

выплаканных слез, потерь и надежд. Консультант должен дать возможность «оплакать» эти потери.

Эмоциональная напряженность диалога, возможность открытого, острого выражения чувств могут пугать консультанта и толкать его к уходу от проблем клиента. Это важный этап, связанный с умением и готовностью консультанта к такой работе.

Морено как-то сказал: «Люди ставят перед собой два главных вопроса: Кто я? Где и с кем я?». От того, как мы отвечаем на эти вопросы, зависит полнота нашего жизненного опыта и личных взаимоотношений. Попытка созависимых обрести идентичность, прочное чувство себя и своих границ – это поиск ответа на вопрос: «Кто же я?», и начало этого пути может начаться с диалога с консультантом телефонной экстренной психологической помощи.

*М.А.Беляева,
М.В.Галочкина,
П.В.Ивачев,
С.И.Спектор
Ю.С.Чурилов*

Профессиональная социальная работа в системе здравоохранения и содержание подготовки специалистов

Профессиональная социальная работа в системе здравоохранения России является актуальной проблемой современности в свете негативных тенденций медико-демографического развития страны. Констатирующая часть Концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2015 г. характеризует ситуацию как катастрофическую. Основным приоритетным направлением социальной политики государства заявлено проведение комплекса мер в области укрепления здоровья и увеличения продолжительности жизни населения. Среди них: укрепление здоровья детей и подростков, улучшение репродуктивного здоровья населения, улучшение здоровья населения трудоспособного возраста, сохранение здоровья пожилых людей. Таким образом, здоровье человека как медико-социальная категория ставится во главу политики социального реформирования на ближайшую и долгосрочную перспективу.

В настоящее время система здравоохранения в России переживает глубокий кризис. Формы медицинского обслуживания населения, построенные на принципе плановой экономики, некогда сложившемся в советский период, вытесняются рыночными механизмами в условиях взаимодействия множества субъектов, занятых в системе охраны здоровья граждан. Разграничение компетенции, полномочий, обязательств и ответственности субъектов, занятых в сфере здравоохранения представляет собой далеко не решенную задачу.

Социально-экономические преобразования в России, начатые в 1990-е гг., привели к резкому изменению сложившихся общественных отношений в области охраны здоровья граждан. Появление системы страховой медицины, введение платных услуг, зарождение частной практики привели к смене принципиальных подходов в области оказания медицинской помощи населению. Все это происходит в условиях экономической нестабильности и массового снижения уровня жизни граждан России, когда традиционные формы получения медицинской помощи для многих категорий населения становятся недоступными. В создавшихся условиях актуализируется значение социальных институтов, призванных стоять на страже социальной защиты законных интересов здоровья граждан.

Некогда признанная во всем мире как передовая в настоящее время система охраны здоровья населения в России все более имеет признаки дифференциации медицинской отрасли по характеру выполняемых задач на *клиническую* и *социальную* медицину.

Безусловно, профессионалы, занятые в области клинической медицины, переживающей период развития специализаций, представляют собой высокообразованных специалистов, владеющих самыми современными технологиями и методами диагностики и лечения заболеваний. Их вклад в сохранение и восстановление здоровья несомненен. Однако, аксиоматический принцип практической медицины советского периода, некогда постулированный Гиппократом «Лечи больного, а не болезнь», подменяется фактически лечением болезни, а не больного. Болезнь в клинике все более принимает стоимостное выражение в связи с введением и распространением страховой модели в медицине, основанной на медико-экономическом обосновании расходов, связанных с прямыми затратами на диагностику и лечение. А сколько стоит «страдание» больного человека? Этот параметр не подлежит прямому исчислению экономических затрат. Реализуется социальная политика в области здравоохранения, построенная принципе социальных гарантий каждому гражданину на охрану здоровья в условиях экономических возможностей государства. Этот подход дает широкую возможность для спекуляций и злоупотреблений на этапах обращения населения за медицинской помощью и ее оказания.

В мировой практике здравоохранения большое значение имеет профессиональная совместная деятельность медиков и социальных работников. Повседневню на этапах оказания медицинской помощи неоднократно встают вопросы соблюдения прав, выполнения обязательств, сохранения гарантий на объем и качество оказываемых медицинских услуг, обоснованности в отказе от медицинской помощи, их стоимости и многое другое. Вопросы правоотношений клиента, нуждающегося в медицинской помощи и субъекта, оказывающего медицинскую помощь, представляют собой важный аспект профессиональной деятельности социальной работы.

Появление группы людей, имеющих стойкие последствия от врожденных и перенесенных заболеваний и несчастных случаев, вынужденных

страдать от трудно разрешимых проблем, вызывает необходимость сосредоточения усилий на уходе за такими людьми и заботе о них. Потребности в такой помощи далеко выходят за рамки традиционного медицинского обслуживания. Для того чтобы добиться эффективной, гуманной и достойной помощи таким людям медики и социальные работники должны тесно сотрудничать, развивать партнерство, основанное на взаимопонимании и уважении ролей друг друга.

Нарождающаяся в России профессиональная социальная работа в системе здравоохранения призвана решить обозначенные проблемы. Области ее компетенции в широком смысле – это меры превентивного характера и профилактика заболеваний и травматизма, консультативная помощь на этапах обращения за медицинской помощью и ее оказания, медико-социальная экспертиза, страховая медицина, адаптация, ресоциализация и реабилитация клиента, взаимодействие с учреждениями социальной защиты, образования и др.

Перед социальной работой как профессией стоят две главные задачи, связанные с вопросами здоровья, болезни и ограниченных возможностей:

1. Стирать границы между ориентированными на болезнь медицинскими дисциплинами и гуманистически ориентированными общественными дисциплинами.

2. Раскрывать и постоянно поддерживать роль социальной среды и неблагоприятных социальных условий в профилактике заболеваний, лечении и реабилитации лиц, обслуживаемых органами здравоохранения.

Рассматривая социальную работу как бурно развивающуюся сферу профессиональной деятельности, официально признанную лишь в начале 1990-х гг., естественно встает вопрос об уточнении и разграничении области полномочий и компетенции специалистов, занятых в ней.

Большинство авторов считает, что целью социальной работы в здравоохранении является обеспечение профессиональной помощи людям, чьи возможности социального функционирования в сообществе с другими людьми нарушены или могут быть нарушены вследствие заболевания, ограничения возможностей или несчастного случая; при этом главная задача социальной работы в системе здравоохранения состоит в том, чтобы помогать людям и их семьям справляться с социальными и эмоциональными проблемами, сопровождающими заболевание и состояние ограниченных возможностей.

Социальную работу в системе здравоохранения целесообразно подразделять на три этапа: профилактический, клинический и реабилитационный.

Профилактический этап должен быть нацелен на предупреждение нарушения здоровья, в том числе через предупреждение социально обусловленных факторов, имеющих разрушительные последствия для жизнедеятельности человека, и включает в себя:

- выявление категорий населения, для которых в силу возрастных, профессиональных, культурных и иных факторов характерен риск снижения или потери здоровья;
- выявление социальных факторов и проблемных ситуаций, которые содержат в себе угрозу здоровью населения;
- информирование соответствующих служб о наличии групп риска, о сложившихся проблемных ситуациях, потенциально опасных для общественного здоровья или здоровья конкретных категорий людей;
- разработку и проведение информационно-просветительских программ, нацеленных на формирование здорового образа жизни, повышение уровня знаний, умений, навыков, необходимых для поддержания здоровья;
- проведение массовых мероприятий, способствующих профилактике и раннему выявлению заболеваний.

Клинический этап социально-медицинской работы, нацеленный на диагностику и лечение заболеваний, осуществляется в медицинских учреждениях, в условиях амбулаторных и стационарных форм медицинского обслуживания. Существует известное противоречие во взаимодействии медицинского персонала и специалистов по социальной работе, что объясняется исходными позициями профессионального мировоззрения. Для медицинских работников главное – сохранение жизни пациента, тогда как для социального работника главным выступает *качество жизни* пациента, целостность его существования как человека и как личности, провозглашение взгляда на пациента, как в равной мере психологическое, социальное, биологическое существо. Медицинский персонал часто недооценивает значения экзистенциальных переживаний пациента.

К мерам социальной терапии в клинический период в отношении пациента следует относить:

- доврачебный прием в целях получения клиентом необходимой информации о существующих учреждениях, оказывающих необходимую медицинскую помощь или информации о предстоящем ходе медицинских мероприятий, плане предстоящего лечения;
- защиту прав на получение необходимых и качественных услуг;
- решение вопросов, связанных с оплатой медицинских услуг;
- оказание психологической поддержки клиенту и его родственникам в критические моменты, особенно в случае неблагоприятного прогноза исхода заболевания, инвалидизации или угрозы гибели;
- вовлечение семьи в процесс помощи клиенту;
- предупреждение и разбор конфликтных ситуаций, возникающий между пациентом и его окружением (медперсонал, другие пациенты, родственники);

- привлечение внешних источников помощи (организаций и частных лиц) к проблемам пациентов, если он одинок или нуждается в материальной поддержке;
- профилактику госпитализма в случае длительного пребывания в стационаре;
- обучение пациента необходимым навыкам, облегчающим самообслуживание;
- планирование социального сопровождения пациента после выписки из стационара;
- участие в принятии «этических решений»;
- проведение диагностики удовлетворенности пациентов качеством обслуживания и др.

В ходе *реабилитационного* этапа проводятся следующие меры социального сопровождения:

- разработка программ индивидуальной реабилитации;
- защита прав клиента и его семьи на получение необходимых услуг и материальной помощи, связанной с инвалидностью, временной нетрудоспособностью;
- разработка рекомендаций для учреждений, участвующих в реабилитации данного человека (например, школы, в которой ребенок будет учиться после длительного перерыва, вызванного болезнью или травмой);
- поддержание связи между учреждениями медико-социальной помощи и клиентом, если его реабилитация осуществляется на дому;
- вовлечение семьи в процесс реабилитации;
- координация деятельности различных учреждений между всеми участниками социального сопровождения клиента;
- установление связей между клиентами, имеющими сходные проблемы – образование групп самопомощи, формирование терапевтических сообществ;
- организация и проведение обучающих программ для специалистов;
- формирование общественного мнения относительно медико-социальных проблем, направленного на преодоление дискриминации клиентов.

Внедрение в практику здравоохранения социальной работы позволит решать соматические проблемы человека через рассмотрение его как целостного социального субъекта, каждая из четырех составляющих личности которого – соматическая, ментальная, эмоциональная и духовная – играет специфическую роль в преодолении заболеваний, сохранении здоровья, улучшении качества жизни.

Взаимоотношения социальной работы как профессии и государства достаточно сложны: с одной стороны, ее благополучие определяется легитимностью, которую придает ей государство, а с другой – рамки про-

фессии ограничиваются государственной политикой, нормативными актами и законами. Роль профессии все более усложняется и требует постоянной оценки и мониторинга. Взаимоотношения профессии социального работника со сферой охраны здоровья не разработаны.

Резко изменившаяся социальная обстановка в стране, процессы обострения социальных отношений требуют осмысления, анализа и обобщения. Необходимо выработать научно обоснованную концепцию социальной работы в системе здравоохранения, разработать социальные технологии, понятные и убедительные приемы организации и проведения социальной работы в вопросах охраны здоровья граждан.

В законодательных и других нормативных актах Российской Федерации сформулированы некоторые конкретные принципы, вытекающие из обобщения опыта социальной работы в стране. В числе них называют принципы: приоритета содействия гражданам, находящимся в ситуации, угрожающей их здоровью или жизни; профилактической направленности, содействия социальной реабилитации и адаптации.

В структуре большинства учреждений системы здравоохранения до настоящего времени не предусмотрены штатные единицы специалистов по социальной работе, а необходимость решения социальных вопросов на этапах оказания медицинской помощи, безусловно, чрезвычайно важна. Образованный специалист, владеющий теорией, технологией и методами в области социальной работы в системе здравоохранения, должен обладать наряду со знанием аспектов клинической медицины знанием психологии, педагогики, социологии, правовых аспектов и множества других смежных дисциплин.

Общепрофессиональная и специальная подготовка специалиста по социальной работе в ходе изучения дисциплин «Основы социальной медицины» и «Содержание и методика социально-медицинской работы», регламентированных государственным образовательным стандартом (ГОС–2000) специальности призвана решать следующие задачи:

1. Сформировать ориентировочную основу профессиональной деятельности и умение выделять стратегические проблемы социализации людей, находящихся в условиях ограничения жизнедеятельности по параметрам общественного и индивидуального здоровья.

2. Сформировать знания и умения социально-медицинской деятельности в решении проблем людей с расстройствами здоровья в бытовых условиях, в медицинских, социальных, образовательных, пенитенциарных и иных учреждениях.

3. Сформировать ориентировочную основу социально-правового регулирования и защиту прав граждан в сфере охраны здоровья.

4. Сформировать знания и умения по организации и управлению массовой, групповой и индивидуальной деятельностью людей с нарушениями здоровья, обеспечивающие развитие и удовлетворение личностных и гражданских потребностей клиента.

5. Сформировать знания и умения по организации реабилитационной деятельности в центрах для людей с ограниченными возможностями здоровья.

6. Сформировать знания и умения специалиста, направленные на решение задач по предупреждению заболеваемости и травматизма, преждевременной смертности.

В настоящий период пополняется номенклатура учреждений здравоохранения. Например, в большинстве субъектов Российской Федерации является актуальным формирование и распространение медицинских учреждений нового типа – геронтологических отелей, хосписов, домов сестринского ухода и подобных им центров реабилитации, где найдут применение специалисты по социальной работе в системе здравоохранения, владеющие содержанием и методикой социально-медицинской работы.

Решение вопросов подготовки кадров по социальной работе для профессиональной деятельности в системе здравоохранения требует углубленного изучения целого ряда дисциплин специализации «Социальная работа в системе здравоохранения», которая культивируется в ряде вузов России. Государственный образовательный стандарт 2000 г. предусматривает право вузам определять перечень дисциплин специализации и их учебное сопровождение.

Программой предусматривается сформировать базовые знания медико-социальных вопросов, которые на этапе специализации обеспечат интеграцию социальной медицины с другими дисциплинами учебной программы подготовки специалистов по социальной работе.

Теоретические знания специализации представлены в разделах дисциплин: «Анатомия, физиология и патология человека», «Профилактика заболеваний: социально-медицинские аспекты», «Культура и здоровье», «Вопросы социально-медицинской этики».

Медико-социальные аспекты здоровья с учетом многофакторной его обусловленности, особенностей различных половозрастных групп населения изложены в разделах «Образ жизни и здоровье населения», «Социальная работа в системе охраны здоровья населения», «Медико-социальные аспекты планирования семьи, охраны материнства и детства», «Медико-социальные основы здоровья пожилых людей», «Общественное здоровье и здравоохранение».

На освоение методик и технологий медико-социальной помощи ориентированы курсы: «Основы реабилитации психически больных», «Основы реабилитации инвалидов и престарелых», «Первая медицинская помощь при неотложных состояниях», «Традиционная и нетрадиционная медицина в вопросах сохранения и восстановления здоровья», «Реабилитационная работа с обреченными людьми», «Реабилитационная работа с людьми, страдающих алкоголизмом и наркотической зависимостью».

Разработка и совершенствование содержания дисциплин специализации «Социальная работа в системе здравоохранения» представляет со-

бой перманентно развивающуюся задачу в связи с активным реформированием отрасли. В целях интеграции теории и практики социальной работы в системе здравоохранения требуется сосредоточение усилий в области научно-методической работы целого коллектива научно-педагогических кадров и профессионально подготовленных специалистов по социальной работе, занятых в системе здравоохранения.

Четырехлетний опыт работы педагогического коллектива кафедры социальной работы РГППУ по развитию специализации и подготовке специалистов показывает, что наши выпускники востребованы на рабочем месте и находят достойное применение полученных в вузе знаний. Ярким свидетельством этому является высокая популярность и стабильный конкурс среди потенциальных потребителей специализации и отзывы руководителей медицинских и иных учреждений на деятельность наших выпускников.

О.В.Бессчетнова

Анализ социальной работы с молодежью в России и США

Переход к рыночной экономике в начале 1990-х гг. в России вызвал значительные изменения социального положения различных групп населения страны, в том числе и молодежи. В новых общественных условиях структура ценностных ориентаций претерпела серьезные деформации, приводя к состоянию аномии – понятию, введенному еще Э.Дюркгеймом, когда старые общественные нормы и морально-нравственные ценности устарели, а новые еще не успели сформироваться и утвердиться как таковые. Подобное состояние «социального вакуума» привело к резкому ослаблению темпов социально-экономического и духовного развития, а также нормативно-социального регулирования вследствие непоследовательности и противоречивости государственной политики.

Коренные изменения во всех сферах политической, экономической и общественной жизни повлияли как на внутренний мир, так и на социальное самочувствие современной молодежи. Она характеризуется пассивностью, инертностью, высокой конфликтностью, склонностью к девиантным формам поведения, снижением оптимизма, патриотизма, мотивации к учебной и трудовой деятельности. Вступая во взрослую жизнь, молодежь сталкивается с большим количеством проблем, среди которых наиболее значимыми являются: низкий материальный уровень жизни, неравные возможности в получении образования, сложности с трудоустройством, отсутствие жилья, невозможностью реализации личностного потенциала и многое другое. Таким образом, очевидна необходимость соз-