мер.

Тема 17. Социально-медицинская работа с инвалидами

В настоящее время в России на учёте в органах социальной защиты населения состоит свыше 13 миллионов инвалидов. В стране ежегодно впервые признаются инвалидами свыше одного милли-

она человек, из них более 50 % – трудоспособного возраста. Наблюдается также ежегодный рост числа детей-инвалидов.

Динамика роста инвалидности обуславливает возрастание степени зависимости инвалидов от экономически активного населения. Инвалиды теряют ориентацию в современном мире, ослабевают и исчезают социальные контакты. Эффективное решение проблем инвалидности и инвалидов требует формирования единства взглядов на понятия «инвалид» и «инвалидность».

Исторически понятия «инвалидность» и «инвалид» в России связывались с понятиями «нетрудоспособный» и «больной». И нередко методологические подходы к анализу инвалидности заимствовались из здравоохранения, по аналогии с анализом заболеваемости. Представления о происхождении инвалидности укладывались в традиционные схемы «здоровье – заболеваемость» (хотя, если быть точными, заболеваемость – показатель нездоровья) и «больной – инвалид».

Последствия таких подходов создавали иллюзию мнимого благополучия, так как относительные показатели инвалидности на фоне естественного прироста населения улучшались, из-за чего реальные стимулы к поиску истинных причин роста абсолютного числа инвалидов отсутствовали. Лишь после 1992 года в России произошёл перекрест линий рождаемости и смертности, и явления депопуляции нации приобрели отчетливый характер, сопровождаясь устойчивым ухудшением показателей инвалидности, возникли серьёзные сомнения в правильности методологии статистического анализа инвалидности.

Специалисты долгое время рассматривали понятие «инвалидность», отталкиваясь преимущественно от биологических предпосылок, расценивая её возникновение в основном как следствие неблагоприятного исхода лечения. В связи с этим социальная сторона проблемы была сужена до нетрудоспособности как основном показателе инвалидности. Поэтому основной задачей врачебно-трудовых экспертных комиссий было определение того, какую профессиональную деятельность освидетельствуемый не может выполнять, а что может – определялось на основе субъективных, преимущественно биологических, а не социально-биологических критериев. Понятие «инвалид» сужалось до понятия «неизлечимо больной».

Таким образом, социальная роль человека в действующем правовом поле и конкретных экономических условиях отступала на второй план, и понятие «инвалид» не рассматривалось с точки зрения многопрофильной реабилитации, использующей социальные, эконо-

мические, психологические, образовательные и другие необходимые технологии. В настоящее время *инвалид* характеризуется как лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты (Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в РФ», 1995 г.).

В последнее время проблемы людей с ограниченными возможностями, наконец, оказались в центре внимания общественности. Проблемы инвалидности не могут быть поняты вне социокультурного контекста, в котором живет человек, – семья, дома-интерната, социального окружения в целом. Инвалидность, ограниченные возможности человека не относятся к разряду чисто медицинских явлений. Значительно большее место в понимании этой проблемы и преодолении её последствия имеют правовые, социально-медицинские, социально-психологические, экономические и другие факторы.

Таким образом, инвалидность как проблема деятельности человека в условиях ограниченной свободы выбора включает в себя несколько основных аспектов: правовой; социально-средовой; производственно-экономический; анатомо-функциональный; психологический.

1) Правовой аспект решения проблем инвалидов предполагает обеспечение прав, свобод и обязанностей инвалидов.

2) Социально-средовой аспект включает в себя проблемы, связанные с микросоциальной средой (семья, трудовой коллектив, жилище, рабочее место и т. д.) и макросоциальным окружением (градообразующая и информационная среды, социальные группы, рынок труда и т.д.).

Особую категорию «объектов» обслуживания социальными работниками представляет семья, в которой проживает инвалид, нуждающийся в посторонней помощи. Семья такого рода является микросредой, в которой живёт нуждающийся в социальной поддержке человек.

Он вовлекает её в орбиту обостренной потребности в социальной защите. Семьи инвалидов характеризуются экономическими трудностями, связанными с распадом производственно-реабилитационной системы, основанной прежде всего на труде инвалидов, ограниченной трудоспособностью и адаптационной способностью её членов.

Установлено, что наибольшая нуждаемость семей касается социально-бытовых услуг. Это объясняется тем, что нетрудоспособ-

ные члены семей ограничены в своей подвижности, нуждаются в постоянном постороннем уходе и «привязывают» к себе здоровых, которые не могут осуществлять доставку продуктов, медикаментов и оказывать им различные другие бытовые услуги, связанные с выходом из дома. Кроме того, в настоящее время это можно объяснить и социальной напряженностью, трудностями продовольственного обеспечения и в получении бытовых услуг.

3) Производственно-экономический аспект связан главным образом с проблемой формирования промышленной основы социальной защиты населения и рынка реабилитационных изделий и услуг. Такой подход позволяет ориентироваться на увеличение доли инвалидов, способных к частичной или полной самостоятельной профессиональной, бытовой и общественной деятельности, создание системы адресного удовлетворения их потребностей в реабилитационных средствах и услугах, а это, в свою очередь, будет способствовать их интеграции в общество.

Сохранение государственной монополии на обеспечение инвалидов реабилитационными изделиями приводит к неоправданной экономической нагрузке на «активную» часть населения и служит основанием для продолжения так называемой «льготной» политики, ведущей к постоянному увеличению диспропорции между истинной потребностью инвалидов и возможностями их удовлетворения.

4) Анатомо-функциональный аспект инвалидности предполагает формирование такой социальной среды (в физическом и психологическом смысле), которая выполняла бы реабилитационную функцию и способствовала развитию реабилитационного потенциала инвалида.

С учётом современного понимания в теории социальной работы инвалидности предметом внимания государства при решении этой проблемы должны быть не нарушения в организме человека, а восстановление его социально-ролевой функции в условиях ограниченной свободы. Основной акцент при решении проблем инвалидов и инвалидности смещается в сторону реабилитации, опирающейся прежде всего на социальные механизмы компенсации и адаптации.

Таким образом, смысл социальной реабилитации инвалидов заключается в комплексном многопрофильном подходе к восстановлению способностей человека к бытовой, общественной и профессиональной деятельности на уровне, соответствующем его физическому, психологическому и социальному потенциалу с учётом особенностей микро- и макросоциального окружения.

Конечной целью комплексной многопрофильной реабилитации, как процесса и системы, является предоставление человеку с анатомическими дефектами, функциональными нарушениями, социальными отклонениями возможности относительно независимой жизнедеятельности. С этой точки зрения социальная реабилитация предотвращает нарушение связей человека с окружающим миром и выполняет профилактическую функцию по отношению к инвалидности.

Роль социального работника состоит в том, чтобы помочь молодым инвалидам преодолеть трудности интеграции в общество. Здесь важна не только информация, советы, но и действенная помощь, участие в получении специализированного жилья, установление вспомогательных приспособлений и устройств в квартирах для инвалидов, помощь при трудоустройстве, получении льгот и т. д. Социальный работник становится настоящим помощником инвалида, вступающего в открытое общество.

5) Психологический аспект отражает как личностно-психологическую ориентацию самого инвалида, так и эмоционально-психологическое восприятие проблемы инвалидности обществом.

Инвалиды относятся к категории так называемого маломобильного населения и являются наименее защищенной, социально уязвимой частью общества. Данное обстоятельство связано прежде всего с дефектами их физического состояния, вызванного заболеваниями, приведшими к инвалидности, а также с имеющимся комплексом сопутствующей соматической патологии и с пониженной двигательной активностью.

Кроме того, в значительной степени социальная незащищенность этих групп населения связана с наличием психологического фактора, формирующего их отношение к обществу и затрудняющего адекватный контакт с ним. В связи с ограничениями в жизнедеятельности может наблюдаться заниженная самооценка, неадекватные представления о значении собственной личности.

Психологические проблемы возникают при изолированности инвалидов от внешнего мира, как вследствие имеющихся недугов, так и в результате неприспособленности окружающей среды для инвалидов на кресло-колясках, при разрыве привычного общения в связи с инвалидностью, при наступлении одиночества в результате потери супруга. Все это ведет к возникновению эмоционально-волевых расстройств, развитию депрессии, изменениям поведения.

Таким образом, проблемы инвалидов чрезвычайно разнообразны. К ним относятся: инфраструктура городов, транспортных возможностей, жилой среды в целом (насколько она приспособлена

для инвалидов, каково им себя в ней чувствовать). Многочисленные проблемы решаются не всегда эффективно, поэтому государство должно ставить перед собой задачу формирования оптимально функционирующей системы социальной защиты инвалидов, отвечающей международным нормам политики государства в отношении инвалидов.

В зависимости от тяжести заболевания, степени нарушения функций организма клинического и трудового прогноза в практической социальной работе и медицине различают три группы инвалидности.

С целью установления группы инвалидности проводится медико-социальная экспертиза (МСЭ). К учреждениям государственной службы медико-социальной экспертизы относятся бюро медико-социальной экспертизы. Кроме определения группы инвалидности задачами бюро являются:

- разработка индивидуальных программ по реабилитации инвалидов;
- содействие в реализации мероприятий по социальной защите инвалидов и оценка эффективности этих мероприятий;
- учёт инвалидности;
- участие в разработке комплексных программ в области профилактики инвалидности, реабилитации и социальной защиты инвалидов.

Показанием для направления на медико-социальную экспертизу является заключение клинико-экспертной комиссии (КЭК) о наличии у больного данных для определения инвалидности.

На медико-социальную экспертизу направляются граждане, имеющие признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите:

- при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе независимо от сроков временной нетрудоспособности, но не более 4 месяцев, при благоприятном трудовом прогнозе в случае продолжающейся нетрудоспособности до 10 месяцев (в отдельных случаях: травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулёз – до 12 месяцев);
- при решении вопроса о продолжении лечения или установлении группы инвалидности;
- работающие инвалиды для изменения трудовой рекомендации в случае ухудшения клинического и трудового прогноза.

Для проведения социально-медицинской экспертизы необходимы письменное заявление пациента, данные результатов его клини-

ческого обследования, подписанные лечащим врачом, заместителем главного врача по медико-социальной экспертизе и заверенные печатью лечебно-профилактического учреждения (посыльный лист).

В состав бюро медико-социальной экспертизы в соответствии с «Примерным положением об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы» входят три врача различных специальностей, специалист по реабилитации, специалист по социальной работе, психолог. Штатным расписанием предусмотрены должности старшей медицинской сестры, медицинского регистратора, шофёра. В состав Главного бюро входят четыре врача-специалиста и несколько специалистов по социальной работе и реабилитации.

В случае признания лица инвалидом специалистами бюро в месячный срок разрабатывается индивидуальная программа реабилитации. Лицу, признанному в установленном порядке инвалидом, выдаются справка, подтверждающая факт установления инвалидности, и индивидуальная программа реабилитации. В случае несогласия больного с экспертным решением бюро медико-социальной экспертизы, проводившего освидетельствование, можно обжаловать это решение, подав письменное заявление в бюро медико-социальной экспертизы, проводившее освидетельствование, в Главное бюро медико-социальной экспертизы или в соответствующий орган социальной защиты населения.

Бюро, проводившее освидетельствование, в трёхдневный срок со дня получения заявления направляет его со всеми имеющимися документами в Главное бюро медико-социальной экспертизы, которое не позднее 1 месяца со дня получения заявления проводит медико-социальную экспертизу и на основании полученных результатов выносит решение. Решение Главного бюро медико-социальной экспертизы может быть обжаловано в месячный срок в органе социальной защиты населения субъекта российской Федерации.

Индивидуальная программа реабилитации представляет собой комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мер, направленных на восстановление и компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, в конечном итоге – на интеграцию инвалида в жизнь общества.

В индивидуальной программе отражены все виды реабилитации: медицинская, социально-средовая, профессионально-трудовая, психолого-педагогическая. В каждой из них указываются способы реализации программы. Так, например, в медицинской реабилитации используются медикаментозное лечение, диспансерное наблюдение, санаторно-курортное лечение и т. д. Социально-сре-

довая реабилитация предполагает обучение навыкам самообслуживания, специальное оборудование жилья, доступ к социально значимым объектам жизнедеятельности и т. п.

Профессионально-трудовая реабилитация включает в себя профориентацию, профессиональное обучение и переобучение, трудоустройство. Психолого-педагогическая реабилитация предусмотрена для детей в возрасте до 18 лет и предполагает восстановление престижа в собственных глазах и в глазах окружающих, коррекцию внутренней картины болезни, коррекцию отношения к семье, друзьям, обществу в целом.

Сроки проведения реабилитационных мероприятий также индивидуальны. В конце реабилитационного периода необходимо заключение об эффективности той или иной формы реабилитации.

В случае необходимости программа реабилитации может быть откорректирована. Специалист по социальной работе в процессе деятельности по реализации программы реабилитации должен составить рациональные планы работы по реабилитации.

Реабилитация является наиболее эффективным направлением социальной защиты инвалидов, так как именно она позволяет восстановить и компенсировать нарушенные или утраченные способности инвалидов к выполнению профессиональной, общественной и бытовой деятельности в соответствии с индивидуальными интересами и возможностями.

Основными принципами реабилитации являются: комплексный социально-медицинский подход; максимально раннее начало проведения реабилитации; непрерывность, преемственность, поэтапность.

Неотъемлемой составной частью государственной службы реабилитации инвалидов являются реабилитационные учреждения различных организационно-правовых форм, типов и видов. К реабилитационным учреждениям относятся научно-производственные комплексы (как правило, федерального значения), региональные центры реабилитации инвалидов; реабилитационные отделения и кабинеты (на местном уровне), дома-интернаты для инвалидов и лиц пожилого возраста.

Дома-интернаты, как правило, профилированы: дома-интернаты общего типа для пожилых людей и инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата и внутренних органов; психоневрологические интернаты для инвалидов с хроническими психическими заболеваниями и глубокой умственной отсталостью; детские дома-интернаты для умственно отсталых и для детей с физическими недостатками.

Материально-технической базой реабилитации инвалидов, находящихся в домах-интернатах, являются лечебно-трудовые мастерские, подсобные хозяйства, специальные цехи. Лечебно-трудовые мастерские могут быть швейные, картонажные, сборочные и т. д. В подсобных хозяйствах можно заниматься огородничеством, садоводством, животноводством, цветоводством и т. д.

Основные задачи реабилитационных учреждений заключаются в реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов, разработке планов и программ проведения реабилитации в конкретном учреждении, в осуществлении мероприятий по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов.

Учреждения реабилитации осуществляют свою деятельность во взаимодействии с органами государственной власти и учреждениями государственной службы медико-социальной экспертизы и общественными объединениями инвалидов.

При оказании социально-медицинской помощи инвалидам социальный работник руководствуется как запросами самого инвалида, так и целесообразностью и полезностью проводимых мероприятий в конкретных условиях проживания и пребывания пациента. Осуществляя уход за инвалидами, решая в определенной степени вопросы врачевания, социальный работник воздействует на образ жизни пациента, способствует его психической реабилитации.

При патронажной работе особую защиту социальный работник проявляет к семьям, имеющим детей-инвалидов. Важно не только поставить на учет ребенка-инвалида, но и проанализировать социальную обстановку в семье. Дети-инвалиды нуждаются в постоянном уходе и наблюдении, что составляет немалые трудности для родителей при повседневном общении с ними, обеспечение их жизненных потребностей (кормление, одевание, купание).

Таким образом, одним из важнейших направлений социально-медицинской деятельности всех организаций и служб, оказывающих помощь инвалидам, является создание условий для поддержания здоровья и благополучия тех, кто временно оказался в затруднительном положении экономического или социального характера.

Тема 18. Социально-медицинская работа с клиентами психиатрического профиля

В настоящее время вопросы психического здоровья приобрели исключительное значение. Нервно-психические заболевания являются одной из самых серьезных социальных, медицинских и эко-

номических проблем. Специалисты считают, что определяющими в этих заболеваниях в первую очередь являются факторы окружающей социальной среды.

В теории социальной работы термин «психическое здоровье» употребляется в нескольких значениях: 1. психическое здоровье может означать психическую или эмоциональную устойчивость индивида; 2. не для прямого, прикрытого обозначения психических расстройств человека; 3. для характеристики как нормального, так и патологического состояния психики человека; 4. для обозначения проблем клиента, не связанных с умственной отсталостью; 5. для обозначения лиц с повышенным риском психического и эмоционального срыва. В свою очередь, службы психического здоровья можно рассматривать и как часть сектора здравоохранения, и как часть системы учреждений социальной помощи и социальной поддержки населения.

У практических социальных работников имеется разнообразный и обширный круг обязанностей, включая работу с клиентом, консультации о возможности психотерапии и другие клинические услуги. Социальные работники могут заниматься вопросами, связанными с общим руководством организацией, направлением и осуществлением процесса лечения; уходом и наблюдением за отдельными больными; защитой интересов клиента. Кроме того, социальные работники принимают участие в организации и планировании социальных программ поддержки больных психиатрического профиля, в управлении социальными службами, в консультационной деятельности.

Причины психических заболеваний разнообразны: наследственные факторы; неблагоприятные внешние факторы (инфекции, травмы, интоксикации, психотравмирующие ситуации); внутриутробное повреждение плода; пьянство, алкоголизм и наркомания родителей; заболевания, осложнениями которых могут быть психозы (энцефалиты, сифилис мозга, бруцеллёз, токсоплазмоз, некоторые формы гриппа и др.); психические травмы, которые провоцируют наследственную предрасположенность и становятся причиной невротозов и реактивных психозов; пол и возраст (у мужчин психические расстройства встречаются чаще, чем у женщин; у мужчин чаще наблюдаются травматические и алкогольные психозы, у женщин – маниакально-депрессивный психоз, депрессии и инволюционные психозы).

Основные симптомы психических заболеваний: галлюцинации, бред, навязчивые состояния, аффективные расстройства, расстройства сознания, памяти, слабоумие.

Обеспечить права граждан при оказании психиатрической помощи очень сложно, так как люди негативно относятся к психическим больным, а большинство таких больных, приспособившись к действительности, больше всего боятся, что на работе узнают об их заболевании. Кроме того, психические больные традиционно ограничивались в правах, и это издавна было основанием для злоупотреблений именно в психиатрии.

В связи с этим возникает необходимость социальной реабилитации инвалидов по психическим заболеваниям, восстановления их трудоспособности, возвращения их в жизнь общества. С этой целью социальные работники входят в штат психиатрической больницы.

К учреждениям, оказывающим внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, относятся: психоневрологические диспансеры, психиатрические больницы, дома-интернаты для психоневрологических больных, специализированные детские сады, санатории.

Учреждения, оказывающие психиатрическую помощь, выполняют следующие функции:

- оказывают неотложную психиатрическую помощь;
- осуществляют консультативно-диагностическую, лечебную, психопрофилактическую, социально-психологическую, реабилитационную помощь во внебольничных и стационарных условиях;
- проводят все виды психиатрической экспертизы, в том числе определение временной нетрудоспособности;
- оказывают социально-бытовую помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;
- принимают участие в решении вопросов опеки указанных лиц;
- проводят консультации по правовым вопросам;
- осуществляют социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами;
- организуют обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;
- оказывают психиатрическую помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.

Основное учреждение, оказывающее психиатрическую помощь, – психоневрологический диспансер, задачи которого:

- выявление среди населения больных с нервно-психическими нарушениями, взятие их на учёт, динамическое наблюдение и лечение;
- социально-медицинский патронаж;

- социальная помощь больным;
- трудовое обучение и трудоустройство больных с остаточной трудоспособностью (совместно с органами социальной защиты);
- судебно-психиатрическая, трудовая, военная и другие виды экспертиз;
- профилактическая работа; консультативная помощь врачам общей лечебно-профилактической сети.

Психиатрическая больница является лечебно-профилактическим учреждением, осуществляющим стационарное обследование, лечение и социально-трудовую реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

Основные задачи и функции психиатрической больницы:

1. Оказание специализированной высококвалифицированной лечебно-диагностической и социально-восстановительной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, в условиях стационара.

2. Проведение стационарной судебно-психиатрической, военно-врачебной, врачебно-трудовой и других видов экспертиз лицам с психическими расстройствами.

3. Осуществление, по решению суда, принудительного лечения психических больных, совершивших общественно опасные деяния.

4. Обеспечение преемственности с психоневрологическими диспансерами и другими учреждениями в лечении и социально-трудовой реабилитации психически больных.

5. Освоение и внедрение в практику новых организационных форм, современных средств и методов диагностики и лечения психических заболеваний, а также социально-трудовой реабилитации психически больных, основанных на достижениях науки, техники и передового опыта учреждений здравоохранения.

Для осуществления полноценного обследования, лечения и социально-трудовой реабилитации больных в составе психиатрической больницы организуются лечебные, лечебно-диагностические, экспертные, лечебно-восстановительные и другие отделения, подразделения и службы.

Кроме стационарной помощи организуется внебольничная психиатрическая помощь, в том числе неотложная помощь, организуемая, как правило, при городском или областном психоневрологическом диспансере. В небольших городах и в сельской местности её оказывают районные психоневрологические диспансеры и лечебные учреждения общесоматической сети.

В неотложной помощи нуждаются лица при психомоторном возбуждении, а также при незавершённом суициде. В состоянии психомоторного возбуждения больные обычно агрессивны, гневливы, насторожены, не спят, мечутся, совершают неожиданные поступки, стремятся куда-то бежать, выпрыгнуть в окно, наносят самоповреждения. Психомоторное возбуждение может возникать при галлюцинаторно-бредовом состоянии, помрачённом сознании, а также при мании и ажитированной депрессии.

Особого внимания требуют состояния эпилептического возбуждения, протекающие с аффектом злобы и агрессивно-разрушительными действиями. Возбуждение у психопатов более целенаправленно и зависит от тех или иных установок; больные раздражительны, грубы, проявляют агрессию в отношении лиц, с которыми ранее вступали в конфликт, не только сами нарушают покой окружающих, но и подстрекают к этому других людей.

Больные, находящиеся в состоянии острого психомоторного возбуждения, подлежат срочной госпитализации в психиатрическую больницу.

С практической социальной работой непосредственно связан вопрос о применении клиентами психотропных медицинских препаратов. По мнению специалистов существует три категории психотропных медицинских препаратов: 1. лекарства, снимающие беспокойство, а также успокоительные и гипнотические средства (например, седуксен); 2. успокоительные средства, которые используются при лечении более серьёзных случаев депрессивного состояния человека; 3. антипсихотики и противоманиакальные препараты для терапии серьёзных психических заболеваний. Практика показывает, что клиентами социальных служб, чаще всего, оказываются люди, принимающие препараты первой и второй указанных категорий.

Социальные работники, которые непосредственно занимаются с психическими больными людьми, могут определить степень риска возникновения побочного эффекта при применении того или иного препарата, с той или иной степенью точности определить не только физическое состояние клиента, но и изменения в его социальной жизнедеятельности.

Социальные работники могут оценить социальные, физические и психические последствия применения психотропных препаратов для клиента и для его семьи. Для некоторых клиентов использование таких препаратов является своего рода защитой, которая помогает им избежать всякой ответственности за свои действия. Для других такие препараты являются реальной помощью. Однако не-

которые клиенты начинают считать себя деградирующими и ущербными личностями.

Очень важным моментом является осознание психологического воздействия психотропных препаратов. Социальный работник может посоветовать одним клиентам продолжить применение препаратов, а другим – прекратить их использование или внести некоторые коррективы в процесс лечения. Клиентам нужно объяснить, что любое лекарство – это не панацея от всех недугов. В тоже время клиенты должны знать, что действие лекарств во многом зависит от наблюдения и контроля за возможными побочными эффектами, от соблюдения правил их применения.

В практической социальной работе исходят из того, что, хотя препараты могут улучшать состояние психически больных людей, они не в силах излечить болезнь и восстановить здоровье людей в той степени, которая необходима для того, чтобы они смогли работать, обслуживать себя, полноценно общаться с окружающими. Наилучший результат может быть получен, если, помимо лекарств, будет проводиться определенная психосоциальная терапия, например, обучение клиентов различным навыкам, в том числе и общения с членами семьи, соседями.

Основной причиной привлечения социальных работников в сферу социально-медицинской работы с клиентами психиатрического профиля является то, что такие больные люди очень чувствительны к влиянию окружающих. Повышение приспособляемости клиентов психиатрического профиля к окружающему их миру способствует более эффективному лечению психотропными медицинскими препаратами.

Обратим внимание и на то, что в практике специализированных психиатрических бригад иногда встречаются случаи, когда родственники отказываются госпитализировать больного. У некоторых родственников эти отказы обусловлены отсутствием убежденности в эффективности медицинской помощи. В таких случаях больного госпитализируют без согласия родственников.

Терапевтическое воздействие занятости больных с отдаленными последствиями заболеваний имеет в большей степени не клинический, а социальный характер. Иначе говоря, терапия занятостью в условиях психоневрологических интернатов направлена на восстановление утраченных (либо формирование новых) трудовых и коммуникативных навыков, на поддержание или формирование активного образа жизни, поэтому наиболее широко используют хозяйственно-бытовой труд, стимулирующий самообслуживание и неформальные контакты.

В психоневрологических интернатах в основном проживают люди с длительно протекающими хроническими заболеваниями как эндогенного, так и любого другого характера. Самой многочисленной является группа больных олигофренией (41 %). Второе место по численности занимают больные шизофренией (15 %), третьё – сосудистой деменцией (18 %). Эпилепсией болеют 6 % проживающих, а другие виды деменции (травматического, инфекционного, интоксикационного генеза) составляют 5 %.

Наиболее актуального решения требует проблема ухода за неизлечимыми психическими больными. Следует использовать только персонал, подготовленный психологически для такой работы. Очень важны личные качества: умение сочувствовать, доброта, терпение и тактичность. Нередко отсутствие таких качеств может привести к профессиональной непригодности.

Итак, основные социально-медицинские проблемы пациентов с психическими расстройствами:

- трудности в диагностике пограничных состояний;
- несовершенство медицинских технологий лечения больных с психическими заболеваниями;
- широкое распространение психических расстройств среди населения;
- высокая степень инвалидизации психических заболеваний;
- социальная дезадаптация широких слоев населения;
- личностные проблемы заболевшего (реакция личности на временную утрату дееспособности, реакция на информацию о неизлечимости заболевания);
- межличностные (семейные проблемы, взаимоотношения в семье между её членами и др.);
- макросоциальные (утрата престижной работы, смена профессии, утрата работоспособности и пр.).

Оказание психоневрологической помощи городскому населению строится по территориально-участковому принципу, что обеспечивает постоянную связь диспансера с другими лечебно-профилактическими учреждениями. В сельской местности за больными с нервно-психическими заболеваниями наблюдает сельский участковый врач под контролем районного психоневролога. В областном психоневрологическом диспансере к каждому психиатру прикреплены определённые районы области для предоставления консультативной помощи.

Для определения страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также

для решения вопроса о виде такой помощи проводится психиатрическое освидетельствование. Освидетельствование, а также профилактический осмотр проводится по просьбе или с согласия обследуемого (родителей ребёнка или законного представителя обследуемого).

Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжёлого психического расстройства, которое обуславливает:

- его непосредственную опасность для себя или окружающих;
- его беспомощность, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;
- существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Поставить диагноз психического заболевания, т. е. назвать человека психически больным, может только врач-психиатр. Мнения других врачей могут быть только предварительными. Направить больного на консультацию к врачу-психиатру может врач любой специальности.

Необходимость диспансерного наблюдения определяет комиссия врачей-психиатров, специально назначенная органом здравоохранения или специализированного амбулаторного учреждения (поликлиники, диспансера). Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжёлыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. Прекращают диспансерное наблюдение при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния наблюдаемого лица. После прекращения диспансерного наблюдения амбулаторная психиатрическая помощь оказывается в консультативно-лечебном виде. Диспансерное наблюдение может быть возобновлено по решению комиссии врачей-психиатров.

Основанием для госпитализации в психиатрический стационар является наличие у человека психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях при согласии самого пациента, постановление суда, необходимости психиатрической экспертизы (в законном порядке). Согласие на госпитализацию оформляется подписью в медицинской документации самого больного или его представителя

(в случае, если пациенту не исполнилось 15 лет или он недееспособен, подпись ставят родители или законные представители).

Стационарная помощь оказывается при минимальных ограничениях для больного и при соблюдении персоналом его прав и интересов. Меры физического стеснения и изоляции (фиксация к кровати, ограничение движений) применяются только в тех случаях, когда, по мнению психиатра, иными действиями невозможно предотвратить действия больного, представляющие непосредственную опасность для него самого, персонала и других больных. О формах стеснения и времени его применения должна быть сделана запись в медицинской документации.

Выписывают пациентов, находящихся на лечении, в добровольном порядке, на основании их заявления (заявления законного представителя) или решения лечащего врача в случае выздоровления (улучшения), при котором больше не требуется стационарного лечения, при завершении обследования и экспертизы. Но даже если пациент помещён в психиатрический стационар добровольно, в выписке ему может быть отказано, если комиссия врачей-психиатров установит основания для госпитализации в недобровольном порядке.

Лечение без согласия пациента осуществляется в рамках Федерального закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» (статья 13). Оно может быть назначено только комиссией врачей-психиатров, кроме неотложных состояний (например, в случае острого психоза).

Принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, по основаниям и в порядке, установленным уголовным и уголовно-процессуальным кодексом.

Лица, госпитализированные принудительно (без его согласия или согласия его представителей) подлежат обязательному освидетельствованию комиссией психиатров в течение 48 часов для решения вопроса обоснованности госпитализации. При отсутствии оснований для госпитализации и нежелании больного остаться в стационаре он немедленно должен быть выписан из психиатрического стационара.

Если же оснований для госпитализации достаточно, то заключение комиссии психиатров в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения психиатрической больницы. Судья обязан рассмотреть дело в течение 5 дней с момента принятия заявления

(в помещении суда или в больнице, если пациент по состоянию здоровья не может быть в суде). Постановление суда об удержании пациента в больнице может быть обжаловано в 10 дневной срок самим лицом или его представителем.

Основанием для помещения лиц в психоневрологические учреждения для социального обеспечения являются личное заявление лица, страдающего психическим расстройством, и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра, а для несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, – решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра.

Орган опеки и попечительства обязан принимать меры для охраны имущественных интересов, помещаемых в психоневрологические учреждения для социального обеспечения (статья 41).

Администрация психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения обязана не реже одного раза в год проводить освидетельствование лиц, проживающих в нём, врачебной комиссией с участием врача-психиатра с целью решения вопроса об их дальнейшем содержании в этом учреждении, а также о возможности пересмотра решений об их недееспособности (статья 43).

Теперь рассмотрим содержание социально-медицинской работы с клиентами психиатрического профиля профилактической и патогенетической направленности.

1. Социально-медицинская работа профилактической направленности:

- ▶ укрепление психического здоровья и формирование психической культуры у населения;

- ▶ развитие в обществе института психологической помощи (широкое проведение в различных группах населения тренингов общения, формирование коммуникативных навыков, совместный поиск путей выхода из трудной жизненной ситуации и др.);

- ▶ содействие в формировании и организации трудовой и досуговой деятельности детей и подростков, лиц старшей возрастной группы;

- ▶ мероприятия по борьбе с алкоголизмом и наркоманией как одной из причин психоневрологических нарушений у взрослых и их потомства.

2. Социально-медицинская работа патогенетической направленности:

- ▶ анализ проблемы (выявление проблемного поля клиента);
- ▶ привлечение психологов и психиатров к проблемам клиента, совместный поиск путей их решения;
- ▶ оказание помощи в проведении медико-социальной экспертизы;
- ▶ помощь в социальной адаптации после прохождения курса лечения;
- ▶ социально-медицинский патронаж;
- ▶ психологическое и правовое консультирование клиента и его ближайшего окружения;
- ▶ содействие в помещении клиента в специализированные учреждения закрытого и открытого типа;
- ▶ организация психологической поддержки клиента ближайшим окружением.

Тема 19. Неправительственные организации в социально-медицинской работе с уязвимыми группами населения

Современная парадигма социальной работы рассматривает её как многосубъективную деятельность, характеризующуюся активным участием (наряду с государством) общественных и благотворительных организаций в решении социальных проблем населения, и, прежде всего, его «ослабленных», слабо социально защищённых социальных слоёв и групп, отдельных индивидов. В последние годы наблюдается значительный рост числа общественных и благотворительных организаций, активизация их участия в осуществлении мероприятий по социальной защите населения, оказанию различных видов социально-медицинской помощи населению.

Данная тенденция свидетельствует о существенных изменениях в общественном сознании членов общества. Появляется осознание значительности личного участия в улучшении материального и духовного благосостояния людей. Деятельность общественных и благотворительных организаций – это проявление, в ответ на реалии социально-экономической ситуации в стране, состояние системы социальной защиты населения и её проблемы, стремления оказать в том числе и социально-медицинскую помощь людям, находящимся в трудной жизненной ситуации.

Неправительственные организации (НПО) представляют собой некоммерческие организации, созданные гражданами на добровольной основе для достижения ими общих целей, не противоречащих законодательству, являющихся одним из механизмов

регулирования общественных отношений, выполняющих роль посредников между государством и гражданами в решении социальных проблем, вопросов формирования гражданского общества. Деятельность НПО направлена в конечном счете на развитие гражданской инициативы, повышения роли общественных организаций в решении социальных проблем, достижении устойчивого развития общества.

Основные направления деятельности неправительственных организаций: экологическое; детское и молодёжное; женское (гендерное); медицинское; в области культуры, искусства, науки, образования; правозащитное; по поддержке общественных инициатив; многопрофильное; общества инвалидов; по социально-медицинской реабилитации детей-инвалидов и т. д.

Основополагающим нормативно-правовым актом, регулирующим деятельность неправительственных организаций, являются Федеральный закон РФ «Об общественных объединениях» (1995 г.), ФЗ РФ «О некоммерческих организациях» (1995 г.), ФЗ РФ «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» (1995 г.). В этих законах определены конкретные формы деятельности общественных организаций, сформулированы их цели и задачи в области социальной защиты населения.

Практика социального сотрудничества государства с неправительственными, некоммерческими организациями становится важным условием активизации их роли в решении задач социальной защиты населения, позволяет сделать социально-медицинскую работу более результативной, расширить их материальные, кадровые и финансовые возможности, сконцентрировать общественное мнение на актуальных проблемах социальной защиты.

Опыт деятельности неправительственных организаций показал, что общественные некоммерческие организации и объединения оказывают значительное влияние на улучшение положения различных категорий населения. Неправительственные, некоммерческие организации совместно с государственными структурами участвуют в выполнении федеральных и региональных программ в интересах семьи, организуют работу по сбору и распространению средств гуманитарной помощи среди населения, оказывают помощь в обследовании семей «социального риска», активно участвуют в праздниках и благотворительных мероприятиях.

Одной из наиболее известных неправительственных организаций России является Всероссийское общество слепых (ВОС). Эта организация основана на членстве незрячих граждан РФ – инвали-

дов I и II групп по зрению и создана для защиты их прав и интересов, социальной поддержки, реабилитации, социальной интеграции и содействия обеспечению равных возможностей.

Самая крупная по численности в стране общественная организация инвалидов боевых действий – Общероссийская общественная организация инвалидов войны в Афганистане – создана в 1991 году. Она имеет свои региональные отделения в 65 субъектах Российской Федерации.

Главная цель организации – объединение усилий ветеранов афганской войны для осуществления эффективной социальной защиты и реабилитации тех, кто остался в живых, но пострадал при исполнении воинского долга.

Благотворительный Фонд «Анти-СПИД» работает с мая 1995 года. Главной целью деятельности Фонда является содействие выработке и внедрению новых подходов в решении проблем профилактики ВИЧ-инфекции, оздоровлению и социальной реабилитации ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом граждан.

В 1990 году была создана гуманитарная благотворительная организация «Международное общественное объединение «Международный женский центр «Будущее женщины». Деятельность Центра направлена на создание эффективного механизма улучшения социального и психологического положения женщин, на укрепление престижа и роли семьи в обществе и государстве, на защиту материнства и детства. Во внимании Центра находятся задачи социальной сферы: оказание материальной, медицинской и других видов помощи незащищённым слоям населения (детям-сиротам, инвалидам, престарелым, беженцам, малоимущим, подросткам, находящимся в кризисной ситуации).

Российская ассоциация «Планирование семьи» (РАПС) – одна из общественных добровольческих организаций, работающая на территории Российской Федерации, чья деятельность направлена на сохранение и улучшение репродуктивного здоровья населения; пропаганду здорового образа жизни; формирование ответственного отношения к рождению и воспитанию детей; укрепление престижа родительства и семьи в обществе. Организация была создана в 1991 году. РАПС создала на территории РФ 48 отделений и сумела объединить на общественных началах в регионах усилия людей разных специальностей, заинтересованных в улучшении здоровья населения страны и решении социальных проблем.

С 1993 года организация является членом Международной федерации планирования семьи. На протяжении многих лет она ак-

тивно сотрудничает с Фондом ООН по народонаселению, Всемирной организацией здравоохранения и другими международными организациями. С 1993 года РАПС издаёт журнал «Планирование семьи», освещающий научно-практические достижения по проблеме в стране и за рубежом.

Общественная организация «Орден милосердия и социальной защиты» – неправительственная организация существует с 1989 года – разрабатывает и осуществляет деятельность по самым трудным направлениям благотворительности: беженцам, бомжам, детям-сиротам, детям-беженцам, инвалидам. Проводит большую миротворческую работу, помогая пострадавшим в экстремальных ситуациях, а также детям-сиротам, матерям-одиночкам и другим категориям социально-незащищённых слоёв населения. «Орден Милосердия» постоянно работает в «горячих точках», занимается проблемой освобождения заложников и пропавших без вести. С 2001 года «Орден милосердия» издаёт газету для детей и подростков «Обратная связь – XXI век».

Благотворительная организация «Преображение» официально зарегистрирована в 2001 году и на сегодняшний день включает в себя 292 учреждения разной социальной направленности, действующих в 192 городах Российской Федерации, а также более 10 учреждений за рубежом. В ноябре 2008 года организация получила общероссийский статус с наименованием «Преображение России».

Организация является некоммерческой, внебюджетной, не зависимой ни от каких светских, политических, или религиозных структур. Действует на принципах идеологической и хозяйственной самостоятельности. Организация сотрудничает с органами государственной власти и местного самоуправления, а также с общественными, политическими, религиозными объединениями, другими частными или юридическими лицами, преследующими созидательные для России общественно-полезные цели: социального, культурного, образовательного или благотворительного характера. Ежегодно в организацию обращаются за помощью десятки тысяч людей, находящихся в противоречии с моралью общества и оказавшиеся в трудной жизненной ситуации.

Целями организации являются развитие благотворительности и милосердия в России, популяризация христианского сознания и ценностей в обществе, а также противодействие пагубным и чуждым движениям и тенденциям, разрушающим российское общество и унижающим нашу Родину. Для осуществления своих целей, организация в установленном законом порядке создает бесплатные

благотворительные реабилитационные и адаптационные центры, социальные гостиницы и другие учреждения стационарного типа.

«Преображение России» разработала и успешно осуществляет программу «Нравственное воспитание, духовное становление, моральная и социальная поддержка граждан России». Организация оказывает помощь беспризорным детям и трудновоспитуемым подросткам; осуществляет реабилитацию людей находящихся в зависимости от наркотических веществ и алкоголя, а также освободившихся из мест заключения и участников боевых действий; содействует социально неблагополучным категориям граждан.

Внутреннее восстановление проблемных людей достигается путём смены мировоззрения и привития им здравого смысла и добрых нравов, основанных на христианской морали, которая включает в себя: открытость, искренность, добросовестность, порядочность, отсутствие лицемерия, бескорыстие и справедливость. Человек, меняя негативный круг общения, попадает в морально устойчивую среду, ведет упорядоченный образ жизни, придерживаясь общепринятых принципов и норм поведения. Внешнее восстановление выражено в предоставлении первой доврачебной и санитарной помощи; в предоставлении крова, одежды, пропитания; в урегулировании отношений с правоохранительными органами; в юридической помощи; в восстановлении отношений с родственниками; в специализированном медицинском обследовании и помощи в прохождении лечения; в восстановлении документов, создании семьи, трудоустройстве на работу; в привлечении к активному участию в деятельности данной организации.

Результатом социальной реабилитации должно стать обретение человеком навыков, качеств и способностей, делающих его личностью положительно воспринимаемой обществом. В человеке вырабатываются моральные принципы и нравственные нормы поведения, а также способность влиять на людей «находящихся в пороках и помогать им измениться в лучшую сторону». Человек не просто восстанавливается физически и духовно, не только обретает отношения с близкими и устраивает свою личную жизнь, но и проявляет активную гражданскую позицию, участвуя в делах милосердия и благотворительной деятельности.

СПИСОК ОСНОВНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Артюнина Г. П. Основы социальной медицины: Учебное пособие для вузов. – М.: Академический проект, 2005.
2. Герасименко Н. Ф., Максимов Б. П. Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан. Комментарии, основные понятия, подзаконные акты. – М.: Изд. дом «ГЭОТАР-МЕД», 2001.
3. Здоровье и здравоохранение в условиях рыночной экономики / Отв. ред. Л. С. Шилова, Л. В. Ясная. – М., 2000.
4. Кургузов В. Т. Социально-медицинские аспекты работы с населением групп риска. – М., 2000.
5. Лекции по технологии социальной работы. Часть II. – Москва, 1998.
6. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. – М., 2002.
7. Лучкевич В. С. Основы социальной медицины и управления здравоохранением: Учебное пособие. – СПб., 1997.
8. Мартыненко А. В. Теория медико-социальной работы: Учебное пособие. – М.: МГСА, 2002.
9. Медико-социальная помощь / Российская энциклопедия социальной работы. М., 1997.
10. Медико-социальная работа / Российская энциклопедия социальной работы. М., 1997.
11. Основы социальной работы / Под. ред. П. Д. Павленок. – М.: Инфра-М, 2002.
12. Основы социально-медицинской работы: Учебное пособие / отв. ред. Е. А. Сигуда. – М.: ГАСБУ, 1998. Вып. 1.
13. Протасов В. Ф. Экология, здоровье и охрана окружающей среды в России: Учебное пособие. – М., 2000.
14. Разумникова О. М. Социальные и биологические основы здоровья: Учебное пособие. – Новосибирск: Изд-во НТГУ, 2001.
15. Социальная работа в учреждениях здравоохранения. – М., 1992.
16. Социальная работа: Учебное пособие / Под общ. ред. В. И. Курбатова. – Ростов н/Д: Феникс, 2003.
17. Тен Е. Е. Основы социальной медицины: Учебное пособие. – М.: ФОРУМ: Инфра-М, 2003.
18. Тетерский С. В. Введение в социальную работу: Учебное пособие. – М.: Академический проспект, 2003.
19. Технологии социальной работы: Учебник / Под общ. ред. Е. И. Холостовой. – М.: ИНФРА-М, 2003.

20. Холостова Е. И. Социальная работа с пожилыми людьми: Учебное пособие. – М.: Изд.-торг. корп-ция «Дашков и К^о», 2002.
21. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация: Учебное пособие. – М.: Изд.-торг. корпорация «Дашков и К^о», 2003.
22. Черновитов Е. В. Социальная медицина: Учебное пособие. – М., 2003.

СПИСОК ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

Алиев А. Ф. К вопросу об интегральном критерии общественного здоровья // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – № 4. – С. 20–22.

Амиров Н. Х. От медицинской этики к медицинской биоэтике // Проблемы социальной гигиены и организации здравоохранения и истории медицины. – 1993. – № 9. – С. 5–9.

Апанасенко Г. Л., Попова Л. А. Медицинская валеология / Серия «Гиппократ». – Ростов н/Д.: Феникс, 2000.

Архангельский Е. Ф., Демидов Н. А. Проблемы здоровья и здравоохранения // Здравоохранение РФ. – 1997. – № 4. – С. 23–25.

Барсукова Н. К. Медико-социальные аспекты формирования здоровья в современных условиях // Здравоохранение РФ. – 1996. – № 1. – С. 30–33.

Блинков Ю. А., Игнатьева С. А., Горшунова Н. К. Трудовая и медицинская реабилитация детей и подростков с ограниченными возможностями. – М.: Просвещение, 2002.

Бондарь Л. П. Особенности наблюдения и ухода за пациентами пожилого и старческого возраста // Медицинская помощь. – 1999. – № 1. – С.41–44.

5. Брег С. Здоровье и долголетие. – М., 1996.

6. Галинская Л. А., Романовский В. Е. Первая помощь в ожидании врача. – Ростов н/Д: Феникс, 2000.

7. Герасимов В. Н., Артюшенко Ю. В. и др. Реабилитация онкологических больных. – М: Медицина, 1988.

8. Гридин Л. А. Общественное здоровье как показатель благополучия и стабильности общества // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – № 3. С. 9–13.

Дементьева Н. Ф., Подкорытов А. В. Медико-социальная помощь лицам пожилого и старческого возраста. – Красноярск: КрасМГА, 2003.

9. Дмитриевский А. А. СПИД: приговор отменяется. – М.: ООО «Издательство «Олимп», 2003.

Дыскин А. А., Танюхина Э. И. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан. – М.: ЛОГОС, 1996.

Зарубежный и отечественный опыт социальной работы. – М.: СТИ, 1999.

10. Здоровье и здравоохранение: проблемы и перспективы / Ред. О. П. Щепина. – М., 1991.

Иванов В. В. Наркологическая служба и профилактика наркотизма // Вопросы наркологии. – 1990. – № 2. – С. 44–48.

11. Иванюшкин А. Я. Медицинская этика или биоэтика // Медико-фармацевтический вестник. – 1997. – № 1. С. 54–59.

12. Игнатенко Е. Хоспис – особая философия // Социальная защита. – 2003. – № 11.

13. Козина Г. Ю. Здоровый образ жизни студенческой молодежи: реальность и перспективы. – Пенза: ПГПУ, 2009.

14. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации № 1387 от 05.11.1997.

15. Комысова Н. А., Лебединская О. И. О роли социальных работников в решении медико-социальных проблем // Социальная работа. – 1992. – № 1.

16. Копыт Н. Я., Сидоров П. И. Профилактика алкоголизма. – М.: Медицина, 1986.

17. Крылова О. Социальные проблемы – СПИД и молодежная наркомания // Социальная работа глазами студентов. – М., 1998.

18. Кургузов В. Т. Социально-медицинские аспекты работы с населением групп риска. – М., 2000.

19. Кучма В. Р. Подходы к прогнозированию состояния здоровья различных групп населения // Гигиена и санитария. – 1994. – № 5. С. 53–56.

20. Кучма В. Р., Донцов В. И., Кожин А. А. Этапы жизнедеятельности человека и медицинские услуги в разные возрастные периоды. – М.: Мастерство, 2002.

21. Куценко Г. И. Совершенствование системы гигиенического обучения и воспитания контингентов населения // Гигиена и санитария. – 1999. – № 3. – С. 72–74.

22. Лисицын Ю. П. Образ жизни и здоровье населения. – М., 1982.

23. Лисицын Ю. П., Сахно А. В. Здоровье человека – социальная ценность. – М.: Мысль, 1988.

24. Лубовский Д. В. Алкоголизация и употребление наркотических средств // Практическая психология образования. – М., 2000.

25. Максимова Т. М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. – М.: ПЕР СЭ, 2002.

26. Марков В. В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней. – М.: Академия, 2001.
27. Медведева Г. П. Этика социальной работы. – М., 1999.
28. Миллионщикова В. В. Хоспис – перспективы развития // Российский медицинский журнал. – 1998. – № 1. С. 56–59.
29. Москаленко В. Д. Программы социальной работы с семьями больных алкоголизмом. – М.: Центр Общечеловеческих ценностей, 1992.
30. Никифоров Г. С. Психология здоровья: Учебник для вузов. – СПб.: Питер, 2006.
31. Онищенко Г. Г. О некоторых мерах по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в РФ // Здравоохранение РФ. – 2006. – № 2.
32. Петров С. В., Бубнов В. Г. Первая помощь в экстремальных ситуациях: Практическое пособие. – М.: НЦ ЭНАС, 2000.
33. Покровский В. В., Ермак Т. Н., Беляева В. В. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000.
34. Проскуракова Л. А. Некоторые аспекты состояния здоровья студентов высших учебных заведений // Здравоохранение РФ. – 2006. – № 5.
35. Профилактика ВИЧ/СПИДа: Методическое пособие для специалистов, работающих с молодежью / Е. Л. Имеева, С. С. Баглаева, З. Б. Михайлова и др. – Улан-Удэ, 2002.
36. Раднаева Д. Б. Социальные факторы здоровья: теория и методология изучения: учебно-методическое пособие. – Новосибирск: НГУ, 1997.
37. Решетников А. В. Социология медицины: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
38. Симюанова И. В. Биоэтика в России: Учебное пособие. – М.: Греть, 2001.
39. Сирота Н. А. Что происходит с профилактикой зависимости от наркотиков и других психоактивных веществ сегодня // Социальная профилактика и здоровье. – 2003. – № 1. – С. 4–9.
40. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Профилактика наркомании и алкоголизма. – М.: Академия, 2003.
41. Современные технологии реабилитации в педиатрии. – М.: Изд-во «ЛЮ Московия», 2003.
42. Социальная энциклопедия / Редкая А. П., Горкин Г. Н., Кагульская Е. Д. и др. – М.: БРЭ, 2000.
43. Социокультурная реабилитация инвалидов: методические рекомендации. – М., 2002.

44. Стародубов В. И., Таранов А. М., Гончаренко В. Л. и др. Актуальные вопросы организации здравоохранения и обязательного медицинского страхования в современных социально-экономических условиях. – М.: Федеральный фонд ОМС, 1999.
46. Тишук Е.А., Щепин В.О. Преждевременная смертность и её предотвратимость // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – № 3. С. 14–18.
47. Тугаров А. Б., Целина М. Э., Лаврёнова Т. И. Социально-медицинская помощь населению: вопросы теории, технологии, подготовки специалистов. – Пенза: ПГПУ, 2005.
48. Ураков И. Г. Алкоголь: личность и здоровье. – М.: Медицина, 2001.
49. Храпылина Л. П. Основы реабилитации инвалидов. – М., 1996.
50. Цветкова И. В. Здоровье как жизненная ценность подростка // СОЦИС. – 2005. – № 11.
51. Чернова О. В. Уход за онкологическими больными. – Ростов н/Д, 2002.
52. Шиган Е. Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях. – М.: Медицина, 1986.
53. Щепин О. П. О роли ценностей в формировании политики здравоохранения // Здравоохранение РФ. – 2000. – № 1. – С. 9–12.
54. Яровский М. Я. Размышления о морали, этике, биоэтике // Медицинская помощь. – 1999.
55. Ястребов Г. С. Безопасность жизнедеятельности и медицина катастроф. – Ростов н/Д: Феникс, 2002.

МАТЕРИАЛЫ СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ

Тема 1. Социально-медицинская работа в учреждениях здравоохранения, в различных центрах, организациях и учреждениях социальной сферы.

План семинара

1. Различные аспекты взаимоотношений социальной работы и здравоохранения.
2. Роль и задачи социальной работы в практике здравоохранения.
3. Основные направления деятельности социального работника в практике здравоохранения.
4. Базовая модель социально-медицинской работы.
5. Социально-медицинская работа с группами повышенного риска.

Темы рефератов для обсуждения

1. Социально-медицинские аспекты деятельности специалиста по социальной работе.
2. Сравнительный анализ социально-медицинской работы в России и за рубежом.
3. Социально-медицинские программы неправительственных организаций.
4. Социально-медицинские аспекты организации охраны материнства и детства в России.
5. Социально-медицинские проблемы юного материнства.

Вопросы для самоконтроля

1. Раскройте содержание понятия «социально-медицинская работа».
2. В чём заключается особенность социально-медицинской работы?
3. Назовите принципы организации социально-медицинской работы.
4. В каких учреждениях социального обслуживания осуществляется социально-медицинская работа?
5. Назовите направления деятельности социально-медицинской работы с различными группами населения.

6. Раскройте содержание понятие «социально-медицинский патронаж».

7. Перечислите задачи и функции социально-медицинской работы.

8. На основании каких научно-теоретических положений строится базовая модель социально-медицинской работы?

9. Перечислите основные мероприятия социально-медицинской работы профилактической направленности при работе с группами повышенного риска.

10. Перечислите основные мероприятия социально-медицинской работы патогенетической направленности при работе с группами повышенного риска.

Тема 2. Социально-медицинская профилактика заболеваемости населения.

План семинара

1. Понятие первичной и вторичной профилактики заболеваний.

2. Роль питания в формировании здоровья населения.

3. Организация санитарно-просветительской деятельности.

4. Первичная медико-социальная помощь населению в условиях обязательного медицинского страхования.

Темы рефератов для обсуждения

1. Роль специалиста по социальной работе в профилактике социально-значимых заболеваний.

2. Роль специалистов социальной сферы в профилактике детского травматизма.

3. Влияние социальных условий и факторов на здоровье человека.

4. Роль специалиста по социальной работе в формировании здорового образа жизни.

Вопросы для самоконтроля

1. Раскройте содержание понятий «профилактика», «первичная профилактика», «вторичная профилактика».

2. Раскройте содержание понятий «общественная профилактика», «индивидуальная профилактика».

3. Раскройте содержание профилактической работы центра медицинской профилактики и центра по профилактике и борьбы со СПИДом.
4. Перечислите основные виды травматизма.
5. Какие мероприятия социально-медицинской работы профилактической направленности можно отнести к профилактике детского травматизма?
6. Какие мероприятия социально-медицинской работы патогенетической направленности можно отнести к профилактике детского травматизма?
7. Назовите социально-медицинские проблемы травматизма.
8. Назовите слагаемые экономической эффективности профилактических мероприятий.
9. Какие методы санитарного просвещения способствуют эффективности социально-медицинской профилактической работы?
10. Назовите основную цель санитарного просвещения.

Тема 3. Социально-медицинская работа с пожилыми людьми.

План семинара

1. Социально-медицинские потребности пожилых людей.
2. Особенности стареющего организма. Соматические болезни пожилого возраста и особенности их лечения и профилактики.
3. Профилактика старения.
4. Психическая патология преклонного возраста.

Темы рефератов для обсуждения

1. Особенности социально-медицинского обслуживания пожилых людей на дому.
2. Организация социально-медицинской помощи пожилым и престарелым людям.
3. Организация социально-медицинской помощи пожилым в сельской местности.
4. Сравнительный анализ оказания социально-медицинских услуг в России и за рубежом.

Вопросы для самоконтроля

1. Назовите и дайте характеристику социально-медицинским проблемам пожилых людей.

2. Охарактеризуйте особенности социально-медицинской работы с лицами предпенсионного и пенсионного возраста.
3. Раскройте содержание психопрофилактической работы с пожилыми людьми.
4. Назовите причины социальной адаптации пожилых людей к посттрудовому периоду.
5. Перечислите основные учреждения стационарной и внебольничной формы социально-медицинской помощи лицам старших возрастов.
6. Дайте характеристику организации социально-медицинской помощи сельскому населению.

Тема 4. Социально-медицинская работа с онкологическими больными.

План семинара

1. История и современное состояние проблемы онкологических заболеваний: течение, диагностика, лечение, профилактика.
2. Паллиативная помощь. Хосписы и их связь с паллиативной помощью.
3. Медико-социальная экспертиза онкологических больных.
4. Социально-медицинская реабилитация онкологических больных.

Темы рефератов для обсуждения

1. Социально-медицинские проблемы лиц со злокачественными новообразованиями.
2. Основные направления социально-медицинской реабилитации онкологических больных.
3. Психотерапевтический подход к онкологическим больным.
4. Социально-медицинский уход за онкологическими больными.

Вопросы для самоконтроля

1. Назовите социально-медицинские проблемы, связанные с диагностикой, лечением и профилактикой онкологических заболеваний.
2. Перечислите известные в настоящее время факторы риска онкологических заболеваний.

3. В чём заключается содержание социально-медицинской работы профилактической направленности с онкологическими больными?

4. Расскажите об организации социально-медицинской работы с семьями онкологических больных.

5. Назовите основные направления социально-медицинской реабилитации онкологических больных.

6. Охарактеризуйте организацию социально-медицинской помощи инкурабельным больным в современной России.

7. Охарактеризуйте содержание профессиональной деятельности социального работника в хосписе.

Тема 5. Социально-медицинская реабилитация ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом.

План семинара

1. История и современное состояние проблемы ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом: способы распространения, течение, диагностика, лечение, профилактика.

2. Задачи социальной работы, базовые знания, этические принципы и умения, необходимые социальным работникам при работе с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом.

3. Междисциплинарный подход к профилактике распространения ВИЧ-инфекции, к тестированию на ВИЧ-инфекцию и консультированию.

Темы рефератов для обсуждения

1. Современное состояние проблемы ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом в России и Пензенской области.

2. Социально-медицинская реабилитация ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом.

3. Социально-медицинская работа с семьями ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом.

Вопросы для самоконтроля

1. Назовите основные социально-медицинские проблемы ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом.

2. Назовите пути передачи ВИЧ-инфекции.

3. В чём заключается опасность инкубационного периода ВИЧ?
4. Охарактеризуйте эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ/СПИД в России и Пензенской области.
5. Раскройте содержание психотерапевтической работы с ВИЧ-инфицированными клиентами.
6. Назовите этапы воздействия информационно-просветительской работы по ВИЧ/СПИД на поведение человека.
7. Перечислите основные принципы информационно-просветительской работы по ВИЧ/СПИД.

Тема 6. Социально-медицинская работа с лицами, страдающими алкоголизмом.

План семинара

1. История и современное состояние проблемы алкоголизма: причины, течение, стадии, диагностика, лечение, профилактика.
2. Возрастные и половые особенности течения алкоголизма.
3. Пьянство как предшественник алкоголизма. Симптоматический алкоголизм.
4. Организация социально-медицинской помощи лицам, страдающим алкоголизмом.

Темы рефератов для обсуждения

1. Социально-медицинские проблемы алкоголизма.
2. Роль специалиста по социальной работе в профилактике детского алкоголизма.
3. Социально-медицинская работа с алкоголиками, их семьями, алкогольными группами.

Вопросы для самоконтроля

1. Назовите причины алкоголизма.
2. Как в практической социальной работе классифицируется потребление алкоголя?
3. Каковы медицинские, социальные, социально-экономические последствия алкоголизма?
4. В чём заключается социально-медицинская профилактика алкоголизма?

Тема 7. Социально-медицинская работа с наркоманами, токсикоманами и табакокурильщиками.

План семинара

1. Классификация в практике социальной работы наркотиков и других токсических веществ.
2. Причины наркомании, токсикомании и табакокурения, их распространенность. Группы риска.
3. Прогноз, лечение, социально-медицинская реабилитация и профилактика наркомании, токсикомании, табакокурения.
4. Теория и практика социальной работы о мероприятиях по социальному оздоровлению общества.

Темы рефератов для обсуждения

1. Социально-медицинские проблемы наркомании, токсикомании и табакокурения.
2. Сравнительный анализ профилактической антинаркотической работы в России и за рубежом.
3. Методы социальной диагностики, профилактики подросткового наркотизма.
4. Роль семьи, школы и учреждений социальной защиты в решении социально-медицинских проблем наркомании, токсикомании и табакокурения.

Вопросы для самоконтроля

1. Раскройте содержание понятий наркомания и токсикомания.
2. В чём заключаются особенности наркотического опьянения?
3. Каковы социально-медицинские причины наркомании и токсикомании?
4. Назовите медицинские и социально-экономические последствия наркомании и токсикомании.
5. Назовите особенности социальной реабилитации несовершеннолетних наркоманов.
6. Что такое никотиновая зависимость?
7. Назовите причины курения?
8. Назовите медико-социальные последствия курения.

Тема 8. Социально-медицинская работа с инвалидами.

План семинара

1. Инвалидность. Виды инвалидности. Основные ограничения жизнедеятельности инвалидов.
2. Социально-медицинская реабилитация инвалидов. Индивидуальная программа реабилитации инвалида.
3. Характеристика организаций и учреждений, осуществляющих социально-медицинскую работу с инвалидами.

Темы рефератов для обсуждения

1. Основные направления социально-медицинской работы с инвалидами разных возрастов.
2. Методические особенности формирования индивидуальной программы реабилитации инвалидов.
3. Социальная адаптация детей-инвалидов средствами физической культуры и спорта.
4. Игровые физкультурные занятия как средство коррекции двигательных нарушений у детей-инвалидов.

Вопросы для самоконтроля

1. Перечислите и охарактеризуйте основные социально-медицинские аспекты инвалидности.
2. Назовите социальные и медицинские причины инвалидности.
3. Что такое медико-социальная экспертиза?
4. Назовите показания, необходимые для направления инвалида на медико-социальную экспертизу.
5. Что входит в задачи деятельности бюро медико-социальной экспертизы?
6. Перечислите и охарактеризуйте виды социально-медицинской реабилитации инвалидов.
7. Что означает «индивидуальная программа реабилитации»?
8. Какие социально-реабилитационные учреждения инвалидов вы знаете? В чём заключается их деятельность?
9. Какова роль специалиста по социальной работе в осуществлении программ реабилитации инвалидов?

Тема 9. Социально-медицинская работа с клиентами психиатрического профиля.

План семинара

1. Классификация в практической социальной работе психических болезней клиентов. Основные психиатрические заболевания. Причины психических заболеваний.
2. Отношение общества к психически больным. Отношение психически больных к обществу.
3. Методы психотерапевтического воздействия на клиентов учреждений социальной защиты.
4. Основные направления профессиональной деятельности специалиста по социальной работе с лицами, страдающими психическими заболеваниями.

Темы рефератов для обсуждения

1. Социально-медицинские проблемы пациентов с психическими расстройствами
2. Роль специалиста по социальной работе в реабилитации психически больных.
3. Социально-медицинские проблемы суицидального поведения клиентов социальных служб.

Вопросы для самоконтроля

1. Назовите причины психических заболеваний.
2. По какому принципу строится оказание психоневрологической помощи?
3. Каков порядок психиатрического освидетельствования клиента?
4. Каковы задачи психоневрологического диспансера?
5. Как осуществляется госпитализация клиента в психоневрологическую больницу?
6. В каких случаях применяется принудительное лечение пациентов?
7. Назовите основные социально-медицинские проблемы пациентов с психическими расстройствами.
8. Раскройте содержание социально-медицинской работы с клиентами психиатрического профиля профилактической и патогенетической направленности.

Примерный перечень вопросов к экзамену по дисциплине «Содержание и методика социально-медицинской работы»

1. Социально-медицинская работа как вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности.
2. Понятие, цель, объект и принципы социально-медицинской работы.
3. Направления деятельности в социально-медицинской работе.
4. Социально-медицинский патронаж как составная часть социально-медицинской работы.
5. Концепция социально-медицинской работы в Российской Федерации.
6. Нормативно-правовая база социально-медицинской работы.
7. Профилактическая и патогенетическая направленность базовой модели социально-медицинской работы.
8. Сравнительный анализ социально-медицинской работы в России и за рубежом.
9. Социально-медицинская работа в здравоохранении.
10. Функции и задачи социального работника в сфере здравоохранения.
11. Роль специалиста по социальной работе в профилактике социально значимых заболеваний.
12. Виды социально-профилактических мероприятий.
13. Социально-экономическое значение профилактических мероприятий.
14. Роль специалистов социальной сферы в профилактике травматизма.
15. Медицинское страхование как форма социальной защиты населения в области охраны здоровья.
16. Организация социально-медицинской помощи населению в системе отечественного здравоохранения.
17. Социально-медицинская помощь гражданам в чрезвычайных ситуациях.
18. Организация социально-медицинской помощи в сельской местности.
19. Социально-медицинская работа неправительственных организаций.
20. Социально-медицинская работа в различных центрах, организациях и учреждениях.
21. Социально-медицинское изучение здоровья и потребностей семьи.

22. Социально-медицинская работа с семьями социального риска.
23. Взаимодействие социальных служб и учреждений здравоохранения в моделях стационарного ухода за лицами пожилого возраста.
24. Внебольничные формы социально-медицинской помощи лицам старших возрастов.
25. Социально-медицинское обслуживание пожилых людей на дому.
26. Социально-медицинская работа с пенсионерами в пост-трудовой период.
27. Социально-медицинская значимость злокачественных новообразований.
28. Основные направления социально-медицинской реабилитации онкологических больных.
29. Социальная и индивидуальная профилактика онкологических заболеваний.
30. Хоспис и паллиативная помощь.
31. Профессиональная деятельность социального работника в хосписе.
32. Социально-медицинская реабилитация ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом.
33. Социально-медицинские проблемы ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом на современном этапе.
34. Социально-медицинские проблемы алкоголизма, наркомании, токсикомании и табакокурения.
35. Социально-медицинская работа с алкоголиками и их семьями.
36. Роль специалистов социальной сферы в профилактике детского алкоголизма.
37. Социально-медицинская реабилитация лиц, страдающих наркоманией и алкогольной зависимостью.
38. Особенности реабилитации несовершеннолетних наркоманов.
39. Социально-медицинская работа с беженцами и переселенцами.
40. Социально-медицинская работа с лицами бож.
41. Особенности социально-медицинской помощи участникам боевых действий.
42. Социально-медицинская работа с клиентами психиатрического профиля.

43. Особенности социально-медицинской работы с инвалидами разных возрастов.

44. Роль индивидуальной программы реабилитации в социальной интеграции инвалида.

45. Значение физической культуры в реабилитации детей-инвалидов.

46. Роль специалистов социальной сферы в формировании здорового образа жизни населения.

Пензенский государственный педагогический университет
имени В. Г. Белинского

**Галина Юрьевна Козина,
Александр Борисович Тугаров**

**ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Учебное пособие

В авторской редакции

Верстка — О. В. Сиротин

План ПГПУ 2010 г. (Поз. 19)

Подписано к печати 9.03.2010. Формат 60x84/16.
Бумага писчая белая. Уч.-изд. л. 8. Усл. печ. л. 7,4.
Тираж 100 экз. Заказ № 19/10. Цена С. 19.



Издательство ПГПУ им. В. Г. Белинского:
440026, Пенза, ул. Лермонтова, 37. Корп. 5. Комн. 466

Типография ПГПУ им. В. Г. Белинского
440026, Пенза, ул. Лермонтова, 37. Корп. 8. Комн. 311