

Министерство образования и науки Российской Федерации
ФГАОУ ВПО «Российский государственный
профессионально-педагогический университет»
Учреждение Российской академии образования «Уральское отделение»

С. Б. Масленцева

СОДЕРЖАНИЕ И МЕТОДИКА СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ

Учебное пособие

*Рекомендовано УМО по образованию в области социальной работы
в качестве учебного пособия для студентов высших учебных заведений,
обучающихся по направлению и специальности «Социальная работа»*

Екатеринбург
РГППУ
2010

УДК 61 (075.8)
ББК С 953я73-1
М 31

Масленцева С. Б. Содержание и методика социально-медицинской работы [Текст]: учеб. пособие / С. Б. Масленцева. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2010. 118 с.
ISBN 978-5-8050-0342-5

В учебном пособии рассматриваются особенности социальной работы в учреждениях здравоохранения, социальной защиты, образования, в правоохранительных органах, а также основные подходы и принципы содержания и методы социально-медицинской работы в России и за рубежом.

Пособие будет полезно студентам, обучающимся по специальности 022100 Социальная работа, которые изучают дисциплину «Содержание и методика социально-медицинской работы».

Рецензенты: д-р филос. наук, проф. П. Д. Павленок (ФГОУ ВПО «Рос. гос. ун-т туризма и сервиса»); д-р мед. наук С. Л. Устьянцев (ФГУН «Екатеринбург. мед. науч. центр профилактики и охраны здоровья рабочих пром. предприятий Роспотребнадзора»); канд. мед. наук, доц. А. Г. Демин (ФГАОУ ВПО «Рос. гос. проф.-пед. ун-т»)

ISBN 978-5-8050-0342-5

© ФГАОУ ВПО «Российский государственный профессионально-педагогический университет», 2010

© Масленцева С. Б., 2010

Оглавление

Введение	5
Глава 1. Концепция социально-медицинской работы в Российской Федерации	7
1.1. Социально-медицинская работа в Российской Федерации как вид мультидисциплинарной работы.....	7
1.2. Цель социально-медицинской работы.....	8
1.3. Объекты социально-медицинской работы.....	8
1.4. Нормативно-правовые основы социально-медицинской работы.....	9
Вопросы и задания для самоконтроля.....	11
Глава 2. Базовая модель социально-медицинской работы	12
Вопросы и задания для самоконтроля.....	20
Глава 3. Модель специалиста социальной работы, участвующего в оказании социально-медицинской помощи	21
Вопросы и задания для самоконтроля.....	30
Глава 4. Содержание и методика технологий социально-медицинской работы с различными группами населения и в некоторых сферах жизнедеятельности	31
4.1. Центры социального обслуживания.....	31
4.2. Социальная работа в сфере образования.....	33
4.3. Социальная работа в армии.....	38
4.4. Социальная работа на предприятии.....	44
Вопросы и задания для самоконтроля.....	50
Глава 5. Содержание социально-медицинской работы в здравоохранении	51
5.1. Социально-медицинская работа в психиатрии.....	52
5.2. Социально-медицинская работа в наркологии.....	56
5.3. Социально-медицинская работа в онкологии.....	67
5.4. Социально-медицинская работа с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом.....	76
5.5. Социально-медицинская работа в планировании семьи.....	85
Вопросы и задания для самоконтроля.....	99
Глава 6. Организация и содержание социально-медицинской работы в России и за рубежом	100
6.1. Социально-медицинская работа в России.....	100

6.2. Социально-медицинская работа за рубежом.....	104
Вопросы и задания для самоконтроля	107
Заключение	108
Библиографический список	109
Глоссарий	114

Введение

В условиях ухудшения социальной ситуации, снижения показателей здоровья населения возрастает объективная потребность решения взаимосвязанных социальных и медицинских проблем на качественно новом уровне деятельности комплексно-интегративного характера в рамках профессиональной социальной работы, связанной с решением задач восстановления, сохранения и укрепления здоровья – социально-медицинской работы. Специфика содержания и методики социально-медицинской работы позволяет рассматривать ее как самостоятельное направление многоаспектной социальной работы [13, 17].

Система отечественного здравоохранения не в состоянии в полном объеме выполнять социальные и лечебные функции, как это предусматривалось законодательством до реформ 90-х гг. прошлого столетия. Поэтому возникла необходимость решать вопросы охраны здоровья на основе социальной защиты, чтобы достигнуть главной цели – поддержания здоровья на уровне социального благополучия [5].

Социально-медицинскую работу определяют как новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности социального, медицинского, психологического, педагогического, социально-правового характера, направленной на восстановление, сохранение и укрепление здоровья населения. Социально-медицинская работа может проводиться в учреждениях социального обслуживания, в территориальных центрах социальной помощи семье и детям, социально-реабилитационных центрах, социальных приютах и других учреждениях. Социально-медицинская работа может возглавляться специалистами по социальной работе в любом учреждении независимо от его ведомственной принадлежности или формы собственности.

В пособии рассматривается социальная работа в учреждениях образования, в армии, на предприятии, так как социально-медицинская работа неразрывно связана с данными сферами жизнедеятельности. В качестве субъекта социально-медицинской работы автор рассматривает одну группу в целом: бакалавров, аспирантов, магистров и специалистов.

В данном учебном пособии использованы материалы одного из создателей концепции, теории и практики социально-медицинской работы в Российской Федерации Александра Владимировича Мартыненко, кото-

рому автор выражает большую благодарность. Автор также благодарит Петра Денисовича Павленка за помощь, советы, рецензирование, Марину Александровну Розбаум за помощь в оформлении данного учебного пособия и редактора Татьяну Александровну Кузьминых.

В настоящее пособие включен глоссарий, содержащий понятия, которые необходимо знать студентам, изучающим дисциплину «Содержание и методика социально-медицинской работы».

Глава 1. КОНЦЕПЦИЯ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Исследования социально-медицинских проблем различных групп пациентов (клиентов) свидетельствуют о том, что объектом социальной работы являются лица, традиционно наблюдающиеся в сфере здравоохранения. По полученным нами данным, социально-медицинские проблемы выявляются не менее чем у 40% пациентов с хроническими заболеваниями психиатрического, наркологического и онкологического профиля [17].

На основании анализа отечественного исторического опыта становления и развития социально-медицинской помощи, современной демографической ситуации в стране, с учетом зарубежных теорий социальной работы, а также результатов исследований была разработана *концепция отечественной социально-медицинской работы* как нового вида мультидисциплинарной профессиональной деятельности.

Через десять лет после ее опубликования есть основания констатировать, что основные ее положения реализуются в настоящее время в учреждениях здравоохранения, социального обслуживания населения и других сфер. Этот факт свидетельствует о практической значимости предлагаемого обновления и углубления концепции социально-медицинской работы.

1.1. Социально-медицинская работа в Российской Федерации как вид мультидисциплинарной работы

Социально-медицинская работа – это профессиональная междисциплинарная деятельность, направленная на восстановление, сохранение и укрепление здоровья. Она принципиально изменяет комплексную помощь в области охраны здоровья, так как предполагает проведение системных социально-медицинских воздействий на более ранних этапах развития болезненных процессов и социальной дезадаптации, потенциально ведущих к тяжелым осложнениям, инвалидности. Таким образом, социально-медицинская работа приобретает не только выраженную реабилитационную, но и профилактическую направленность.

Медицинские, психологические, педагогические, правовые и другие знания социального работника позволяют в процессе социально-медицинской работы реализовать инновационные подходы при оказании социально-медицинской помощи населению.

1.2. Цель социально-медицинской работы

Целью социально-медицинской работы является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием.

Как правило, такие лица находятся в трудной жизненной ситуации. Трудная жизненная ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность человека, – это инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с болезнью, преклонным возрастом, безнадзорность, сиротство, конфликты и жестокое обращение в семье, отсутствие определенного места жительства и т. п.

Исследования показывают, что трудная жизненная ситуация и имеющееся заболевание отягощают друг друга и порождают так называемый замкнутый круг.

1.3. Объекты социально-медицинской работы

В социально-медицинских услугах нуждаются лица, имеющие выраженные медицинские и социальные проблемы, которые взаимно осложняют друг друга и решение которых затруднительно в рамках односторонних профессиональных мероприятий. Работа с такими пациентами (клиентами) одинаково тяжела и малоэффективна как для медицинских работников, так и для специалистов социальных служб, поскольку они неизбежно оказываются перед проблемами, выходящими за рамки их профессиональной компетенции и препятствующими успешной профессиональной деятельности.

При этом объектами социально-медицинской работы являются лица с высоким риском заболеваний (или страдающие ими), в первую очередь заболеваний социально значимых – сердечно-сосудистых, онкологических, вызываемых зависимостью от психоактивных веществ, заболеваний психической и репродуктивной сферы, инфекционного характера (ВИЧ-

инфекция, гепатиты, инфекции, передающиеся половым путем), сахарного диабета, в возникновении и развитии которых факторы поведенческого характера нередко имеют решающее значение.

К таким пациентам (клиентам) относятся длительно, часто и тяжело болеющие, социально дезадаптированные лица, инвалиды, одинокие престарелые, дети-сироты, юные матери, многодетные и асоциальные семьи, лица, пострадавшие в результате чрезвычайных ситуаций, больные СПИДом, т. е. все те, кто помимо медицинских имеют проблемы социального характера, затрудняющие сохранение и восстановление здоровья. Их численность на протяжении последних лет возрастает. Необходимо подчеркнуть, что одной из причин этого является низкая эффективность существующих форм и методов работы, а также отсутствие сети служб, специально ориентированных на такого рода деятельность, как государственных, так и негосударственных.

1.4. Нормативно-правовые основы социально-медицинской работы

В последнее десятилетие в Российской Федерации идет активный процесс формирования правовой базы, которая позволяет разрабатывать межотраслевые и отраслевые нормативно-правовые документы, направленные на обеспечение населения социально-медицинской помощью на уровне профессиональной социально-медицинской работы.

Важнейшим документом, регламентирующим социально-медицинскую работу в нашей стране, являются Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. В соответствии с этим правовым актом оказание медико-социальной помощи – это профессиональная обязанность не только медицинских, но и социальных работников, закрепленная в ст. 20.

Важным правовым актом стал Федеральный закон «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации». Он определяет социальное обслуживание как деятельность служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в сложной жизненной ситуации.

В качестве правовой основы социально-медицинской работы можно также назвать законы «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов», «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» и др.

Ряд правовых норм, имеющих непосредственное отношение к профессиональной социально-медицинской работе, определяется правовыми актами Правительства Российской Федерации. Так, в частности, Постановлением Правительства Российской Федерации от 16 декабря 2004 г. № 805 утверждено Положение о порядке организации и деятельности федеральных государственных учреждений социально-медицинской экспертизы.

Издаваемые министерствами и ведомствами нормативно-правовые документы позволят вводить социально-медицинскую работу в практику конкретных учреждений.

Приказом Минздрава России от 30 октября 1995 г. № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» утверждено Положение о специалисте по социальной работе, участвующем в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи, тарифно-квалификационные характеристики по должностям «специалист по социальной работе» и «социальный работник» по данным видам помощи. Требования к подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи, изложены в приказе Минздрава России от 28 июля 1997 г. № 226.

Классификация и временные критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы, утверждены Постановлением Минтруда России и Минздрава России от 29 января 1997 г. № 1/30. Приказом Минздравсоцразвития России от 29 ноября 2004 г. № 287 утверждены формы индивидуальной программы реабилитации инвалидов, выдаваемой федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы.

Постановлением Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 29 марта 2002 г. № 25 утверждены рекомендации по организации деятельности специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации.

Приказом Минздрава России от 10 апреля 1998 г. № 113 введено в действие Типовое положение о женской консультации, а приказом от 15 ноября 1991 г. № 186 «О мерах по дальнейшему развитию гинекологической помощи населению РСФСР» утверждено Временное положение о центре планирования семьи и репродукции. Приказом Минздравмедпрома России от 11 июня 1996 г. № 242 определен перечень социальных показаний к искусственному прерыванию беременности. Указанием Минздрава России от 23 марта 1998 г. установлена штатно-организационная структура центров планирования семьи и репродукции, в которой предусмотрена деятельность социального работника.

Приказом Минобразования России от 15 мая 2000 г. № 418 утверждено Примерное положение о центре содействия укреплению здоровья учащихся, воспитанников образовательного учреждения.

Знание концептуальных положений позволит на практике определить роль социально-медицинской работы в *системе охраны здоровья граждан* как совокупности мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного и медицинского характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья человека [8, 17, 27, 37,50].

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Перечислите основные положения концепции отечественной социально-медицинской работы.
2. Дайте характеристику объектов социально-медицинской работы.
3. Определите роль социально-медицинской работы среди смежных видов деятельности.
4. Назовите основные направления, формы и методы социально-медицинской работы.
5. Опишите основные принципы социально-медицинской работы как вида профессиональной деятельности.
6. Перечислите нормативно-правовые документы, регламентирующие социально-медицинскую работу.

Глава 2. БАЗОВАЯ МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ

Анализ и систематизация результатов отечественных исследований по вопросам потребностей в социально-медицинской помощи больных различного профиля составили основу для поиска подходов, которые позволили построить модель профессиональной социально-медицинской работы, принципы и структура которой могли бы быть приемлемыми для большинства людей, нуждающихся в таком виде помощи.

Многомерный подход при анализе исследований в области общественного здоровья и здравоохранения, отражающих особенности решения медицинских и социальных проблем больных различного профиля, практический опыт социальной работы в здравоохранении зарубежных стран позволили сделать вывод о целесообразности разрешения социально-медицинских проблем нуждающихся лиц на следующих трех уровнях в условных пределах пяти групп пациентов (клиентов).

1. **Инвалиды.** Сложившаяся в стране система помощи инвалидам не была ориентирована на их интеграцию в общество. Многие годы основными принципами государственной политики в отношении инвалидов были принципы компенсации и изоляции. Компенсация состояла в предоставлении инвалидам материальной помощи в виде пенсий, пособий, льготного пользования общественным и личным транспортом, социально-бытового обслуживания на уровне обеспечения физиологического выживания. Принцип изоляции заключался в формировании сегрегационных систем жизнедеятельности инвалидов в виде домов-интернатов, специализированных школ, предприятий, жилых комплексов и т. п.

В современных условиях в социальной политике государства по отношению к инвалидам произошел пересмотр важнейших положений в определении понятий «инвалидность» и «инвалид», которые стали соизмеримы с общепринятыми международными нормами. Социальная защита инвалидов в настоящее время законодательно характеризуется как система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации)

ограничений жизнедеятельности и направленных на создание равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Для реального обеспечения таких мер требуются качественно новые подходы. Приоритетным направлением становится реабилитация инвалидов как сложнейшая, многоаспектная проблема, в которой в равной мере значимы медицинские, социальные и профессиональные аспекты. Для осуществления такого подхода нужны специалисты, обладающие новыми взглядами на инвалидов, их возможности, место и роль в жизни и развитии общества. Такую роль смогут взять на себя специалисты по социальной работе, имеющие соответствующие профессиональные знания.

В рамках проводимых реформ в системе социального обслуживания населения создана сеть государственных учреждений экспертизы. Основными задачами таких учреждений – бюро медико-социальной экспертизы – являются определение группы инвалидности, ее причин, сроков и времени наступления; потребности инвалида в различных видах социальной защиты; разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов, содействие в реализации мероприятий по их социальной защите, включая реабилитацию; участие в разработке комплексных программ профилактики инвалидности, реабилитации, социальной защиты инвалидов и др.

В соответствии с Примерным положением об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы в штатный норматив таких учреждений наравне с врачами различных специальностей, специалистами по реабилитации, психологами включаются и специалисты по социальной работе. Таким образом, решение перечисленных выше задач бюро медико-социальной экспертизы возлагается и на специалистов социальной работы.

2. Больные. На этом уровне в схеме базовой модели выделяют две группы клиентов: длительно, часто и тяжело болеющих и больных с выраженными социальными проблемами. Решение медицинских проблем у этих групп сопряжено с тяжестью заболевания, его осложнениями и последствиями, имеется постоянная потребность в социально-медицинской помощи в значительном объеме. Организация социально-медицинской работы с такими группами преимущественно связана с деятельностью специализированных учреждений медицинских и других служб. Выделение двух групп на данном уровне позволяет обеспечить дифференцированный

подход при планировании конкретных мероприятий социально-медицинской помощи, в реализации которых непосредственно участвует специалист социальной работы, а также координировать действия в сотрудничестве с другими специалистами – участковым терапевтом, педиатром, геронтологом, врачом общей практики (семейным врачом), психиатром, наркологом, психологом и др.

Существенным моментом на данном уровне является обсуждение вопроса о возможной передаче части функций медицинских работников социальным работникам с предоставлением первым большего количества времени для диагностической и лечебной деятельности. В условиях высокой заболеваемости населения, возрастания стоимости медицинских услуг, введения системы медицинского страхования этот вопрос приобретает практическую значимость.

Вместе с тем необходимо отметить, что часть высвобождающихся медицинских работников при соответствующей переподготовке сможет получить квалификацию специалиста по социальной работе и выполнять соответствующие функции.

3. Население. На этом уровне выделяют две проблемные группы: лица повышенного риска заболеваний, члены семьи клиента и его ближайшее окружение. Определяя этот уровень как самостоятельный, мы исходим из двух положений. Во-первых, непременным условием обеспечения эффективного взаимодействия с пациентом (клиентом) для профессионального социального работника является его сотрудничество с членами семьи и ближайшим окружением (в европейских странах такой специалист называется персональным ассистентом), которые могут выполнять исключительную роль в разрешении сложившейся трудной жизненной ситуации. Речь идет о вовлечении их в деятельность сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического или иного характера; содействию сохранению семейных связей; решению микросредовых, жилищно-бытовых, материальных и других проблем. Во-вторых, должны быть определены профилактические мероприятия, которые сможет выполнять новый специалист, что является особенно важным в условиях дефицита финансовых средств.

Таким образом, при построении базовой модели мы исходим из необходимости поиска оптимальных и наиболее эффективных технологий

медико-социальной работы, в первую очередь профессиональной деятельности по предупреждению причин, лежащих в основе развития патологии, по предотвращению осложнений и негативных последствий, по реабилитации и реадaptации больных, оказанию им и их семьям адекватной социально-медицинской помощи.

Кроме перечисленных нуждающихся лиц на трех уровнях (инвалиды, больные, население) А. В. Мартыненко предлагает выделить этих нуждающихся в пределах пяти групп пациентов.

Первая группа – группа повышенного риска заболеваний.

1. *Социально-медицинская работа профилактического направления* включает:

- профилактические мероприятия социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья на индивидуальном, групповом и региональном уровнях в учреждениях разной ведомственной принадлежности независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности;

- гигиеническое воспитание и формирование установок на здоровый образ жизни с учетом специфики клиентов групп повышенного риска, в том числе предупреждение распространения ВИЧ-инфекции;

- социально-гигиенический мониторинг;

- разработку целевых программ профилактики заболеваний, сохранения и укрепления здоровья, организацию социально-медицинской помощи населению на разных уровнях;

- медико-генетическое консультирование;

- организацию профилактических осмотров;

- определение факторов риска, влияющих на соматическое, психическое и репродуктивное здоровье, а также генетической и врожденной патологии;

- социальную экспертизу семьи;

- информирование граждан о состоянии индивидуального и общественного здоровья и состоянии среды обитания и др.

2. *Социально-медицинская работа патогенетического (реабилитационного) направления* подразумевает:

- медико-социальную помощь в планировании семьи, охране материнства и детства;

- медико-социальный патронаж семей социального риска;

- содействие в обеспечении государственных гарантий прав граждан в охране здоровья и оказании социально-медицинской помощи;
- участие в оказании помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях;
- содействие в решении правовых проблем клиента;
- психокоррекционную работу и др.

Вторая группа – члены семьи клиента и его ближайшее окружение.

1. *Социально-медицинская работа профилактического направления* включает:

- санитарно-гигиеническое просвещение;
- преодоление вредных привычек и нездорового образа жизни;
- содействие организации досуга, адекватного здоровому образу жизни;
- профилактику вовлечения в асоциальные группы;
- социально-правовое консультирование;
- разрешение проблемных ситуаций и содействие в устранении факторов риска с мобилизацией личностных резервов клиента;
- переориентацию семейных ролей;
- плановый патронаж в семье социального риска;
- содействие в разрешении микросредовых проблем;
- содействие сохранению семейных связей;
- содействие разрешению проблемы одиночества;
- подготовку супругов и членов семьи к рождению ребенка и принятию его в семью;
- содействие членам семьи и ближайшему окружению в получении необходимой социально-медицинской информации и информации о льготах и видах социальной защиты и др.

2. *Социально-медицинская работа патогенетического (реабилитационного) направления* подразумевает:

- содействие в своевременной консультации и обращении за специализированной помощью;
- организацию психологической поддержки клиенту с социально-медицинскими проблемами членами семьи и ближайшим окружением;
- вовлечение членов семьи и ближайшего окружения клиента в деятельность сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, пси-

холого-педагогического, социально-правового и благотворительного характера;

- создание реабилитационной социально-бытовой среды и др.

Третья группа – длительно, часто и тяжело болеющие лица.

1. *Социально-медицинская работа профилактического направления* включает:

- профилактику неблагоприятного развития и декомпенсации соматического или психического статуса, выхода на инвалидность;
- комплексную оценку социального статуса клиента;
- содействие в преодолении правовых проблем;
- содействие в решении вопросов материального характера;
- патронаж клиента в связи с болезнью;
- информирование клиента о состоянии его здоровья и др.

2. *Социально-медицинская работа патогенетического (реабилитационного) направления* подразумевает:

- организацию медико-социальной помощи и ухода за больным;
- содействие в обеспечении специализированной помощи с учетом особенностей соматической, психической и социальной патологии;
- семейное консультирование и семейную психокоррекцию;
- содействие включению в работу терапевтических сообществ;
- направление на медико-социальную экспертизу;
- организацию паллиативной помощи и др.

Четвертая группа – больные с выраженными социальными проблемами.

1. *Социально-медицинская работа профилактического направления* включает:

- профилактику неблагоприятного развития и декомпенсации соматического или психического статуса, выхода на инвалидность;
- выявление неблагоприятной микросреды и ее оздоровление;
- участие в предупреждении общественно опасных действий;
- определение социально-правового статуса – беженца, лица без определенного места жительства, лица, отбывающего наказание, и т. д.;
- социально-правовое консультирование;
- представление интересов клиентов, нуждающихся в медико-социальной помощи, в органах власти;

- содействие клиенту в решении социально-бытовых и жилищных трудностей, представляющих угрозу для его здоровья и здоровья окружающих;
- разрешение социального конфликта в семье, связанного с состоянием здоровья клиента и его жизнеобеспечением;
- оформление опеки и попечительства;
- информирование соответствующих служб об изменении социального статуса клиента;
- выявление актуальных и потенциально угрожающих проблем и содействие в их разрешении;
- информирование клиента о льготах и мерах социальной защиты;
- информирование соответствующих служб о наличии у клиента социальных проблем – семейных, бытовых, материальных, правовых;
- содействие в получении медицинской, психологической, правовой и материальной помощи и др.

2. Социально-медицинская работа патогенетического (реабилитационного) направления подразумевает:

- социально-медицинскую помощь лицам пожилого и старческого возрастов, включая организацию опеки, ухода, устройство в социальные учреждения;
- обеспечение преемственности во взаимодействии со специалистами смежных профессий;
- создание реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры;
- организацию специализированной медицинской помощи;
- психическую саморегуляцию;
- коммуникативный тренинг, тренинг социальных навыков;
- обеспечение социальной защиты ВИЧ-инфицированных и членов их семей и др.

Пятая группа – инвалиды.

1. Социально-медицинская работа профилактического направления включает:

- предупреждение усугубления медицинских последствий;
- участие в предупреждении общественно опасных действий;
- участие в разработке комплексных программ профилактики инвалидности и смертности;

- участие в проведении социально-медицинской экспертизы;
- определение потребности инвалида в различных видах социальной защиты;
- содействие инвалиду в реализации его прав, представление интересов в органах власти;
- участие в определении дееспособности, возможной опеке и попечительстве;
- содействие в обеспечении родительских функций;
- содействие в получении пенсий, пособий и выплат;
- содействие в получении материальной помощи;
- содействие в решении жилищных проблем;
- размещение клиента в стационарные учреждения социального обслуживания;
- социально-правовое консультирование и др.

2. *Социально-медицинская работа патогенетического (реабилитационного) направления* подразумевает:

- содействие в организации лечения и медицинского контроля;
- психокоррекцию;
- семейное консультирование;
- разработку индивидуальной программы реабилитации инвалида;
- проведение мер медицинской реабилитации инвалидов – восстановительного и санаторно-курортного лечения, клинико-функционального контроля;
- проведение мер социальной реабилитации инвалидов – создание безбарьерной среды жизнедеятельности, социальная помощь и социальные услуги, обеспечение средствами передвижения и вспомогательными техническими средствами;
- проведение мер профессиональной реабилитации – профессиональная подготовка и профессиональное образование, содействие в изменении режима и характера труда, трудоустройстве, переквалификации;
- обеспечение преемственности во взаимодействии клиента со специалистами смежных профессий;
- содействие в создании реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры и др.

Таким образом, предложенная систематизация всех мероприятий учитывает особенности проблем той или иной группы клиентов. Это позволяет рассматривать ее как базовую модель нового вида профессиональной деятельности. На этапе становления отечественной социально-медицинской работы такую модель можно использовать как своего рода алгоритм для развития практики медико-социальной работы в отдельных областях клинической медицины, в системе социального обслуживания населения и в других сферах, где имеется потребность в таком виде деятельности [2, 3, 7, 11, 17, 27, 48, 51].

Вопросы и задания для самоконтроля

1. В чем суть базовой модели социально-медицинской работы? Перечислите элементы базовой модели.

2. Назовите основные мероприятия социально-медицинской работы:

- для группы повышенного риска заболеваний;
- членов семьи клиента и его ближайшего окружения;
- длительно, тяжело и часто болеющих;
- больных с выраженными социальными проблемами;
- для инвалидов.

3. Определите значение базовой модели для практики социально-медицинской работы.

4. Предложите мероприятия патогенетического направления при разработке индивидуальных программ реабилитации.

Глава 3. МОДЕЛЬ СПЕЦИАЛИСТА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ, УЧАСТВУЮЩЕГО В ОКАЗАНИИ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Формирование современной системы подготовки социальных работников может быть успешным при наличии научно обоснованных государственных требований к уровню подготовки специалистов в сфере социальной работы и тщательно разработанной модели специалиста. По определению И. И. Сигова и Н. Ф. Талызиной, проблема создания модели специалиста является ключевой для формирования содержания учебных планов, учебных программ, построения профессиограммы.

По мнению И. А. Зимней, при построении профессиограммы социального работника как субъекта профессиональной деятельности необходимо выделять по меньшей мере три основания. Первое соотносится с собственно личностной характеристикой социального работника. В ней одним из определяющих критериев является соответствие гуманистического потенциала личности данному роду деятельности. Второе – компетентность социального работника, включающая социальные знания и умения не только в конкретной области работы, но и в тех ее сферах, которые прямо или косвенно с ней связаны. Третьим основанием такого подхода к общей характеристике социального работника является его умение устанавливать адекватные межличностные отношения в различных ситуациях общения.

При разработке модели специалиста социальной работы, участвующего в оказании медико-социальной помощи, мы исходили из того, что социальная работа представляет собой один из самых многоплановых видов профессиональной деятельности в области профессий типа «человек – человек».

Л. В. Топчий и другие исследователи отмечают, что при таком подходе неизбежно встает задача формирования *паспорта специалиста*.

При разработке паспорта специалиста учитывалась существующая практика нормативных требований, предъявляемых к социальной работе в странах с развитой службой социальной помощи. Разработчики исходили

из понимания того, что практика социальной работы состоит из профессионального применения ценностей, принципов и методов социальной работы, требует знания закономерностей развития и поведения человека, знания социальных и экономических институтов, а также взаимодействия всех этих факторов. Разработка паспорта специалиста предполагает фиксацию личностных качеств специалиста, определение его знаний и умений, которые должны быть развиты в процессе профессиональной подготовки, а также определение круга должностных обязанностей, выделение специальных функций, осуществляемых в рамках социально-медицинской работы. При этом не должно происходить подмены видов и задач профессиональной деятельности должностными обязанностями.

При определении качеств личности специалиста социальной работы необходимо учитывать уровень ее интеллектуального, общекультурного и нравственного потенциала. В настоящее время существует дефицит гуманистических и общегуманитарных качеств, высокой политической культуры и гражданственности.

Общие требования к социальным работникам, сформулированные Е. И. Холостовой, являются необходимыми и по отношению к специалистам в области медико-социальной работы [50]. По ее мнению, социальный работник должен:

- иметь хорошую профессиональную подготовку, знания в различных областях психологии, педагогики, физиологии, экономики, законодательства, информатики;
- обладать высокой общей культурой;
- владеть информацией о современных политических, социальных и экономических процессах, иметь широкую осведомленность о различных социальных группах населения;
- обладать определенной социальной приспособленностью;
- иметь профессиональный такт, вызывать симпатию и доверие окружающих, соблюдать профессиональную тайну;
- обладать эмоциональной устойчивостью, уметь добросовестно исполнять свой долг, оставаясь спокойным, доброжелательным и внимательным;
- уметь принимать решения в неожиданных ситуациях, четко формулировать свои мысли, грамотно и доходчиво их излагать.

В профессиональной подготовке специалиста в области социально-медицинской работы особое значение имеет изучение биоэтики. Будущим специалистам необходимо предоставить возможность изучения широкого круга философских, этических и правовых проблем, возникающих в связи с развитием медицинских и биологических наук, использованием в практике здравоохранения высоких технологий. Должны рассматриваться вопросы, связанные с ценностью здоровья в современном обществе, этические и правовые проблемы умирания и смерти, эвтаназии, трансплантации органов и тканей человека, новых репродуктивных технологий, современных биомедицинских исследований и другие вопросы биоэтики как междисциплинарной области знаний.

Новые технологии не только открывают перед человеком новые возможности – часто они несут с собой риски и опасности. Из этого, однако, не следует, что человечеству надо смириться с теми угрозами, которыми чреват прогресс биотехнологий. Он не будет в подлинном смысле прогрессом, если станет осуществляться вопреки ценностям и идеалам гуманизма. В области биоэтики гуманизм становится в полной мере прикладным, поскольку возникает необходимость не только пропаганды гуманистических ценностей и идеалов, но и их практической реализации. Как отмечает Б. Г. Юдин, речь идет о поиске таких решений сложнейших моральных проблем, в которых непосредственно реализовывались бы начала гуманизма.

Практика биоэтики постепенно формирует язык публичного обсуждения острейших жизненно важных проблем у людей, принципиально по-разному объясняющих, что истинно, а что ложно. В этом деле важную роль могут выполнить социальные работники.

Следует отметить, что развитию биоэтики, в том числе и в профессиональном сообществе социальных работников, будет способствовать созданный в апреле 2006 г. в Российской Федерации Национальный комитет по биоэтике.

Практика свидетельствует о том, что специалист социальной работы, стремящийся профессионально оказать помощь своему клиенту, обязан владеть теоретическими и практическими знаниями в области медицины и здравоохранения. Независимо от специализации и рабочего места он участвует в решении проблем индивидуального и общественного здоровья, выступает в качестве «учителя здоровья».

Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как состояние полного физического, душевного и социального благополучия (а не только как отсутствие болезней и физических дефектов). Поэтому социальная работа рассматривается как деятельность, родственная врачеванию.

Проблема здоровья, будучи глобальной, неотъемлема от других проблем человека. Здоровье актуально во все периоды индивидуального развития организма, от рождения и до смерти.

Здоровье человека является предметом изучения многих естественных и общественных наук: биологии, медицины, социологии, психологии, философии и др. Изучение основ здоровья – это в большей степени медико-биологический аспект. И все же необходимо помнить, что, хотя все медицинские доктрины в своей основе имеют две взаимосвязанные цели – сохранение здоровья и лечение болезней, а медицина фактически является наукой о болезнях, невозможно решать проблемы здоровья без учета широкого спектра социальных факторов. Известно, что, по данным зарубежных и отечественных исследователей, здоровье человека на 50% зависит от образа жизни.

Деятельность социальных работников характеризуется по меньшей мере тремя различными подходами к вмешательству в проблему, которыми определяются вариации их профессиональных функций. Эти подходы обозначаются как воспитание, фасилитация и адвокатирование. Применение того или иного подхода определяет различные ролевые позиции, цели и методы действия. В кратком изложении дифференциация деятельности социальных работников выглядит так.

Воспитательный подход позволяет социальному работнику выступать в роли учителя, консультанта, эксперта: давать советы, обучать умениям, моделированию и демонстрации правильного поведения, устанавливать обратную связь, применять ролевые игры как метод обучения.

Фасилитативный подход подразумевает, что социальный работник выполняет роль пособника или помощника, сторонника или посредника в преодолении проблемной дезорганизации личности. Он нацелен на интерпретацию поведения, обсуждение альтернативных направлений деятельности и действий, объяснение ситуаций, мобилизацию внутренних ресурсов.

Адвокативный подход применяется в тех случаях, когда социальный работник выполняет ролевые функции адвоката от имени конкретного клиента или группы клиентов. Используя такой подход, социальный работник оказывает помощь в выдвижении усиленной аргументации, подборе документально обоснованных обвинений и т. п.

Для специалиста социальной работы, участвующего в решении проблем здоровья, профессиональная деятельность не самоцель, она является средством решения конкретных задач, главной среди которых остается осуществление специальных междисциплинарных взаимосвязей, обуславливающих содержание и методы социальной работы, направленные на восстановление, сохранение и укрепление здоровья. В то же время методы социально-медицинской работы определяются спецификой субъекта этой работы. Вместе с врачами, психологами, юристами, педагогами социальный работник участвует в решении проблем отдельной личности или социальной группы. Это в полной мере относится и к такой специализированной сфере профессиональной деятельности, какой является медико-социальная работа.

Еще одной важнейшей составляющей паспорта специалиста является определение его должностных обязанностей, специальных функций, которые он выполняет на уровне профессионального дипломированного работника.

Проведенный анализ научной литературы позволил систематизировать обширный перечень функций специалистов социальной работы, которые участвуют в оказании медико-социальной помощи различным группам населения, и составить в рамках предложенной концепции *обобщенный перечень специальных функций*, объединив их в три группы: медико-ориентированные, социально ориентированные и интегративные.

1. Медико-ориентированные функции:

- организация социально-медицинской помощи и ухода за больными, нетрудоспособными, инвалидами;
- оказание социально-медицинской помощи семье;
- медико-социальный патронаж различных групп;
- оказание социально-медицинской помощи хронически больным;
- организация паллиативной помощи;
- предупреждение рецидивов основного заболевания, выхода на инвалидность, смертности (вторичная и третичная профилактика);

- санитарно-гигиеническое просвещение;
- информирование клиента о его правах на медико-социальную помощь и порядке ее оказания с учетом специфики проблем нуждающегося и др.

2. Социально ориентированные функции:

- обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и оказания социально-медицинской помощи;
- представление в органах власти интересов лиц, нуждающихся в социально-медицинской помощи;
- содействие в предупреждении общественно опасных действий;
- оформление опеки и попечительства;
- участие в проведении социально-гигиенического мониторинга;
- участие в создании реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры для нуждающихся категорий населения;
- обеспечение доступа клиентов к информации по вопросам их здоровья;
- 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 психокоррекция;
- психотерапия, психическая саморегуляция;
- коммуникативный тренинг, тренинг социальных навыков и др.

3. Интегративные функции:

- комплексная оценка социального статуса клиента;
- содействие выполнению профилактических мероприятий социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья на индивидуальном, групповом и территориальном уровнях;
- формирование установок клиента, группы, населения на здоровый образ жизни;
- планирование семьи;
- проведение социально-медицинской 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 и др.

Перечисленные функции специалиста социальной работы, участвующего в оказании социально-медицинской помощи, могут быть использованы при разработке нормативных документов по социальной работе в различных областях здравоохранения и социального обслуживания населения, а также могут быть положены в основу методического подхода, что является особенно важным на этапе разработки ведомственных приказов, инструкций и других нормативных документов.

По мере расширения практики социальной работы в здравоохранении специальные функции, равно как и должностные обязанности специалистов, будут уточняться, конкретизироваться, что послужит дальнейшему формированию нормативной правовой базы нового вида профессиональной деятельности.

Рассмотрим подробнее теоретическую составляющую как элемент вузовской подготовки специалиста социальной работы, участвующего в оказании социально-медицинской помощи населению (медицинская специализация).

Подготовка таких специалистов (специалистов в области медико-социальной работы) начинается с изучения общепрофессиональной дисциплины «Основы социальной медицины» и специальной дисциплины «Содержание и методика социально-медицинской работы».

Целью изучения дисциплины «Основы социальной медицины» является овладение будущими специалистами социальной работы знаниями о факторах, влияющих на здоровье, а также способами сохранения и укрепления физического, психического и социального благополучия. Достиже-

нию этой цели способствует решение в процессе изучения дисциплины следующих основных задач:

- понимание основных факторов, влияющих на здоровье человека;
- изучение организационно-правовых основ охраны здоровья и медико-социальной помощи;
- овладение технологиями сохранения и укрепления здоровья и предупреждения развития заболеваний;
- определение роли специалистов социальной работы в охране здоровья, включая оказание социально-медицинской помощи различных видов.

Будущие специалисты социальной работы овладевают знаниями социальных и генетических основ здоровья, методикой оценки индивидуального и общественного здоровья, изучают правовые основы охраны здоровья, медицинского страхования, реабилитации инвалидов, знакомятся с особенностями организации социально-медицинской помощи населению в условиях современной России, а также социально-медицинскими аспектами основных инфекционных и неинфекционных заболеваний. Отдельные разделы данной дисциплины посвящены вопросам охраны психического здоровья, организации службы охраны материнства и детства, планирования семьи, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия. Студенты овладевают методиками гигиенического просвещения, формирования здорового образа жизни населения.

Данную дисциплину мы рассматриваем как базовую при подготовке специалистов социальной работы для оказания социально-медицинской помощи населению. Социальная работа по оказанию социально-медицинской помощи населению, определяемая нами как социально-медицинская работа, является важной практической частью социальной медицины.

Целью изучения специальной дисциплины «Содержание и методика социально-медицинской работы» является овладение будущими специалистами технологиями социально-медицинской работы с отдельными группами населения в учреждениях различного типа.

В рамках данной дисциплины предусматривается изучение теоретических основ социально-медицинской работы: отечественного и зарубежного исторического опыта, концепции социально-медицинской работы, ее организационного и нормативного правового обеспечения. Будущие

специалисты изучают особенности технологий социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения, образования, социального обслуживания населения, включая службу медико-социальной экспертизы, а также работы с отдельными группами лиц (страдающими зависимостью от психоактивных веществ, психическими расстройствами, онкологическими заболеваниями, ВИЧ-инфицированными, инвалидами, военнослужащими и др.). Дальнейшая подготовка специалистов для выполнения медико-социальной работы продолжается через дисциплины специализации, дополнительные образовательные программы.

Важной учебной дисциплиной для обучающихся по специальности «Социальная работа» является «Теория медико-социальной работы», в рамках которой рассматриваются концепция отечественной социально-медицинской работы, базовая модель данного вида профессиональной деятельности, модель специалиста социальной работы, участвующего в оказании социально-медицинской помощи, нормативно-правовая база социально-медицинской работы и т. д.

Изучение дисциплины «Система охраны здоровья и здравоохранение» предусматривает углубление и расширение знаний, полученных студентами, в ходе освоения общепрофессиональной дисциплины «Основы социальной медицины»: охрана здоровья рассматривается как система государственных мер политического, экономического, правового, социального, культурного характера; исследуются организация и деятельность различных систем здравоохранения; значение, место и содержание отдельных компонентов социально-медицинской помощи в охране здоровья, а также роль специалистов социальной работы в ее оказании.

Задачей дисциплин, посвященных вопросам медико-социальной работы в различных сферах охраны здоровья (профилактики заболеваний, охраны материнства и детства, планирования семьи, наркологии, онкологии, психиатрии и др.), является овладение обучающимися технологиями социально-медицинской работы с различными группами клиентов.

Помимо усвоения теоретических знаний большое внимание следует уделять формированию у будущих специалистов практических навыков работы с пациентами, страдающими различными группами заболеваний. Студентам предлагаются разнообразные ситуационные задачи, решение

которых позволяет отработать алгоритмы социально-медицинской работы с различными группами клиентов при решении их конкретных проблем [8, 17, 27, 47, 50].

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Перечислите конкретные функции, выполняемые специалистом социальной работы при оказании социально-медицинской помощи населению в рамках условных групп:

- медико-ориентированные функции;
- социально ориентированные функции;
- интегративные функции.

2. Что является целью дисциплины «Содержание и методика социально-медицинской работы»?

3. Определите роль специалиста по социальной работе в охране здоровья.

4. В чем состоит суть адвокативного подхода в социально-медицинской работе? Приведите примеры.

Глава 4. СОДЕРЖАНИЕ И МЕТОДИКА ТЕХНОЛОГИЙ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ С РАЗЛИЧНЫМИ ГРУППАМИ НАСЕЛЕНИЯ И В НЕКОТОРЫХ СФЕРАХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

4.1. Центры социального обслуживания

Центры социального обслуживания населения оказывают комплексную социальную помощь разных видов:

- социально-медицинскую;
- профилактическую;
- психологическую;
- юридическую и др.

Центр социального обслуживания является учреждением социальной защиты населения, осуществляющим на территории города или района организационную и практическую деятельность по оказанию комплексной социальной помощи разных видов (социально-медицинской, профилактической, реабилитационной, психологической, социально-педагогической, юридической и т. д.) престарелым гражданам, инвалидам и группам населения, нуждающимся в социальной поддержке. Центры социального обслуживания могут иметь в своей структуре подразделения социального обслуживания, в том числе отделения дневного пребывания престарелых и инвалидов, социальной помощи на дому, службы срочной социальной помощи, а также другие подразделения, создаваемые с учетом необходимости и имеющихся возможностей.

Центры социального обслуживания семьи и детей призваны осуществлять социальную помощь семье и детям, изучать социальное здоровье различных групп населения, выходить с рекомендациями на властные структуры.

Одной из форм социальной работы в этих службах является неотложная помощь при острых психических состояниях человека, вызванных социальными условиями или трудной жизненной ситуацией. Эту помощь могут осуществлять такие учреждения и подразделения службы, как телефон доверия, пункт неотложной психологической помощи и т. д. Такая помощь носит продолжительный характер, осуществляется в социальных приютах для детей и подростков (матерей с детьми), реабилитационных

центрах, центрах социальной помощи детям, оставшимся без попечения родителей. Центр может иметь в своей структуре отделения социально-медицинской помощи.

Одной из главных задач деятельности центра является улучшение показателей социального здоровья и благополучия семьи и детей.

В связи с этим в задачи центра входят:

- социальный патронаж семей и отдельных граждан, нуждающихся в социальной помощи, реабилитации и поддержке;
- подготовка юношей и девушек к браку и сознательному родительству;
- социальная, медико-психологическая реабилитация детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья, детей, оставшихся без попечения родителей;
- социально-медицинская абилитация и реабилитация детей и подростков с ограниченными возможностями и их семей;
- распространение среди населения медико-психологических, педагогических и правовых знаний;
- реализация чрезвычайных мер по преодолению последствий стихийных бедствий и социальных конфликтов – участие специалистов социальных служб в разработке социально-медицинских мер, включаемых в программы по ликвидации чрезвычайных ситуаций.

Центры социального обслуживания населения обеспечивают малоимобильным пенсионерам, инвалидам оказание социально-медицинских услуг, социально-бытовое обслуживание на дому, организацию различных услуг силами предприятий торговли, общественного питания, коммунального и бытового хозяйства, а также учреждений здравоохранения и социальной защиты населения.

Прием на обслуживание осуществляется на основе личного заявления граждан либо заявления сотрудников поликлиники, родственников или соседей. К кандидату на обслуживание направляется по месту жительства сотрудник центра для обследования условий проживания, выяснения статуса, состояния здоровья и определения необходимых видов помощи, которая может включать: доставку на дом обедов, продуктовых полуфабрикатов, товаров первой необходимости, медикаментов; запись на прием к врачам и оказание помощи в посещении поликлиники, помощь в поддер-

жании личной гигиены; оформление документов, включая документы, необходимые для установления опеки и попечительства.

Кроме того, социальная работа проводится в учреждениях социальной защиты стационарного типа (домах-интернатах для престарелых и инвалидов, домах (отделениях) милосердия, геронтологических центрах, хосписах и других аналогичных отделениях).

К сожалению, центры социального обслуживания иногда располагаются в старых, ветхих помещениях, что затрудняет социально-медицинскую работу, ухудшает состояние здоровья клиентов, а иногда (при аварийных ситуациях) угрожает их жизни. Поэтому важной социально-медицинской работой является соблюдение санитарно-гигиенических и эпидемиологических требований к учреждениям социальной защиты [7–9, 18, 35, 50].

4.2. Социальная работа в сфере образования

Социальный работник призван не только выполнять в образовании миссию социального реабилитолога, но и инициировать в нем процесс социальной превенции, обогащая учебно-воспитательные системы образовательных учреждений новейшими социальными технологиями.

Роль и место социального работника в сфере образования целесообразно определять в зависимости от специфики образовательных учреждений.

Деятельность специалиста по социальной работе в учреждениях системы дошкольного образования зависит, с одной стороны, от возрастных особенностей детей-дошкольников, а с другой – от научных представлений о необходимых условиях, способствующих благополучному включению ребенка 3–7 лет в систему образования. Поэтому предметом заботы социального работника являются потребности дошкольников и возможности их родителей, особенно в тех случаях, когда поведение ребенка и его учебно-игровая деятельность создают проблему для сверстников и воспитателей или когда он терпит материальные и социальные лишения. В таких ситуациях социальный работник становится участником кампании по разработке мер профилактики и устранения симптомов неблагополучия в судьбе ребенка, берет на себя роль посредника и коммуникатора между образовательным учреждением и семьей,

ребенком и родителями, ребенком и воспитателями. Это особенно важно, если ребенок часто болеет либо не посещает дошкольные учреждения без объяснения причин, неухожен или если известно, что он подвергается в семье жестокому обращению.

Когда проблема выходит за рамки компетенции образовательного учреждения, социальный работник вправе (и должен) обратиться в соответствующие полномочные социальные инстанции.

В период включения ребенка в систему дошкольного образования чаще всего впервые выявляются его отклонения в развитии – физическом, эмоциональном. В таких случаях социальный работник должен организовать помощь своему подопечному, привлекая соответствующих специалистов – медицинского работника, психолога, социального педагога, милиционера – и таким образом своевременно устранить симптомы неблагополучия. Это, пожалуй, едва ли не единственный действительно эффективный способ сокращения количества детей «группы риска», имеющих в 3–7-летнем возрасте ряд предпосылок для получения в недалеком будущем диагноза «социальная дезадаптация».

Не должна остаться без внимания социального работника и та категория детей, которую педиатры называют «неорганизованной», т. е. детей, не посещающих детские дошкольные учреждения. В соответствии со ст. 18 разд. 2 Закона «Об образовании» родители являются первыми педагогами. Они обязаны заложить основы физического, нравственного и интеллектуального развития личности ребенка в раннем возрасте. В упоминавшемся выше законе сказано, что государство гарантирует финансовую и материальную поддержку в воспитании детей раннего детского возраста, обеспечивает доступность образовательных услуг дошкольного образования. Социальный работник должен быть осведомлен о степени воспитательного потенциала семьи и своевременно организовать работу с родителями.

Несмотря на то, что деятельность специалиста по социальной работе в учреждениях дошкольного образования преимущественно носит организационно-профилактический характер (она предполагает выявление детей с симптомами социального неблагополучия – выяснение причин неблагополучия – организацию системы адресной социальной помощи детям), ее значение трудно переоценить: эффективно организованная система соци-

альной помощи детям в учреждениях дошкольного образования – обязательное условие сокращения числа случаев неблагоприятного развития учащихся массовой общеобразовательной школы [9, 13, 17, 23, 26].

Социальная работа в школах обеспечивает учащимся благополучное социальное развитие при получении ими начального общего (1–4-й классы), основного общего (1–9-й классы) и среднего (полного) общего образования (10–11-й классы).

Причем следует иметь в виду, что требование обязательности основного общего образования применительно к конкретному обучающемуся сохраняет силу до достижения им возраста 15 лет, если соответствующее образование не было получено обучающимся ранее (ст. 19, разд. 2 Закона «Об образовании»).

Как и при работе в дошкольных учреждениях, социальный работник, осуществляющий деятельность на данном образовательном уровне, руководствуется действующим законодательством, стремится удовлетворить потребности учащихся и при этом учитывает возможности их семей. В данных условиях он превращается в политика и стратега по организации социальной помощи нуждающимся детям и оздоровлению семейной среды. В поле его зрения находятся динамика посещаемости школы учащимися, успеваемости, материальное и социальное положение учащихся «группы риска» (в первую очередь из малообеспеченных семей), а также их отношения со сверстниками, учителями и родителями. Учителя не обязаны стремиться устранять причины бедности, девиантного или делинквентного поведения своих учеников, так же как и другие симптомы их социального неблагополучия. Социальный работник, посещая семьи учащихся, зная положение ребенка в школе и классе, его нужды и беды, поощряет родителей максимально использовать образовательные возможности школы, например возможность наладить межличностные отношения в семье с помощью школьного психолога, принять участие в общественной акции, организуемой социальным педагогом, использовать возможности дополнительного образования, если ребенок проявляет особые способности к какому-либо виду деятельности, получить материальную помощь и т. п.

Особую сложность для социального работника могут представлять случаи, когда учащийся относится к категории социально дезадаптирован-

ных детей, а его семья имеет низкий воспитательный потенциал, т. е. в ней процветают грубость, аморальное поведение, антисанитария, наблюдаются психические болезни и т. д. В таких ситуациях ни ребенок, ни социальный работник не могут рассчитывать на поддержку семьи, и без привлечения специалистов (социального педагога, классного руководителя, психолога, инспектора по делам несовершеннолетних, нарколога и др.) не обойтись.

В должностные обязанности социального работника, осуществляющего свои функции в условиях массовой общеобразовательной школы, также входят: забота о детях, окончательно или временно исключенных из школы; оказание помощи и поддержки родителям при переводе ребенка в другое учебное заведение, система образования в котором в большей степени соответствует его особенностям, в частности в тех случаях, когда одаренный ребенок воспитывается в семье, являющейся малообеспеченной по причине многодетности, болезни родителей, отсутствия одного из родителей и т. п.; защита прав детей, являющихся представителями национальных меньшинств, беженцами или переселенцами; выявление детей, которые незаконно заняты на работе в учебное время, и решение вопроса об их обучении; поддержка детей, получающих образование вне школы; пресечение случаев жестокого обращения с детьми; содействие детям в реализации их прав в сфере образования и родителям в использовании социальных привилегий, предоставляемых школьникам; организация во внеурочное время социальной учебы учащихся, т. е. обучение эффективным методам решения бытовых проблем, а также различных массовых мероприятий – благотворительных ярмарок, аукционов, акций милосердия и др.

Процесс профессионального функционирования специалиста по социальной работе состоит из нескольких этапов: изучение условий жизни учащихся – оформление социальных паспортов – формирование системы адресной социальной помощи нуждающимся в ней школьникам и координация усилий специалистов социальной сферы, причастных к решению проблем детей «группы риска».

Стоит отметить, что подобная деятельность в России осуществляется в основном лишь в школах инновационного типа, где ребенок является ключевой фигурой учебно-воспитательного процесса и родители принимают активное участие в делах учебного заведения.

Свою специфику имеет *социальная работа в системе начального и среднего профессионального образования*. Социальный работник должен учитывать возрастные особенности своих клиентов (как правило, это подростки и молодежь в возрасте 15–19 лет), понимать и принимать их интересы и ценности, поддерживать стремление к самостоятельности, поиску и нахождению себя в сфере труда и, что самое главное, обязан организовать помощь таким образом, чтобы учащиеся имели возможность найти социально приемлемые способы зарабатывания денег на карманные расходы и оплату досуга, чтобы они знали свои права и обязанности и умели пользоваться теми социальными привилегиями, которые соответствуют их положению. При этом работа с семьей учащегося спецшколы, ПТУ, техникума по-прежнему рассматривается как опосредованная помощь подростку. Составление социального паспорта на каждого учащегося учебного заведения, изучение житейских проблем подростков, ориентация в ситуации на рынке труда, налаженная система профессионального взаимодействия со специалистами ряда социальных сфер – вот необходимые условия оказания адресной социальной помощи молодым людям, получающим начальное или среднее профессиональное образование.

Социальная работа в вузах – еще одно из возможных направлений профессионального функционирования социальных работников в области образования.

Как правило, студенты вузов из малообеспеченных семей пытаются подрабатывать в свободное от учебы время, а студенты из обеспеченных семей – получить дополнительное образование. И тем и другим нужна поддержка. Организованный в вузе социально-психологический центр, поддерживающий связи с другими учебными заведениями, предприятиями и социальными организациями, может оказать существенную помощь молодым людям, желающим избавиться от нужды и самостоятельно зарабатывать. Социально-психологический центр может принимать заказы от предприятий и учреждений на проведение каких-либо исследований, выполнение определенных видов работ, предлагать студентам ряд вакантных должностей и рабочих мест в данном вузе и т. д.

В целях помощи студентам, проживающим в общежитиях, испытывающим лишения, унижения и многие другие неудобства, не умеющим

воспользоваться своими правами и льготами, социальный работник формирует группу поддержки из студентов-старшекурсников. Кроме того, он оказывает помощь студенческим семьям.

Компетентный в работе со студенческой молодежью специалист оценивает профессиональную коммуникацию, решая вопросы: что может послужить условием, которое позволит студенту проявить самостоятельность в добывании средств для жизни и получения образования социально приемлемыми способами? когда? для кого из его подопечных это может послужить условием? каким образом? Эти вопросы социальный работник должен задавать себе применительно ко всей своей работе, но при функционировании в вузе – обязательно.

В вузах обучаются также молодые люди с ограниченными физическими возможностями, которым сложно занять свое место в сфере труда, дети-сироты, дети из многодетных семей, студенты, имеющие детей, и многие другие категории социально незащищенной молодежи. Помощь в виде разовых денежных выплат или вещевой гуманитарной поддержки не является выходом из положения. Существенную помощь может оказать социальный работник, информирующий студента о том, куда, к кому, каким образом можно обратиться, чтобы изменить свое незавидное положение.

О возможностях своих клиентов социальный работник должен осведомиться при заполнении социального паспорта на каждого из них.

Особого внимания заслуживают студенты, демонстрирующие выдающиеся успехи в учебе, но не имеющие средств к продолжению образования, вынужденные, чтобы заработать себе на жизнь, переводиться на заочное или вечернее отделение, сужающие свои возможности, так как не в состоянии оплатить, например, курс иностранного языка, компьютерной грамотности и др. Они нуждаются в поддержке социального работника и в той помощи, которую он может оказать в соответствии с действующим законодательством [16, 23, 26, 35, 45].

4.3. Социальная работа в армии

Цели социальной работы в Вооруженных силах в самом общем виде заключаются в том, чтобы восстановить физические и психические силы военнослужащих, скорректировать их личностные установки, внести элементы

социальной справедливости в субординационные отношения, характерные для военной службы. Специфика профессиональной деятельности, связанной с воинской службой, содержит в себе определенные объективные факторы, которые негативно влияют на военнослужащих и выполнение ими определенных функций. Это характерно для вооруженных сил любого современного общества, но особенности положения военнослужащих в Российской Федерации обуславливают особую сложность их социальной ситуации, и это не может не сказываться на их самочувствии и деятельности.

Человек, проходящий воинскую службу, часто подвергается воздействию неблагоприятных факторов: это эмоциональная и физическая перегрузка во время выполнения заданий в экстремальных условиях, воздействие шума, вибрации, химических реагентов, замкнутого пространства, сенсорная депривация, постоянный вынужденный контакт с другими военнослужащими, отсутствие возможности уединения, межличностная напряженность, межличностные конфликты.

В целом решение социальных проблем военнослужащих и членов их семей предполагает формирование системы социальной работы в воинской среде, военно-социальной работы, которая выступает и в качестве механизма реализации социальной политики в Вооруженных силах, и в качестве механизма реализации социально-правовой защиты данной категории населения. Военно-социальная работа как практика – динамично развивающийся комплекс (в перспективе – система) видов профессиональной деятельности, сущность которых заключается в удовлетворении разнообразных потребностей военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, и членов их семей. Эти потребности возникают в процессе взаимодействия данных категорий с социальной военной средой, конкретным воинским социумом. По своему характеру военно-социальная работа является активно-преобразовательной деятельностью.

Клиентами военно-социальной работы являются, как правило, представители трех специфических групп населения.

Первая – военнослужащие (офицеры, прапорщики и мичманы, сержанты и старшины, солдаты и матросы). Та часть военно-социальной работы, которая ориентирована на эту группу клиентов, называется социальной работой с военнослужащими. Она проводится по месту работы воен-

нослужащих (и проживания военнослужащих срочной службы), т. е. в казарме, на полигоне, в «горячих точках» и т. д.

Вторую группу клиентов военно-социальной работы составляют семьи военнослужащих; совокупность видов деятельности, направленных на удовлетворение их социальных потребностей, называется социальной работой с членами семей военнослужащих. Эта часть клиентов является приоритетной для военно-социальной работы в связи с тем, что именно семья по своему предназначению является союзником общества в решении его коренных проблем, утверждению нравственных устоев, социализации детей, развитии культуры и экономики. Общество заинтересовано в активно действующей семье, способной выработать и реализовать собственную жизненную стратегию, обеспечить не только свое выживание, но и развитие. В особых категориях семей, таких, как семьи военнослужащих, прошедших «горячие точки», главной задачей остается адаптация военнослужащих к мирной жизни, другими словами, «возвращение в семью». Работа с семьями должна вестись непосредственно при выполнении частями служебно-боевых задач, когда информация, поступающая из районов боевых действий, оперативно и своевременно в возможном объеме доводится до членов семей военнослужащих, широко пропагандируются успешное выполнение служебно-боевых задач, примеры мужества, решительности, добросовестного выполнения воинского долга.

В беседах с членами семей супругам военнослужащих даются следующие рекомендации:

1. Внимательно и заинтересованно слушать рассказы своего партнера о том, что ему пришлось пережить. Ему очень важно выговориться, особенно при моральной поддержке близкого и любимого человека. Необходимо поделиться своими переживаниями за время его отсутствия и членам семьи.
2. Постараться помочь вернуться в нормальную, привычную жизнь.
3. Проявить внимание и терпение к проблемам, которые неизбежно возникают в результате боевого стресса, к психологическому дискомфорту, повышенной раздражительности, возможному длительному депрессивному состоянию и т. п. Это временные явления, необходимо помочь ему с ними справиться.

4. Необходимо учитывать, что за время разлуки, связанной с выполнением мужем служебно-боевых задач, оба супруга несколько изменились. Необходимо какое-то время, чтобы опять привыкнуть друг к другу. Возвращение мужа к привычной совместной жизни может протекать не без осложнений, проявите понимание и терпение.

5. Особое внимание необходимо уделить детям. Важно, чтобы при восстановлении ваших привычных отношений с мужем они не оказались без должного внимания и заботы.

6. Создать благоприятную интимную обстановку. Дать понять партнеру, что Вы в нем нуждаетесь и что пойдете ему навстречу.

7. Не поощрять употребление мужем алкоголя. Постараться тактично дать ему понять, что это пагубно для него, ваших отношений и в целом для семьи.

Основная задача социального работника – помочь супругам приспособиться к тем изменениям, которые произошли для обоих. При проведении работы необходимо учитывать сексуальные проблемы ветеранов, связанные с их военным прошлым (насилие над женщинами на оккупированных территориях, перенесенные венерические заболевания, связь с проститутками и т. п.).

Третью часть клиентов военно-социальной работы составляют бывшие военнослужащие. Совокупность видов деятельности, направленной на удовлетворение их социальных потребностей, называется социальной работой с военнослужащими, как ветеранами боевых действий, так и лицами, уволенными с военной службы. Эта работа проводится по месту жительства военнослужащих (военные городки, места компактного проживания военнослужащих в населенных пунктах); она возлагается на гражданские структуры (со значительными ограничениями) и не входит в круг обязанностей военных должностных лиц. Она практически не имеет кадровой и материальной базы. Нормативная ее регуляция отсутствует полностью. Эта часть клиентов социальной работы может рассчитывать в основном только на гражданские социальные службы, которые, как правило, не считают их своими клиентами.

Социальная работа с военнослужащими осуществляется как непосредственно в условиях Вооруженных сил, так и в обществе в целом. За-

местители командиров по работе с личным составом, специалисты военно-медицинских учреждений, военные психологи, юристы в первую очередь обязаны заниматься социальной защитой военнослужащих. Одна из важнейших задач – соблюдение всех прав и обеспечение льгот, которые положены военнослужащим в соответствии с действующим законодательством, создание таких социально-бытовых условий, которые не разрушают здоровье и работоспособность людей, несущих военную службу.

Задачи военно-социальной работы – социальное и юридическое консультирование по всем вопросам, связанным с правами и возможностями военнослужащих до и после увольнения, правами членов их семей; защита их интересов перед командованием части, вышестоящими инстанциями, органами местной власти.

Одна из важных функций социальной работы – развитие социальных коммуникаций, ликвидация межличностной напряженности, конфликтов, сплочение воинских коллективов (особенно в закрытых военных городках, гарнизонах, надолго оторванных от семьи, общества). С целью реализации данной функции применяются конфликтологические процедуры, технологии посредничества, методы групповой терапии в виде бесед, игр, тренинги общения и обучение коммуникативным навыкам, выявление психологической совместимости или несовместимости индивидов для комплектования наиболее жизнеспособных или стабильных коллективов.

Главная цель военно-социальной работы заключается в осуществлении социальной интеграции: вернуть человека из аномии пограничной ситуации в социальную норму, стабилизировать социальный статус, направить личностные ресурсы на активное конструирование социальной реальности, среды обитания. Социальная интеграция военнослужащих оказывается понятием, синтезирующим реализацию личных, имущественных, политических прав, социальных интересов, образовательных и социальных услуг, психологической поддержки, жилищного сервиса. Принятые законодательные акты и существующая организация социальной защиты военнослужащих и ветеранов явно недостаточны и нуждаются в дальнейшем развитии и совершенствовании.

Анализ психического состояния военнослужащих, выполнявших служебные обязанности в экстремальных условиях деятельности при зна-

чительных психоэмоциональных нагрузках, вызванных наличием витальной угрозы, позволяет утверждать, что воздействие психогенных факторов такой угрозы вызывает негативные изменения в структуре личностных характеристик и психическом состоянии военнослужащих.

Говоря о процессе реабилитации военнослужащих, получивших психические травмы, правомерно различать следующие разновидности реабилитации.

Медицинская реабилитация. В тех случаях, когда военнослужащие получают достаточно серьезные травмы, к ним применяют мероприятия медицинской реабилитации. Оказание первой медицинской помощи в боевой обстановке есть начало медицинской реабилитации. Даже кратковременное улучшение состояния военнослужащих облегчает контакт с ними, повышает их веру в выздоровление.

Военно-профессиональная реабилитация. Предусматривает меры по восстановлению в кратчайшие сроки после травмирования военнослужащих их профессиональных навыков, обеспечивающих выполнение обязанностей по штатному расписанию. В случае невозможности профессиональной реабилитации осуществляется их переобучение, подготовка к выполнению других, более доступных обязанностей.

Социальная реабилитация. Для военнослужащего, получившего психическую травму, важно ощутить со стороны окружающих людей внимание, сочувствие, поддержку. Особую значимость для него имеют события общественной жизни и ближайшее окружение. Поэтому социальная реабилитация является одной из важнейших в системе общей реабилитации.

Психологическая реабилитация. Это система медико-психологических мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций, состояний военнослужащих, получивших психическую травму. Она также является неотъемлемой составной частью общей реабилитации.

Основными целями психологической реабилитации являются:

- восстановление боевой и трудовой способности;
- предупреждение инвалидности;
- социальная адаптация.

Психологическая реабилитация проводится в комплексе с медицинской и социальной реабилитацией. Она представляет собой процесс орга-

низованного психологического воздействия, направленный на восстановление такого состояния психического здоровья воинов, которое снова позволит им решать боевые и служебные задачи.

Процесс реформирования Вооруженных сил России сопровождается устойчивой феминизацией воинских коллективов. Начиная с 1993 г. количество военнослужащих-женщин в воинских коллективах выросло на 21% и продолжает расти. В современных условиях военнослужащие-женщины работают уже по 112 воинским специальностям: это переводчики, связисты, медицинские работники, преподаватели, поэтому социальная работа с военнослужащими-женщинами является необходимым условием успешности несения военной службы.

Социальная работа с военнослужащими-женщинами должна проводиться с учетом воздействия на здоровье женщины влияний неблагоприятных факторов военно-профессиональной среды. Необходимы социальная защита одиноких и многодетных матерей, социальная помощь семьям с больными детьми, пресечение нарушений реализации социальных гарантий, гражданских и должностных прав. С учетом анатомо-физиологических особенностей женского организма технологии социальной работы должны быть направлены на сохранение репродуктивной функции женщин, профилактики нежелательной беременности и должны включать своевременные медицинские осмотры различными специалистами [26].

4.4. Социальная работа на предприятии

В мире ежегодно травмируется 120 млн чел., из них погибает 50 млн. В России только на производстве ежегодно травмируется свыше 150 тыс. чел., погибает около 5 тыс. При этом очень высок смертельный травматизм на предприятиях частной собственности: он превышает средний смертельный травматизм по стране на 60%.

В нашей стране наблюдается высокая заболеваемость трудоспособного населения. Тяжесть заболеваний работающих людей составляет около 920 дней нетрудоспособности в год на 100 чел. Она выше в таких отраслях промышленности, как производство строительных материалов, машиностроение, горнорудной, металлургической промышленности; ежегодно в России регистрируется около 100 тыс. инвалидов. При этом около

25 тыс. получают инвалидность по труду, ежедневно их ряды пополняют 80 чел. Средняя продолжительность жизни россиян меньше, чем норвежцев, австралийцев, шведов, японцев на 10–15 лет.

Для улучшения положения в области сохранения жизни и здоровья людей трудоспособного возраста необходимо использовать комплекс мер: современную безопасную технику и технологии, технические, гуманитарные и управленческие знания. Особая роль отводится социальным мерам.

На некоторых предприятиях созданы социальные комплексы, в состав которых входят медицинская служба, отдел кадров, спорткомплексы, пансионаты и другие подразделения, обслуживающие работников предприятия.

Однако основная организационная работа по социальной защите работников, контактирующих с вредными факторами, организация профилактических осмотров, контроль за вредными условиями труда женщин, лиц пенсионного возраста и другие проблемы ложатся на отделы охраны труда и отделы кадров.

В составе данных подразделений специалисты по социальной работе не предусмотрены штатным расписанием. Поэтому эффективность социальной работы определить трудно. Более наглядно эту работу характеризуют медико-социальные количественные показатели: состояние общей, профессиональной заболеваемости, производственный травматизм, обращаемость работников за медицинской помощью, виды и количество социально-медицинских услуг, количество процедур и др.

Социальные услуги в виде консультаций помогают решать проблемы клиентов совместно с другими службами, имеющимися на предприятии (кадровая медицинская служба, профсоюз и др.). Создание на промышленных предприятиях службы по социальной работе в сфере производства могло бы быть выгодно предпринимателям, поскольку ею решались бы такие производственные проблемы, как текучесть кадров, несчастные случаи и травматизм, использование социальных страховых выплат и пособий, снижение заболеваемости, общих материальных и социальных затрат.

Специалист по социальной работе может работать в составе отдела кадров или отдела охраны труда, а также в составе социально-медицинской службы предприятия.

С 1998 г. в соответствии с Постановлением Министерства труда и социального развития РФ от 14 марта 1997 г. № 312 и «Гигиеническими критериями оценки условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса» на предприятиях и организациях, в учебных заведениях проводится аттестация рабочих мест по условиям труда. Целей у аттестации несколько, в том числе: обоснование предоставления льгот и компенсаций работникам, занятым на тяжелых работах и работах с вредными и опасными условиями труда; установление диагноза профзаболевания; решение вопроса о связи заболевания с профессией при подозрении на профзаболевание; рассмотрение вопроса о прекращении эксплуатации производственного оборудования; изменение технологий, представляющих непосредственную угрозу жизни и здоровью работников; вопрос о льготах и компенсациях за работу во вредных и опасных условиях труда.

На учете медицинских отделов протезно-ортопедических предприятий состоит около 1 млн чел., из них инвалидов – 74%. Прирост количества граждан, нуждающихся в протезно-ортопедической помощи, за последние 6 лет составлял 6,3% в год. Основными причинами прироста количества инвалидов являются ампутации, вызванные травматизмом, патологией сосудов нижних конечностей, онкологическими заболеваниями, врожденной патологией, а также участвовавшие техногенные катастрофы и последствия увечий во время военных действий и контртеррористических операций. Все указанные лица становятся постоянными пациентами медицинских отделов протезных предприятий. По данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ, в связи с неблагоприятной социально-экономической ситуацией в ближайшие годы следует ожидать дальнейшего увеличения числа инвалидов.

Решение проблемы совершенствования протезно-ортопедической помощи в системе социально-медицинской реабилитации и интеграции инвалидов в современном обществе является одним из приоритетных направлений социальной политики государства. Актуальность данной проблемы определяется значительным числом инвалидов, нуждающихся в комплексной многопрофильной реабилитации. Несмотря на изучение важных аспектов медицинской реабилитации, протезно-ортопедического

обеспечения, в настоящее время отсутствует научно-методическая проработка и достаточно полное обоснование концепции организации всего процесса реабилитации, включающего, помимо медицинских, еще и социальные, трудовые и профессиональные вопросы.

Цель протезирования – приспособить пациента к изменившимся вследствие травмы или заболевания жизненным условиям, фактически создать новое социальное образование – биотехническую систему (БТС) «человек – протез». БТС объединяет остаточные функциональные возможности человека и характеристики технического устройства. Степень совместимости и совместного их функционирования в основном определяют результаты протезно-ортопедической помощи, достигаемые лишь тщательным исполнением всех операций технологии протезирования, т. е. оптимальной стыковкой живого организма с протезом.

В России первым протезом, послужившим основой современных кожаных протезов и аппаратов, была «механическая нога», предложенная в 1791 г. талантливым механиком-самоучкой И. Л. Кулибиным и изготовленная им для офицера-артиллериста после ампутации бедра. Протезирование на Свердловском протезно-ортопедическом предприятии производится с 1923 г. (тогда протезная мастерская при поликлинике Верх-Исетского металлургического завода имела в своем штате 20 работников). В настоящее время предприятие оказывает помощь инвалидам и пациентам, проживающим в Свердловской области. По данным Министерства социальной защиты населения, в области насчитывается более 270 тыс. инвалидов, из них, по данным за 2004 г., на учете протезно-ортопедического предприятия состояло 43,438 тыс. чел., 1,767 тыс. из которых составляют дети-инвалиды.

На предприятии реализуются социальные программы (например, оказывается помощь в восстановительном лечении команде Свердловской области по сидячему волейболу «Родник» (дважды чемпиону России), являющейся базовой командой сборной России). Кроме того, специалистами предприятия осуществляется тесное взаимодействие с Областным фондом инвалидов войны в Афганистане, общественными организациями инвалидов.

На основе тесного взаимодействия с Министерством социальной защиты населения Свердловской области на предприятии планируется также

развить такое направление работы, как обеспечение нуждающихся граждан техническими средствами, облегчающими жизнь инвалидов. Предстоит совершенствовать организационные меры по созданию на базе предприятия реабилитационного центра, где пациенты будут проходить всестороннюю адаптацию и возвращение к нормальной жизни.

Наука и практика протезирования – высокоспециализированный наукоемкий и трудоемкий вид деятельности, обеспечивающий комплексное решение проблем медицинского, технического и социального характера. По современным представлениям, после ампутации конечностей и установления группы инвалидности, степени ограничения жизнедеятельности и выявления реабилитационного потенциала, основываясь на медико-социальных показаниях, специалистами определяются и назначаются технические средства реабилитации, которые способствуют восстановлению или компенсации способностей инвалида к бытовой, общественной и профессиональной деятельности.

При этом протезирование справедливо рассматривается как основа всей социально-медицинской реабилитации. Одним из основных документов, формируемых в результате медико-социальной экспертизы, становится индивидуальная программа реабилитации (ИПР). Роль ИПР весьма велика, так как именно она является юридическим обоснованием необходимости проведения медицинских, социально-реабилитационных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности.

Обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации, ветеранов протезами, протезно-ортопедическими изделиями осуществляется в соответствии с ИПР, разрабатываемыми федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы. ИПР является юридическим обоснованием необходимости проведения медицинских, социальных реабилитационных мероприятий.

Большое внимание уделяется психологическим особенностям пациента, его отношению к своему заболеванию и протезированию, нарушенным системам социальных связей. Болезнь, физический недостаток способны оказывать существенное влияние на человека. Вместе с тем огромную роль играют социальная среда и взаимоотношения с обществом. Фи-

зический недостаток, изменяя социальную позицию личности, приводит к появлению особых черт в поведении и характере пациента. Обездвиженность в сочетании с относительно ограниченной внешней информацией выступает в качестве причины появления угнетенного настроения и заторможенного состояния.

Человек претерпевает не только физическую травму, но и изменение внешнего вида, которое приводит к продолжительной психической травматизации. Она, в свою очередь, создает условия для утраты веры в собственные силы, потери жизненного энтузиазма, способствует нарушению связей с окружающей средой. Состояние тревоги является одним из наиболее частых и тяжелых переживаний, таких как страх перед будущим. Поэтому очень важно вселить в пережившего ампутацию человека уверенность в возможности овладения протезом. На протяжении всего периода обучения необходимо подбадривать человека и помогать ему руководить движениями. Обучение можно считать законченным, когда у него прочно закрепился правильный динамический стереотип двигательных реакций и движения протезированной конечностью стали правильными и автоматическими.

Инвалиды с ампутациями нижних конечностей при первичном протезировании, обученные методике ходьбы на протезе в условиях помещения, сталкиваются с проблемами – недоверие к протезу, страх падения в условиях улицы. Очень часто пациенту самостоятельно преодолеть этот барьер очень сложно, поэтому на территории протезно-ортопедического предприятия, где оборудована площадка для проведения тренировочных занятий с различными видами препятствий, инвалиды отрабатывают ходьбу по асфальту, гальке, брусчатке, траве, песку, перешагивают через барьеры разной высоты. Предусмотрена площадка для осуществления имитации входа и выхода в разные виды транспорта.

Одновременно проводится обучение с применением видеоматериала различной тематики: ходьба на протезах разных конструкций и при разных уровнях ампутаций с анализом при просмотре допущенных ошибок (в создании данного видеоматериала принимают участие инвалиды – клиенты Свердловского протезно-ортопедического предприятия); прохождение социально-медицинской реабилитации инвалидов в условиях протезно-ортопедических предприятий Германии; соревнования с участием сборной ко-

манды Свердловской области по сидячему волейболу «Родник», в которую входят инвалиды с ампутациями нижних конечностей. Практика показывает, что просмотр подобных видеоматериалов позитивно влияет на данную категорию инвалидов, стимулируя их к освоению протезов [19, 21, 57, 59].

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Каково основное содержание социально-медицинской работы в центрах социального обслуживания?
2. Перечислите технологии в социально-медицинской работе в учреждениях образования.
3. В чем специфика социально-медицинской работы в армии?
4. Определите роль социально-медицинской на промышленном предприятии.

Глава 5. СОДЕРЖАНИЕ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Под технологиями социальной работы принято понимать совокупность приемов, методов и воздействий, применяемых социальными службами, отдельными учреждениями и социальными работниками для достижения поставленных целей в процессе осуществления социальной работы, решения разного рода социальных проблем, обеспечения эффективной реализации задач по социальной помощи населению. По определению Е. И. Холостовой, представленному в «Российской энциклопедии социальной работы», технологии социальной работы базируются на реальном опыте социальной работы, принципах и теоретико-методологических закономерностях, открытых социальными науками: социологией, социальной инженерией, теорией управления, правом, социальной педагогикой, психологией и др. [33].

Рассматривая социальную работу как особый вид деятельности, технологии социальной работы можно интерпретировать как совокупность приемов, методов и воздействий государственных, общественных и частных организаций, специалистов и волонтеров, направленных на оказание помощи, поддержки, защиты человека. Технологии социальной работы в концентрированном виде выступают как обобщение накопленных и систематизированных знаний, опыта, умений и практики работы субъектов социальной деятельности.

Технологии социально-медицинской работы в нашей стране в последние годы наиболее активно развиваются в области психиатрии, наркологии, онкологии, геронтологии, планирования семьи. Термин «технологии» в основном используется в социальной работе.

В данной главе представлен ряд технологий социально-медицинской работы в психиатрии, наркологии, онкологии, с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом, в планировании семьи, представляющих практический интерес как для социальных, так и для медицинских работников, а также других специалистов.

5.1. Социально-медицинская работа в психиатрии

Социальная поддержка психически больных – один из важнейших разделов психиатрической помощи. В связи с большей ориентацией помощи на социальную адаптацию больного непосредственной задачей организационной психиатрии становится постепенный переход к бригадному (психиатр, психолог и социальный работник) ведению пациента не только в стационарах, но и (прежде всего) в психоневрологических диспансерах.

Альтернативой отмененному психиатрическому учету с наблюдением в директивном порядке всех лиц с психическими расстройствами должна стать, насколько это возможно, опора на ответственность психически больного за свое поведение в обществе, формирование у него положительных социальных установок, активного отношения к лечению (согласно новому закону динамическому наблюдению подлежат только лица, страдающие хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями). Отметим, что в отечественной психиатрии всегда придавалось особое значение активной позиции больного в процессе социальной реабилитации (П. Ганнушкин, Т. Гейер, Д. Мелехов).

Вместе с тем реализация этого положения не была последовательной, не была создана достаточная организационная база для его осуществления. Введение в штаты психоневрологических диспансеров сестер социальной помощи (1 ставка на 5 врачебных участков) не могло решить этой задачи. Эти сестры оказались слабо подготовлены для социальной работы, не были определены их функции. Практическое отсутствие специалистов по социальной работе в нашей стране является серьезным изъяном (для сравнения: в США 45 тыс. психиатров, 60 тыс. психологов и 500 тыс. социальных работников, в Англии – свыше 2 тыс. психиатров, примерно столько же психологов и более 24 тыс. социальных работников). Для преодоления этого недостатка нашей психиатрической службе необходимо иметь 1,5 тыс. специалистов по социальной работе с высшим и 7,3 тыс. со средним образованием. При этом на каждый врачебный участок должен приходиться 1 социальный работник со средним образованием, на 3 участка в психоневрологическом диспансере – 1 специалист по социальной работе с высшим образованием, в каждом психиатрическом стационаре дол-

жен быть 1 социальный работник на отделение и 1 методист с высшим образованием. Важнейшим, однако, остается вопрос о подготовке таких специалистов, поскольку базы для нее пока нет.

Следует иметь в виду, что деятельность этих специалистов не ограничивается помощью в трудо- и бытоустройстве пациентов. Она заключается в реинтеграции пациента в общество (восстановление его роли в различных социальных группах, налаживание семейных отношений, взаимодействия с ближайшим социальным окружением, афферентными группами, производственным коллективом и т. п.). Индивидуальная и групповая работа с пациентами, способствующая воссозданию коммуникативных функций, повышению социальной компетентности (формирование терапевтической среды, терапевтического сообщества, организация клубной работы, групп по интересам), – все это требует знания специфики психиатрии.

Психически больные, особенно в нынешних кризисных условиях, представляют собой маргинальную группу населения в связи с низким качеством их жизни. Большая часть из них отличается плохой социальной приспособляемостью. Особенно уязвимы одинокие больные, не имеющие никакой социальной поддержки, лица, проживающие в неблагополучных семьях, инвалиды. Примерно 10% обращающихся за помощью или находящихся под динамическим наблюдением в психоневрологических диспансерах относятся к наиболее обездоленным. Многие психически больные склонны к социальной изоляции, плохо ориентируются в сложностях быта, не могут рационально использовать свои ограниченные средства. Речь идет о пациентах с самым низким материальным уровнем: в течение многих лет они носят одни и те же вещи, питание их крайне скудно и однообразно. Они стали первыми жертвами кризисных явления в экономике – не имеют теплой одежды, голодают. Необходимо, чтобы Министерством социальной защиты РФ был создан фонд помощи психически больным. Тогда по решению врачебно-консультационной комиссии диспансера они могли бы получать ежемесячно финансовую поддержку в размере хотя бы минимальной зарплаты. Необходимая сумма на 240 тыс. таких больных по стране не столь велика.

В последние годы значительно возросла инвалидизация психически больных. Стабильный примерно с 1970-х гг. показатель первичного пере-

хода на инвалидность увеличился с 2,2 на 10 тыс. населения в 1989 г. до 3,4 в 1992 г., т. е. на 54,5%. В известной степени это связано с вытеснением лиц, страдающих психическими расстройствами, из сферы производства. В то же время число психически больных – инвалидов, занятых в сфере общественно полезного труда, уменьшилось – на обычных предприятиях с 10,6% в 1989 г. до 7,2% в 1992 г., в специализированных цехах, создаваемых совместно с психиатрами на предприятиях, – с 1,29% в 1989 г. до 0,8% в 1992 г., в лечебно-трудовых мастерских при психоневрологических учреждениях – с 3,2% в 1990 г. до 2% в 1992 г. Данная тенденция ставит на грань катастрофы социально-трудовую реабилитацию психически больных и диктует необходимость осуществления ряда неотложных мероприятий.

Во-первых, речь идет о преобразовании лечебно-трудовых мастерских в лечебно-производственные предприятия при психоневрологических учреждениях с более широкими возможностями производственной и экономической деятельности, цель которого состоит в том, чтобы не только обеспечить социально-трудовую реабилитацию инвалидов, но и трудоустроить больных, не имеющих инвалидности, вытесненных с предприятий промышленности и из различных учреждений (из расчета не менее 1 места на 1 тыс. населения).

Давно существуют внутренние противоречия в организации и деятельности лечебно-трудовых мастерских при психоневрологических учреждениях. Они не были местом постоянного трудоустройства; сюда направляли инвалидов II группы для обучения новой профессии, а также психически больных для трудотерапии. Однако практически многие из них, даже овладев довольно сложными видами труда, оставались здесь иногда десятилетиями. Они не числились в штате, получали не зарплату, а вознаграждение, время работы не учитывалось при подсчете стажа их трудовой деятельности, они не имели права на оплачиваемый отпуск и больничный лист. Иными словами, в этих учреждениях нарушались (и нарушаются) гражданские права психически больных. Преобразование лечебно-трудовых мастерских в лечебно-производственные предприятия предполагает зачисление больных в штат, восстановление их прав. Более широкие экономические возможности при налоговых льготах (работают преимущественно инвалиды), хочется надеяться, помогут этим предприятиям выжить в новых экономических условиях, а больным обеспечат более высокие заработки.

Во-вторых, ст. 16 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» предписывается установление обязательных квот рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для лиц, страдающих психическими расстройствами, а также предусматриваются методы экономического стимулирования предприятий, учреждений и организаций, предоставляющих рабочие места для психически больных. К сожалению, пока данная статья «не работает», однако, надо полагать, в ней заложены серьезные возможности для трудоустройства лиц с психическими расстройствами.

Растет число бездомных психически больных. Каждая административная территория РФ нуждается в создании хотя бы одного общежития-пансионата для психически больных, утративших социальные связи. В таких общежитиях должен работать медицинский, в том числе психиатрический, персонал. Подобного рода «жилье под защитой» давно уже стало неотъемлемой частью психиатрических служб во многих странах. Общежития-пансионаты организуются и в нашей стране при психиатрических больницах и при промышленных предприятиях; они предназначены для лиц, более не нуждающихся в активной терапии в стационарах, но утративших свое жилье и социальные связи. Эти лица, пользуясь медицинской помощью в меньшем объеме, способны трудиться и вести самостоятельный образ жизни.

Говоря о социальной защите психически больных, нельзя не упомянуть и о следующих двух положениях Закона РФ «О психиатрической помощи...», которые еще предстоит реализовать. Первое из них подразумевает создание в психиатрических стационарах независимой государственной службы защиты прав пациентов. Именно в психиатрических больницах, за закрытыми дверями чаще всего имеются условия для нарушения прав психически больных.

Второе положение предусматривает возможность получения в психиатрических диспансерах консультации по правовым вопросам и других видов юридической помощи. С этой целью в штат каждого подобного учреждения должен быть введен юрисконсульт.

Не все аспекты социальной защиты психически больных имеют надлежащую правовую базу. Это свидетельствует о необходимости совершен-

ствования гражданского законодательства (вопросы дееспособности, попечительства, патронажа, брачных отношений, родительских прав психически больных, приватизации жилья).

Нельзя не сказать, что наряду с государственными постановлениями и законами огромная роль в социальной поддержке психически больных принадлежит обществу, его терпимости к этим людям. Во многих странах создаются организации самопомощи, объединяющие бывших пациентов, их родственников. К работе в подобных организациях привлекаются добровольцы. Хотелось бы надеяться, что такой опыт получит распространение и в нашей стране [17, 26, 32].

5.2. Социально-медицинская работа в наркологии

Алкоголизм, наркомания и токсикомания принадлежат к наиболее значимым социальным болезням. Психоактивные вещества – это исторически выявленные и социально закреплённые адаптогены, т. е. средства, участвующие в обеспечении адаптации к условиям и требованиям жизни благодаря своему действию на психическое состояние – настроение, эмоции, тонус, поведение. В качестве социальных адаптогенов психоактивные вещества (ПАВ) включаются в механизмы индивидуального и группового поведения, массовой культуры, занимая важное место в бытовых обычаях, традициях, формах коммуникации и досуга.

Психобиологические эффекты алкоголя и наркотиков не только обуславливают их позитивную социальную роль, но и определяют многочисленные формы негативного влияния на индивидов и на социум в целом. В генезе наркологических болезней взаимодействуют биологические, психологические и социальные факторы.

Социальные проблемы, с одной стороны, непосредственно или опосредованно обуславливаются массовым и индивидуальным злоупотреблением алкоголем или наркотиками, формированием и течением наркотических заболеваний, а с другой стороны, обуславливаются неадекватным в социальном плане отношением к психоактивным веществам или различными негативными проявлениями и последствиями собственно наркологической патологии. Все эти проблемы требуют внимания со стороны общества и организации целенаправленной работы по их разрешению.

Потребление алкоголя, наркотиков, других ПАВ – это системное биопсихосоциальное явление, социальные, медицинские, экономические, криминальные последствия которого влияют на общественное благосостояние.

При анализе комплекса социальных проблем, связанных с потреблением ПАВ, целесообразно вычленять проблемы, формируемые на доклиническом, предклиническом и клиническом уровнях, и те, которые являются вторичными, производными от той или иной наркологической патологии. Это важно для определения направленности отдельных технологий социальной работы в этой сфере, дифференциации ее специфических видов, ориентированных на различные контингенты и группы населения.

Специфика социально-медицинского статуса различных групп пациентов наркологического профиля (см. гл. 2) обуславливает необходимость учета ее особенностей при составлении конкретных программ социально-медицинской работы.

Группа повышенного риска развития наркологических заболеваний характеризуется клинической и субклинической патологией, формирующей предрасположенность к приобщению к психоактивным веществам и развитию наркологических заболеваний, наследственной отягощенностью, в том числе и по алкоголизму и наркоманиям. Выраженность собственно наркологических проблем зависит от степени тяжести совокупности факторов эндо- и экзогенного порядка, ведущих клиента к вовлечению в алкоголизацию и наркотизацию.

Перечисленными особенностями обусловлен дифференцированный подход к социально-медицинской работе с группой повышенного риска развития наркологических заболеваний. Необходимо предусматривать профилактику неблагоприятного развития и декомпенсации соматического и психического статусов, выявление принадлежности к конкретной группе риска, регулярный контакт с клиентами, проведение целенаправленной работы по отказу от потребления психоактивных веществ, комплексную психокоррекционную работу, включающую групповой и индивидуальный тренинг социальных и коммуникативных навыков и приемов саморегуляции, вовлечение в благополучную социальную среду, содействие в преодолении материальных проблем.

Члены семей наркологических больных и их ближайшее окружение представляют группу, особенностями которой являются медицинские про-

блемы, связанные с личностной реакцией на длительную или острую психотравмирующую ситуацию; потребность в медицинской помощи возникает периодически в период обострений конфликтов или на пике фрустрации, причем имеют место затруднения в ее организации, обусловленные нежеланием социальной огласки. Собственно наркологические проблемы возникают при наличии «семейного пьянства», в том числе в рамках феномена совместимости. Социальная дезадаптация обуславливает как тяжесть дезадаптивного поведения больного члена семьи, так и собственные личностные и микросоциальные проблемы. Возникающие правовые проблемы связаны с неправильным поведением больного члена семьи, собственной неадекватной реакцией на ситуацию, нарушениями поведения в рамках со-зависимости или формирования наркологической патологии.

С учетом этого планируется и социальная работа с данной группой. Ее особенностью является целенаправленная профилактика как неадекватного поведения больного члена семьи, так и развития декомпенсации психического и соматического статуса у членов семьи и ближайшего окружения больного, информирование соответствующих служб о наличии социальных проблем. Организация наркологической и другой помощи, направленной на оптимизацию личностного и социального статуса. В группу мероприятий по социальному оздоровлению специалист по социальной работе включает коммуникативный тренинг, социально-психологический тренинг, технику самоконтроля, семейную психотерапию, оценку социального статуса семьи в целом и отдельных ее членов, выявление угрожающих проблем, приобщение к социально благополучному кругу и др.

Для группы длительно, часто и тяжело болеющих пациентов наркологического профиля характерны медицинские проблемы, связанные с тяжестью основного заболевания, его осложнениями и последствиями, возможна одновременно зависимость от нескольких психоактивных веществ, возможны соматические «маски» зависимости от психоактивных веществ. Здесь нередко характерна патологическая адаптация в болезни, отсутствие выраженных терапевтических установок, возможна нарастающая вторичная социальная адаптация и отношения созависимости в ближайшем социальном микроокружении, а также правовые проблемы в отдельные периоды жизни, связанные с наркологической патологией и привлечением к лечению.

В связи с этим особенностями социально-медицинской работы с данной группой клиентов являются содействие в обеспечении специфического долгосрочного лечения в оптимальных условиях и в решении связанных с этим проблем определения трудоспособности и инвалидности, семейное консультирование и семейная психотерапия с акцентом на преодоление отношений созависимости, психотерапия, направленная на активизацию потенциала клиента, выявление угрожающих проблем и их предупреждение, содействие включению в работу терапевтических сообществ.

В группе больных наркологического профиля с выраженными социальными проблемами специалисты учитывают тяжесть собственно наркологических расстройств, при которых часто определяются сопутствующие личностные и психические отклонения, антисоциальные установки; анализируют социальную дезадаптацию в одной или нескольких фазах социального функционирования, криминальный анамнез, принудительное лечение в прошлом и актуальные правовые проблемы.

Особенностями социально-медицинской работы в этой группе клиентов будут выявление окружающего неблагополучного контингента и его оздоровление, лично ориентированная психотерапия, психическая саморегуляция, содействие в проведении наркологического лечения и реабилитации в условиях, оптимизирующих социальный статус (терапевтические сообщества, группы взаимопомощи), комплексная оценка социального статуса и предупреждение потенциально угрожающих проблем. Необходимо содействие в решении материальных проблем за счет реализации собственного потенциала, включая профессиональное обучение и трудоустройство. Правовая помощь наряду с юридическим консультированием должна быть направлена на предупреждение общественно опасных действий, сотрудничество с правоохранительными органами и др.

Специфической группой являются инвалиды, причем особенность инвалидизации в данном случае заключается в том, что инвалидность в подавляющем большинстве случаев устанавливается не по основному заболеванию наркологического профиля, а по его осложнениям и сопутствующим заболеваниям. Это связано с тем, что до настоящего времени не разработаны критерии определения тяжести зависимости от психоактивных веществ. Особенностью проблем данной группы являются наличие

тяжелой и разнообразной патологии с той или иной степенью утраты трудоспособности, в связи с чем имеется постоянная потребность в лечении и медицинском наблюдении. Характерны выраженные проблемы, связанные с зависимостью от психоактивных веществ. С деградацией личности, снижением интеллектуального уровня, патологической адаптацией в болезни, сильной психической зависимостью от психоактивных веществ связаны психологические проблемы. Как правило, социальная дезадаптация таких больных проявляется в микросоциальной, семейной и трудовой сферах, в потребности в социальной опеке. Часть пациентов имеет криминальный анамнез или правовые проблемы. Характерны экономическая зависимость и материальная нужда.

Перечисленные проблемы определяют соответственно и направленность медико-социальной работы с данной группой. Необходимо содействие таким пациентам в получении помощи по заболеванию наркологического профиля и по заболеванию, которое является причиной инвалидности, в профилактике срывов и рецидивов болезни, в прохождении медико-социальной экспертизы. Требуется семейное консультирование и семейная терапия, вовлечение в благополучное социальное микроокружение. Ряд мероприятий должен быть связан с решением проблем трудоустройства, содействием переквалификации, изменением режима и характера труда, разрешением конфликтных ситуаций на производстве. Данная группа пациентов нуждается в содействии в получении пенсий, социальных пособий и выплат, в решении жилищных проблем, включая помещение в специальные общежития, интернаты. Важным направлением выступает правовая помощь таким клиентам: участие в определении дееспособности, в возможной опеке и попечительстве, контакт с правоохранительными органами, содействие в осуществлении родительских функций, при необходимости контроль за соблюдением режима probation (административного надзора).

В технологиях социально-медицинской работы с наркологическими больными выделяются профилактические, лечебные и специализированные программы.

Профилактические программы направлены на предупреждение потребления алкоголя и (или) наркотиков, а также злоупотребления ими; более широко – на предупреждение любых форм отклоняющегося поведения.

Здесь мишенями целенаправленного воздействия будут в основном как дети и подростки в целом, так и те их группы, в которых риск приобщения к приему ПАВ особенно велик: дети, у которых отягощена, особенно в наркологическом плане, наследственность, которые растут в неблагополучных, дисфункциональных семьях, воспитываются в семьях, где есть злоупотребляющие алкоголем или больные алкоголизмом или наркоманией, а также дети, отягощенные в органическом, личностном, поведенческом плане, в том числе интеллектуально недостаточные в своевременном личностном и социальном развитии. Работа с такими группами риска ведется в учебных заведениях, специализированных учреждениях и т. д.

Следующий вид программ социально-медицинской помощи в сфере наркологии – это лечебные программы. Сюда входят программы, предусматривающие раннее выявление и направление на лечение больных с той или иной наркологической нозологией. Центральное место в этой группе занимают собственно терапевтические программы, решающие задачи оказания больным лечебной помощи, удержания их в режиме трезвости или отказа от приема наркотиков (т. е. в ремиссии), проведения мер вторичной и третичной профилактики – восстановления физического, личностного и социального статуса больных. Не менее важны программы, в рамках которых осуществляется социально-психологическая помощь членам семьи и близким клиентов. Корректируется их личностный, семейный и трудовой статус. К этому виду программ относятся программы «помощи на рабочих местах» – непосредственно на предприятиях, в учреждениях, организациях и т. п.

В группу специализированных программ в области наркологии, неразрывно связанных с терапевтическими, входят программы по реабилитации, реадaptации, ресоциализации наркологических больных. В рамках этих программ преодолеваются разрывы и противоречия между личностью и обществом. Бывший больной вновь интегрируется в макро- и микросоциум – максимально адекватно его индивидуальным особенностям, склонностям, возможностям, и также с учетом реалий его семейного и трудового модуса, данной общины, социально-экономической ситуации в ней.

Сеть учреждений социального обслуживания, деятельность которых направлена на помощь в профилактике и решении наркологических проблем России, только начала формироваться. Создается нормативно-пра-

новая база деятельности социальных работников и наркологии. Должностные обязанности социальных работников в этой сфере могут базироваться на «Тарифно-квалификационных характеристиках по должностям работников бюджетных учреждений и организаций службы социальной защиты населения», введенных в действие Постановлением Минтруда России 4 декабря 1992 г. № 46. Приказом Минздрава России от 30 октября 1995 г. № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» утверждены тарифно-квалификационные характеристики специалистов по социальной работе, а также социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи.

В настоящее время в наркологии осуществляется социально-медицинская помощь детям и подросткам на базе наркологических диспансеров крупных городов. В числе задач, решаемых такими специализированными отделениями, отметим следующие:

1. Лечебно-диагностическая и психокоррекционная помощь детям и подросткам и их семьям; выявление источников и причин социальной дезадаптации несовершеннолетних; профилактическая работа по предупреждению пьянства, алкоголизма, наркомании среди детей и подростков.

2. Разработка и обеспечение реализации индивидуальных программ социальной реабилитации детей и подростков, включающих профессионально-трудовой, учебно-познавательный, социокультурный, физкультурно-оздоровительный и иные компоненты; подготовка рекомендаций и осуществление взаимодействия семьями дезадаптированных детей и подростков для обеспечения непрерывности коррекционно-реабилитационных мероприятий, проводимых с ними в домашних условиях; взаимодействие с ведомствами, заинтересованными в решении дальнейшей судьбы несовершеннолетних.

Подобное отделение может включать амбулаторно-поликлиническую часть, стационары дневного и круглосуточного пребывания (последний играет роль приюта, прежде всего для детей из семей алкоголиков и наркоманов). В амбулаторно-поликлинической части работают специалисты по социальной работе, детский психиатр-нарколог, подростковый психиатр, психотерапевты, психологи; в дневном стационаре – психотерапевты, психологи, социальные педагоги, в круглосуточном – психологи, социальные работники и социальные педагоги.

В амбулаторно-поликлинической части отделения реализуются лечебная, послелечебная и профилактическая программы. Они тесным образом взаимосвязаны между собой и направлены на социальную реабилитацию подростков, имеющих химическую зависимость, и членов их семей, детей из семей алкоголиков и наркоманов, а также на профилактику химической зависимости среди детей и подростков.

Реализация лечебной программы ведется по трем направлениям: работа с химически зависимыми детьми и подростками; работа с семьями; работа с детьми из семей алкоголиков и наркоманов. Она включает в себя следующие компоненты:

- первичные прием и консультирование, знакомство с программой лечения, психологическую диагностику;
- индивидуальное консультирование и индивидуальную психотерапию;
- психокоррекционные группы;
- психотерапевтические группы.

В лечебной программе работают специалисты по социальной работе, психологи и социальные работники (консультанты). Последние являются алкоголиками и наркоманами, длительное время не употребляющими психоактивные вещества.

Послелечебная программа включает организацию групп самопомощи, участие выздоравливающих алкоголиков и наркоманов в лечебной программе в качестве помогающих консультантов, внедрение совместно с выздоравливающими подростками социально приемлемых форм активности в свободное от учебы и работы время (клубы по интересам, спортивные и туристические секции и т. д.).

Профилактическая программа осуществляется в целях понижения уровня заболеваемости алкоголизмом и наркоманией среди населения. Она предусматривает:

- повышение уровня знаний населения по вопросам химической зависимости (лекции, семинары, беседы);
- создание обучающих программ для специалистов, работающих с детьми и подростками (врачей, учителей, сотрудников УВД и т. д.), проведение семинаров, тренингов, лекций;

- создание психолого-образовательных программ по проблемам химической зависимости на базе учебных заведений (лекции, уроки, психологические группы);

- образовательно-психологическую, психокоррекционную и психотерапевтическую работу с детьми и подростками группы риска, т. е. с детьми из семей алкоголиков и наркоманов, из асоциальных, дисфункциональных и неблагополучных семей (психокоррекционные и психотерапевтические группы, лекции).

Деятельность отделения тесно связана с другими структурными подразделениями диспансера. Взрослые алкоголики и наркоманы, проходящие лечение в диспансере и участвующие в программах выздоровления, используют отделение социально-медицинской помощи детям и подросткам для реабилитации своих детей.

Создание подобных отделений существенно расширит возможности оказания наркологической помощи, а также организации процесса психологической и социальной реабилитации детей, имеющих наркологические проблемы. Лежащие в основе работы отделения принцип добровольности участия в лечебных и послелечебных программах и принцип анонимности обеспечивают более активное обращение детей и родителей в отделение по сравнению с подростковым кабинетом наркологического диспансера.

Подростки, обратившиеся непосредственно в отделение, могут получить квалифицированную медицинскую помощь специалистов базовой поликлиники. Кроме того, работники отделения знакомят персонал поликлиники с проблемами алкоголизма и наркомании, готовят программы учебных семинаров для врачей и среднего медперсонала. Это помогает персоналу поликлиники грамотно подходить к подросткам, страдающим зависимостью, а также к тем, у кого имеются соответствующие проблемы в семье.

О значимости наркологической проблематики для этих детей убедительно говорит тот факт, что в 98% случаев это дети из семей алкоголиков, т. е. лиц, злоупотребляющих алкоголем или больных алкоголизмом. Характерно, что часто злоупотребляют алкоголем оба родителя или пьют мать и сожитель, а также старшие братья и сестры. В 15% случаев отмечено употребление наркотиков и токсикоманических средств (отдельные эпизоды; в единичных случаях – систематическое употребление транквилизаторов и других психотропных препаратов).

Программа социальной и медико-психологической помощи, внедряемая в приюте, включает в себя следующие разделы.

1. Комплексное медицинское, психологическое, наркологическое, социальное исследование детей, поступивших в приют. Проводится клиническая (клинико-психопатологическая, соматоневрологическая) диагностика, оценивается психологический (психолого-поведенческий) статус детей, устанавливаются характеристики их актуального социального модуса. Особое внимание уделяется выявлению и анализу наркологических проблем.

2. Оказание лечебной помощи детям. В случае обнаружения соматической патологии любого генеза и характера должно проводиться необходимое лечение как врачом-педиатром приюта и другими его медицинскими работниками, так и врачами специализированных учреждений (детские поликлиники, кожно-венерологический диспансер и др.).

3. Оказание социальной помощи детям. Сотрудниками приюта совместно с представителями правоохранительных органов и общественных организаций выявляются источники и причины социальной дезадаптации детей – прежде всего особенности ситуации в семье, а также в окружении ребенка или подростка (дворовая или асоциальная компания), в учебном заведении. Разрабатываются и реализуются меры по коррекции неблагоприятной семейной или учебной ситуации, по изъятию ребенка из асоциальных или криминальных групп, по возвращению его (при наличии такой возможности) в семью, по позитивному решению ею дальнейшей судьбы в процессе взаимодействия с заинтересованными ведомствами и службами.

4. Разработка и обеспечение реализации индивидуальных программ психокоррекции, личностной и социальной реабилитации. С каждым ребенком необходимо проводить целенаправленную психокоррекционную работу – психотерапевтическую, воспитательную, учебную, спортивно-оздоровительную. При этом обеспечивается формирование навыков «правильного», здорового, социально адекватного образа жизни, содержательного и адекватного общения, разрабатываются специальные групповые и индивидуальные занятия, включающие простые и ролевые игры, беседы, предусматривающие вовлечение ребенка в процессы самообслуживания, само- и взаимопомощи. При необходимости с детьми ведется логопедическая работа, работа по купированию невротических и поведенческих нарушений. С помощью

воспитателей и педагогов близлежащих школ дети включаются в учебный процесс. Прицельно разрешаются наркологические проблемы.

5. Разработка рекомендаций для обеспечения непрерывности коррекционно-реабилитационных мероприятий при возвращении детей в семью, в учебные и учебно-воспитательные учреждения системы образования. В штатную структуру приюта целесообразно включить директора (психолога), психиатра-нарколога, педиатра, логопеда-дефектолога, специалиста по социальной работе, а также психологов, воспитателей и социальных педагогов, юриста, медсестер, младших медицинских работников.

Результаты работы подобных приютов демонстрируют позитивную динамику как личностно-поведенческого статуса детей, так и в отношении употребления табака, алкоголя и других ПАВ.

Реализуются и другие реабилитационные программы в амбулаторно-поликлинических условиях. Среди амбулаторных лечебно-реабилитационных программ заслуживает внимания программа «Зебра», построенная на принципах так называемых духовно ориентированных программ «12 шагов», активно разрабатываемых обществом «Анонимные алкоголики» (АА).

Работа в программе «Зебра» включает в себя терапевтические группы по отдельным «шагам» и различным ключевым вопросам выздоровления больных; лекционные циклы; курсы тренинговых занятий; самостоятельную работу по методическим пособиям; включение в деятельность группы АА; циклы занятий для родных и близких пациентов. В программе заняты специалисты по социальной работе, имеющие определенные функциональные обязанности. Работа ведется в малых группах по 6–8 чел. с одним постоянным «ведущим».

В настоящее время в России есть предпосылки для формирования эффективной и структурно развитой системы социально-медицинской работы в наркологии. К ним относятся наличие социальной направленности работы различных государственных и общественных структур, реальная возможность спонсирования социальных программ за счет банковских и производственных средств, имеющийся опыт самофинансирования многих общественных благотворительных организаций, достаточно активная финансовая помощь западных филантропов, в том числе через системы целевых инвестиций и грантов, и, наконец, отечественные традиции оказания помощи бедным и обездоленным [13, 17, 49, 52, 54].

5.3. Социально-медицинская работа в онкологии

К социально значимой патологии, в преодолении которой в последние годы идет активный поиск новых форм и методов социально-медицинской помощи, относится онкология.

За последние десятилетия специалистами получены значительные положительные результаты в лечении злокачественных новообразований и, таким образом, в целом улучшается прогноз заболеваний у онкологических больных. Так, в результате лечения детей со злокачественными новообразованиями более 70% с впервые выявленным онкологическим заболеванием имеют шанс на полное выздоровление, а при отдельных видах патологии этот показатель достигает 90%.

Вместе с тем увеличивающаяся продолжительность жизни значительного числа пациентов не может оставаться единственным критерием уровня онкологической помощи. В организации социально-медицинской работы важнейшим является показатель излеченности от злокачественных новообразований, который означает не только клиническое выздоровление больных, но и возвращение их к прежнему социальному статусу.

Онкологического больного следует рассматривать как человека, находящегося в стрессовой ситуации. Длительное, тяжелое соматическое заболевание, госпитализация, отрыв от привычного окружения, потеря социального статуса, хирургическое вмешательство, ведущее к инвалидности, угроза смерти и другие факторы разрушают привычные стереотипы поведения. Происходит изменение системы ценностей, перестраивается личность больного. Он оказывается перед проблемой адаптации к новым условиям жизни.

Своеобразие клинического течения злокачественных опухолей, особенности их лечения, анатомно-функциональные нарушения, неизбежно возникающие после лечения и требующие коррекции, вместе с тяжелым психологическим стрессом определяют проблему реабилитации онкологических больных как важнейшую.

Базируясь на общих принципах, технологии медико-социальной работы в онкологии имеют и свои особенности. Известно, что своевременная диагностика онкологических заболеваний на ранних стадиях дает больным большой шанс на полное выздоровление. В этой связи социально-ме-

дицинская работа с группами риска приобретает особое значение, специфическими являются формы профилактической работы, направленные на лиц, страдающих предопухолевыми заболеваниями, из «раковых» семей, работающих на вредных производствах, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях. Специалист социальной работы может участвовать в подготовке и реализации целевых профилактических программ, проведении социально-гигиенического мониторинга, определении факторов риска, информировать население о состоянии среды обитания и др.

Разработав теоретические и организационные основы медико-социальной работы в онкологии, Е. И. Моисеенко предлагает систему мероприятий постоянного психологического сопровождения на всех этапах работы с больными и членами их семей – от начала лечения больного до выздоровления. Автор предлагает создание различных групп психологической поддержки с обучением саморегуляции и самоподдержке, проведением психологических тренингов для переживших утрату; организацию встреч семей, имеющих больных со злокачественными новообразованиями, и лиц, излеченных от них.

Социально-медицинская работа с лицами из групп повышенного риска. К группам повышенного риска в онкологии относят лиц, отвечающих одному из следующих критериев: наличие предопухолевых заболеваний, наследственная предрасположенность, проживание на загрязненных радионуклидами территориях, работа на вредных производствах, злоупотребление курением или проживание в семье курильщика, длительная иммунодепрессивная терапия.

Социально-медицинская работа профилактического направления с лицами из групп риска предусматривает комплекс мероприятий в зависимости от перечисленных критериев.

Осуществляется содействие в подготовке и проведении профилактических осмотров лиц, страдающих предопухолевыми заболеваниями. Составляется график их обследования. Социальный работник участвует в формировании картотеки для учета осматриваемых клиентов. Проводятся мероприятия по санитарному просвещению лиц, подлежащих профилактическим осмотрам с целью раннего выявления опухолей. Ведется содействие в выборе места для проведения обследования.

По клиентам с наследственной предрасположенностью к онкологическим заболеваниям создаются специальные базы данных. Социальный работник содействует проведению профилактических осмотров этих лиц, санитарно-гигиеническому просвещению этой группы населения, содействует в медико-генетическом консультировании. Специалист социальной работы участвует в разработке целевых программ по профилактике заболеваний с наследственной предрасположенностью.

На загрязненной радионуклидами территории проводится мониторинг состояния окружающей среды, в первую очередь в целях постоянного радиационного контроля. Устанавливается количественная зависимость между уровнем радиации, влияющим на население этой территории, и показателями заболеваемости злокачественными новообразованиями. Дается оценка эффективности мероприятий по охране окружающей среды. Обеспечивается информирование граждан о радиационной обстановке, дозах облучения и его возможных последствиях для здоровья. Оказывается содействие в проведении профилактических осмотров лиц, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях. Социальный работник содействует гражданам в случае принятия решения о переселении на другое место жительства и обеспечивает преемственность со специалистами социальной работы по новому месту жительства клиента.

По лицам, работающим на вредных производствах, создаются специализированные базы данных. Осуществляется содействие в организации систематических медицинских осмотров, в получении санаторно-курортного лечения как одного из видов профилактики. Ведется учет лиц, перешедших на другую работу, но ранее связанных с вредным производством.

Проводится формирование установки на здоровый образ жизни у лиц, злоупотребляющих курением или проживающих в таких семьях, информирование о вреде курения через средства массовой информации, организуются беседы и лекции, распространяются брошюры, листовки, буклеты. Специалист участвует в разработке программ по борьбе с курением, содействует в организации медицинских осмотров хронических курильщиков и членов их семей по месту жительства или месту работы, учебы.

Лицам, которые получали длительную иммунодепрессивную терапию, социальный работник содействует в медицинском обследовании [17].

Социально-медицинская работа с членами семьи клиента и его ближайшим окружением. Социально-медицинская работа профилактического направления предусматривает проведение бесед с членами семьи клиента о факторах, влияющих на возникновение злокачественных новообразований, формирование установок на преодоление вредных привычек, обеспечение клиента доступной информацией о его правах в сфере социально-медицинского обслуживания, выявление неблагополучных в социальном отношении семей, социально-правовое консультирование, содействие в трудоустройстве или профессиональном обучении, помощь в организации досуга.

В комплексе мероприятий, проводимых с данной группой, осуществляется также психологическая поддержка членов семьи клиента, ведется содействие в выборе медицинского учреждения и госпитализации, в получении материальной помощи.

Социально-медицинская работа с часто и тяжело болеющими лицами. Социальными работниками ведется патронаж семей, в составе которых есть лица, часто и тяжело болеющие. Выявляются потребности таких семей. Проводится социально-правовое консультирование, оказывается содействие в получении материальной помощи. При невозможности оказания медико-социальной помощи на дому (одиноко проживающий гражданин, болезнь родственников, малая жилая площадь и т. д.) оказывается содействие в госпитализации, направлении на медико-социальную экспертизу, во включении клиента в работу групп само- и взаимопомощи. Родственники и клиент информируются о состоянии здоровья, диагнозе и прогнозе, при тяжелом течении заболевания и некупирующемся болевом синдроме оказывается содействие в оформлении клиента в хоспис.

Специалист по социальной работе ведет психологическую поддержку семьи клиента в течение болезни, реабилитации или в случае летального исхода.

Социально-медицинская работа с больными с выраженными социальными проблемами. Специалистом выявляются социальные проблемы клиента, проводится социально-правовое консультирование. Осуществляется содействие в разрешении семейных, бытовых, материальных про-

блем. Клиенты информируются о льготах и мерах социальной защиты. Оказывается помощь в трудоустройстве и получении профобразования.

Специалист способствует разрешению конфликтных ситуаций, представляет интересы клиента в судебных органах, содействует в госпитализации или в устройстве в медико-социальные учреждения. Ведется психокоррекционная работа с клиентом и его ближайшим окружением. Проводится тренинг с целью восстановления рекреационной семейной функции. Члены семьи включаются в группы само- и взаимопомощи.

Социально-медицинская работа с инвалидами. Ведется работа по предупреждению осложнений после проведенного лечения онкологических больных. Важное место занимает психокоррекционная работа с целью предотвращения суицидального поведения. Оказывается содействие в проведении медико-социальной экспертизы, в получении пенсий и пособий, при необходимости – в помещении в хоспис или в получении медико-социальной помощи на дому.

Социально-психологическая поддержка семьи проводится на протяжении всего периода лечения и реабилитации. Специалист по социальной работе участвует в создании индивидуальной программы реабилитации, в обеспечении протезно-ортопедической помощи, санаторно-курортного лечения. При необходимости ведется профориентационная работа, оказывается содействие в получении образования, рациональном трудоустройстве, формировании социально-бытовых навыков инвалида.

Особенности реабилитации в детской онкологии. Благодаря современным лечебным программам выздоравливает до 70% детей, страдающих злокачественными новообразованиями, а при отдельных формах опухолей число выздоровевших детей значительно выше: лимфогранулематоз – более 90%; нефробластома второй степени – 90, ретинобластома – более 90%. В настоящее время в России живут десятки тысяч людей, в детстве излеченных от онкологических заболеваний.

Вместе с успехами онкопедиатрии усиливается проблема поздних эффектов лечения, проявляющихся в виде нарушения функционирования основных систем жизнедеятельности организма: кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ, внутренней секреции, иммунитета, нервной системы. Кроме того, длительное лечение и весь процесс, связанный с диагностированием и лечением смертельно опасного заболева-

ния, является травматичным для психики ребенка. Нарушается естественное становление его социального опыта, в частности коммуникативных навыков, нормальный ход образовательного процесса. Все это приводит к серьезной социальной дезадаптации, которая усугубляется ухудшением социального и психологического статуса всей семьи. Впоследствии, когда дети становятся старше, у многих затрудняется профессиональная ориентация и возникают трудности, связанные с получением специального образования.

Медицинские, психологические и социальные проблемы детей-инвалидов, перенесших онкологическое заболевание, сфокусированы в понятии «качество жизни», которое в педиатрической онкологии рассматривается как наиболее существенный критерий для оценки эффективности лечения. Специалисты считают, что необходимы специальные реабилитационные программы, учитывающие комплексный характер нарушений и обеспечивающий эффективную коррекцию этих нарушений, а также социальную адаптацию ребенка-инвалида.

Реабилитация детей-инвалидов с онкологическими заболеваниями должна проводиться на всех этапах оказания им специализированной помощи, начиная с момента установления диагноза и далее в процессе специального лечения и диспансерного наблюдения. Однако содержание и задачи этой работы существенно различаются на разных этапах. На догоспитальном этапе, когда диагноз уже не вызывает сомнения и проводится уточняющая диагностика, главными направлениями работы является психологическое сопровождение ребенка и его близких. Одновременно осуществляется анализ социальных проблем семьи с целью оказания соответствующей помощи.

На этапе специальной терапии доминирующими направлениями реабилитационных мероприятий являются профилактика и коррекция побочных эффектов и осложнений цитостатической терапии и хирургических вмешательств, диагностика и лечение сопутствующих заболеваний. На данном этапе необходимо выделить в качестве самостоятельного аспекта комплексной реабилитации организацию образовательного процесса с индивидуализацией учебной программы, учитывающей интересы и возможности конкретного ребенка. Особое значение в это время имеет социальная и психологическая поддержка ребенка и всей семьи.

На этапе диспансерного наблюдения очень важным остается решение задач медицинской реабилитации, направленной в первую очередь на коррекцию нарушений, напрямую связанных с проведенной специальной терапией, а также на лечение сопутствующей патологии. Другим разделом работы является психолого-педагогическая реабилитация, объектом которой, помимо ребенка-инвалида, является его ближайшее окружение. Еще одно направление работы в этот период – это социальная реабилитация, восстановление нормальных отношений с микро- и макросоциумом.

Реализация реабилитационных программ требует формирования специальной реабилитационной команды, в которую входят социальные работники, врачи-реабилитологи и медицинские сестры, психологи, психотерапевты, специалисты по физической культуре, госпитальные педагоги, арт-терапевты. Для решения отдельных задач могут привлекаться и другие специалисты.

Положительный опыт работы социальной и психологической службы имеется в онкогематологических центрах при областных детских больницах. В состав службы входят специалист по социальной работе, психологи и водитель. В сотрудничестве с командой специалистов работают школьные учителя и руководители кружков детского творчества, представители религиозных организаций, волонтеры.

Служба оказывает помощь ребенку и его семье в мобилизации собственных ресурсов для организации жизни в кризисной ситуации. Ребенка учат принимать болезнь, а после излечения успешно жить в социуме. Акцент делается на сохранении и развитии атрибутов нормальной жизни на всех этапах лечения. В результате социальной, психолого-коррекционной и психотерапевтической работы повышается качество жизни детей, они становятся более открытыми, повышается их самооценка, психическое развитие протекает более благоприятно; уменьшается количество родительских отказов от химиотерапии; отношения в семье гармонизируются.

Важную роль в социально-психологической реабилитации детей и родителей на всех этапах специализированной помощи могут играть родительские организации. Инициативные группы родителей детей-инвалидов начинают свою работу со службы «От родителя к родителю». Служба способствует обучению родителей, передаче знаний от одного к другому

с целью их социально-психологической адаптации. Главными экспертами в этих случаях по проблеме детской инвалидности являются родители, имеющие ребенка с особыми проблемами, а также сами молодые инвалиды, прошедшие сложный путь реабилитации вместе со своими родителями. Они знают, как и чем помочь ребенку. Родители учатся этому друг у друга. Пафос работы службы заключается в идее, что невозможно улучшить условия жизни только для собственного ребенка. Необходимо делать мир добрым для всех детей.

Особое место в социально-медицинской работе занимает организация паллиативной (симптоматической) помощи безнадежным онкологическим больным. Паллиативная помощь представляет собой активную помощь клиентам с длительно текущими заболеваниями в то время, когда заболевание не поддается лечению и управление болью и другими симптомами является важнейшей социальной, психологической и духовной проблемой. В комплекс мероприятий паллиативной помощи входят управление симптомами, в первую очередь болью, одышкой, расстройством сна, тошнотой и рвотой, кишечной непроходимостью, мочеполовыми нарушениями, беспокойством, тревогой, депрессиями и др. Вопросы психосоциального характера предусматривают умение общения с пациентом и семьей после известия о смертельно опасном заболевании. Необходимо уважать мнение пациента и семьи даже в том случае, когда оно расходится с профессиональным решением.

В программе паллиативной помощи специалисты обеспечивают физический уход и поддерживают эмоциональную и духовную сферу пациента и его семьи, понимают и поддерживают роль представителя религиозной организации в уходе.

Онкологические больные часто выбирают альтернативную терапию. Уважая такой выбор, специалисты обязаны дать классическую характеристику нетрадиционным методам лечения.

Разрешение перечисленных проблем оказания полноценной паллиативной помощи состоит в организации работы хосписов, которые функционируют как специализированные учреждения в ряде городов.

Хоспис – социальная служба, специалисты которой, зная, что дни больного сочтены, стремятся облегчить его физические и душевные страдания. У родственников и медиков возникают такие проблемы, как уход за

больными, обслуживание, дефицит квалифицированного среднего и младшего персонала, нехватка транспорта, обезболивающих средств и т. д. К этому добавляются еще и психологические проблемы: что и как говорить безнадежно больному о его состоянии. В связи с этим одна из важных задач хосписа – снять боль, страх, депрессию.

Учреждения хосписного типа существуют во многих странах. Первый хоспис современного типа был создан в 1967 г. доктором Сесилией Сондерс в Англии. В настоящее время в Англии сформирована общенациональная сеть хосписов.

В Америке в 1970-е гг. хосписное движение ориентировалось на уход за больными на дому. В 1980-е гг. сформировалось более тысячи программ хосписной помощи. Многие из них объединяют наряду с профессионалами и добровольцев. В 1982 г. в США был принят федеральный закон, предусматривающий возмещение расходов на хосписную помощь пожилым людям.

В России первый хоспис был создан в Ленинграде в 1980-е гг. при участии Виктора Зорза. Его дочь Джейн в 25 лет заболела раком и через 5 месяцев умерла. Родители Джейн не смогли сами помочь дочери. Они нашли хоспис, в котором смогли облегчить ее страдания, поддержали морально. Она умерла спокойно. После ее смерти Розмэри и Виктор Зорза написали книгу «Путь к смерти», в которой рассказали, как персонал хосписа помогает безнадежно больному и его семье встретить смерть с наименьшими страданиями.

Хоспис обычно рассчитан на 20–30 мест, но его деятельность не ограничивается стационаром. Формируются команды специалистов (медиков, психотерапевтов, социальных работников, священнослужителей и т. д.), которые выезжают на дом, проводится также подготовка квалифицированных сиделок для ухода за больными на дому. Наряду с больными обслуживаются и их ближайшие родственники. Обслуживание в хосписе осуществляется круглосуточно. При этом очень важно, чтобы сами больные и их родственники знали о возможности получить помощь в любое время. Помощь сотрудников хосписа родственникам безнадежно больного оказывается и после его смерти в виде психологической поддержки.

Особое место в бригаде специалистов хосписа занимают социальные работники. Их основной функцией является координация деятельности сотрудников хосписа, добровольцев (волонтеров) по оказанию помощи безнадежно больному и его родственникам. Они также являются консультантами для сотрудников хосписа, информируют их о том, в какой помощи нуждаются родственники больного, поддерживают контакты с родственниками больного как до, так и после его смерти.

5.4. Социально-медицинская работа с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) впервые был описан в 1981 г. Ученые установили, что причиной ВИЧ-инфекции является вирус, который поражает клетки иммунной системы, вследствие чего они теряют способность защищать организм от болезней и становятся местом размножения ВИЧ. Клетки иммунной системы погибают, и развивается иммунодефицитное состояние, при котором организм теряет способность противостоять бактериям, вирусам, грибкам, вызывающим различную патологию. Поздние стадии ВИЧ-инфекции, при которых погибает большое количество иммунных клеток, называются синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД).

В. И. Покровским предложена следующая классификация ВИЧ-инфекции [6].

Стадия 1 – стадия инкубации, протекающая от момента заражения до появления антител.

Стадия 2 – стадия первичных проявлений, характеризующаяся относительным равновесием между иммунным ответом организма и действием вируса. Ее длительность – от 2–3 до 10–15 лет. Стадия 2а – острая стадия, которая обычно продолжается 2–3 недели. Сопровождается лихорадкой различной степени выраженности, лимфаденопатией, увеличением печени и селезенки, кожными высыпаниями, возможны менингеальные явления. Затем болезнь переходит в стадию 2б или 2в: стадия 2б – бессимптомная инфекция – характеризуется отсутствием клинических проявлений (может отмечаться умеренное увеличение лимфоузлов); стадия 2в

характеризуется генерализованной лимфоаденопатией, являющейся единственным клиническим проявлением на этой стадии.

Стадия 3 – стадия вторичных заболеваний. При прогрессировании заболевания развиваются клинические симптомы, свидетельствующие об усилении поражения иммунитета, что соответствует началу третьей стадии. Стадия 3а характеризуется потерей веса – до 10%, бактериальными, грибковыми, вирусными поражениями слизистых и кожных покровов, воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей. Стадия 3б характеризуется потерей более 10% веса, кожными поражениями, носящими более глубокий характер, склонностью к затяжному течению. Развиваются поражения внутренних органов. Стадия 3в сопровождается кахексией, генерализацией инфекционных заболеваний, тяжелыми поражениями центральной нервной системы различной этиологии.

Стадия 4 – терминальная. Здесь выявляются необратимые поражения органов и систем. Даже адекватно проводимая терапия вторичных заболеваний малоэффективна, и больной погибает в течение нескольких месяцев.

Передача ВИЧ-инфекции осуществляется вертикальным и горизонтальным путями. Вертикальный путь передачи – от беременной женщины ребенку. Инфицирование может проходить внутриутробно, в родах, при вскармливании грудью. Горизонтальный путь передачи – половой и парентеральный. Заражение половым путем осуществляется при гомо- и гетеросексуальных контактах, во время незащищенного полового контакта при любых видах сексуальных практик. Парентеральный путь – это инфицирование, происходящее при использовании нестерильных инструментов или введении наркотиков общими иглами и шприцами, использовании общего раствора наркотического вещества, содержащего кровь инфицированного, переливании зараженной донорской крови и ее компонентов.

Риск передачи ВИЧ-инфекции тем или иным путем зависит от количества вирусов, содержащихся в той или иной жидкости организма, с которой человек контактирует.

По данным Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЕЙДС), в мире насчитывается 40 млн ВИЧ-инфицированных людей, более 3 млн из них составляют дети.

В Российской Федерации, по официальным данным, на конец 2005 г. было зафиксировано свыше 335 тыс. ВИЧ-инфицированных, из них более

15 тыс. составляли дети. При этом, по экспертным оценкам эпидемиологов, реальное число ВИЧ-инфицированных людей в 3–4 раза превышает количество официально зарегистрированных случаев.

В социально-медицинской работе специалисты руководствуются действующими нормативными правовыми актами в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. Основным из них является Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)». В соответствии с Законом государство гарантирует ВИЧ-инфицированным гражданам анонимное и конфиденциальное тестирование на ВИЧ-инфекцию, до- и посттестовое консультирование, эпидемиологический надзор, а также доступ к бесплатному медицинскому обслуживанию и социальной помощи.

Правовые нормы по данной проблеме изложены в ряде постановлений Правительства Российской Федерации: от 13 октября 1995 г. № 1017 «Об утверждении Правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»; от 4 сентября 1995 г. № 877 «Об утверждении перечня работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров»; от 20 июня 1997 г. № 757 «О государственных единовременных пособиях работникам предприятий, учреждений и организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, осуществляющим диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лицам, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, в случае заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей и членам семей работников указанных категорий в случае их смерти»; от 3 апреля 1996 г. № 391 «О порядке предоставления льгот работникам, подвергающимся риску заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей»; от 28 февраля 1996 г. № 221 «Об утверждении правил обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Необходимо также отметить ряд приказов Минздрава России: от 6 октября 1998 г. № 290 «О медицинской помощи больным наркоманией с ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами»; от 7 августа 2000 г. № 312 «О совершенствовании организационной структуры и деятельности учреждений по профилактике и борьбе со СПИДом»; от 19 декабря 2003 г. № 606 «Об утверждении Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информационного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ».

В соответствии с действующим законодательством медицинское освидетельствование на ВИЧ-инфекцию проводится в добровольном и обязательном виде. Добровольное освидетельствование может проводиться по просьбе освидетельствуемого лица или по просьбе и с согласия его законного представителя. Освидетельствование проводится в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. Однако выдача официального документа о наличии или отсутствии ВИЧ-инфекции осуществляется только государственными и муниципальными учреждениями, имеющими соответствующую лицензию. По желанию клиента освидетельствование может быть анонимным.

Обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей; работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, перечень которых определяется Правительством Российской Федерации; иностранные граждане и лица без гражданства, прибывающие в страну на срок свыше трех месяцев; лица, находящиеся в местах лишения свободы. Диспансерное наблюдение за больными осуществляется центрами по борьбе со СПИДом, а при их отсутствии – специально подготовленным инфекционистом или терапевтом.

В процессе диспансерного наблюдения больному обеспечиваются выявление и лечение имеющегося или вновь возникшего заболевания, максимально раннее выявление признаков прогрессирования ВИЧ-инфекции и своевременное назначение специфической терапии, все виды квалифицированной медицинской помощи при гарантированном соблюдении тайны диагноза.

Социально-медицинская работа с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом проводится в широком диапазоне. Используя рассмотренную

ранее базовую модель социально-медицинской работы для определения адекватных технологий, можно выделить следующие группы клиентов.

В первую группу – группу повышенного риска входят лица, употребляющие наркотики путем парентерального введения, ведущие беспорядочную половую жизнь, гомосексуалисты, медицинский персонал, имеющий контакты с биологическими жидкостями и тканями, рецепиенты, нуждающиеся в частом переливании крови, и др.

Члены семьи клиента и его ближайшее окружение – это вторая группа. Сюда также можно отнести не только родных и близких самого ВИЧ-инфицированного, но и окружение групп риска.

Третью и четвертую группы условно можно рассматривать вместе как ВИЧ-инфицированных. Они могут иметь выраженные социальные проблемы (наркоманы, проститутки), а могут и не иметь их (заразившиеся при переливании крови). Однако у всех возникают проблемы сокрытия диагноза, лечения, общения, пребывания в трудовом коллективе и т. д.

Пятая группа – это инвалиды вследствие стойкого нарушения жизнедеятельности по причине СПИДа.

Социально-медицинская работа с такими клиентами имеет профилактический и патогенетический (реабилитационный) характер с преобладанием того или иного направления в зависимости от принадлежности клиента к одной из вышеуказанных групп.

Социально-медицинская работа с клиентами группы повышенного риска предусматривает санитарно-гигиеническое просвещение по вопросам передачи ВИЧ-инфекции, мер защиты от заражения; разъяснение необходимости своевременного выявления инфекции; половое воспитание детей, подростков и молодежи с целью профилактики наркомании, проституции, алкоголизма, половой распушенности; правовое консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции, формирование в обществе адекватного отношения к ВИЧ-инфицированным и др.

Социально-медицинская работа с членами семьи клиента и его ближайшим окружением включает деятельность по обучению правилам безопасного совместного проживания, правовому консультированию, психологической поддержке и психокоррекции, разъяснению значимости семей-

ных отношений для клиента, защите прав и законных интересов семьи в случае незаконных ограничений прав и свобод и др.

Социально-медицинская работа с ВИЧ-инфицированными включает содействие в получении квалифицированного и специализированного лечения, правовое консультирование, психокоррекцию, содействие в решении семейных проблем, защиту прав и законных интересов инфицированных, содействие в устройстве ВИЧ-инфицированных детей в образовательные учреждения и др. Сюда также следует отнести профилактику одиночества, нарушения семейных, дружеских и деловых связей, асоциальных поступков, введение ВИЧ-инфицированных в терапевтические сообщества, разъяснение нежелательности беременности.

Социально-медицинская работа с больными СПИДом будет осуществляться в зависимости от потребностей клиента и может включать содействие в направлении на медико-социальную экспертизу, получении лечения, решении правовых проблем, бытовых вопросов и др.

Профессиональная деятельность специалистов социальной работы при оказании социально-медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом осуществляется в государственной системе здравоохранения и социальной защиты населения, а также в негосударственных организациях, участвующих в решении проблем групп социального риска.

Специалисты отмечают, что на практике сложились определенные этапы работы с ВИЧ-инфицированными.

Первый этап. Сбор предварительной информации о клиенте и его семье. Необходимо получение наиболее полной информации о клиенте от организации, где был поставлен диагноз.

Второй этап. Установление контакта с ВИЧ-инфицированным и членами его семьи по согласию. Клиент, пришедший на встречу с социальным работником, находится в тревожном эмоциональном состоянии. От специалиста требуется максимальное внимание, тактичность, участие, чтобы помочь клиенту почувствовать себя в безопасности, подвести к решению о сотрудничестве.

Третий этап. Определение задач в рамках социального сопровождения и составление индивидуального плана социально-психологической реабилитации. Такой план необходимо составлять совместно с клиентом.

В нем предусматривается участие социального работника, специалистов смежных профессий, а также предполагаются активные действия самого клиента и членов его семьи. В мероприятия плана входит содействие в определении группы инвалидности и оформлении пенсии, трудоустройстве, в возвращении к обучению или устройстве в дошкольные учреждения, медицинская, социальная и психологическая реабилитация, защита прав и интересов клиента, содействие в восстановлении нарушенных межличностных и внутрисемейных отношений и др.

Четвертый этап. Реабилитация клиента. Социальный работник на данном этапе выполняет прежде всего функцию координатора деятельности по реабилитации, используя при этом все возможные формы работы. В организации реабилитации ВИЧ-инфицированных важное место отводится социально-медицинско-психологическому консультированию, в котором принимают участие социальные и медицинские работники, доверенные лица, клиент и члены его семьи. На консилиуме анализируются результаты социально-психологической реабилитации, уточняется индивидуальный план с учетом произошедших изменений.

Пятый этап. Патронаж ВИЧ-инфицированного и его семьи (при наличии согласия). Проводятся мероприятия по предотвращению вторичных состояний социально-психологической дезадаптации. На этапе социальной адаптации семьи специалист оказывает социальную помощь по мере потребности клиента. Необходимо отметить, что социальный патронаж предполагает не патернализм, а сотрудничество с клиентом.

Необходимо отметить, что особое место в социально-медицинской работе с ВИЧ-инфицированными занимает консультирование.

Наибольшая потребность в консультировании обнаруживается в группе лиц с впервые установленным диагнозом ВИЧ-инфекции. Это связано с психоэмоциональными реакциями, возникающими при сообщении о наличии в крови антител к вирусу. Консультирование на этом этапе должно быть регулярным и включать выявление суицидальных феноменов и их коррекцию.

Потребность в получении психологической помощи возрастает при проявлении клинических признаков развития заболевания и достигает максимума в терминальной стадии.

Промежуточное положение занимают больные с нерезко выраженными клиническими проявлениями. Потребность в консультировании имеет перемежающийся характер, зависит от психосоциальной стабильности инфицированных.

При консультировании в центре внимания находятся интересы и проблемы клиента. Процесс консультирования помогает клиенту осмыслить обсуждаемые вопросы.

Послетестовое консультирование при положительном результате представляет собой кризисное консультирование. Сообщение человеку извести о наличии у него антител к ВИЧ воспринимается как угроза жизнедеятельности. Обычно люди в возрасте от 20 до 45 лет, т. е. наиболее подверженные риску заражения, не ждут смерти. Они еще не научились мириться с ней и не воспринимают ее как необходимость.

Для сообщения клиенту результата исследования консультант использует предтестовую оценку личностных характеристик заразившегося, его психосоциальные обстоятельства, представления о ВИЧ-инфекции и отношении к СПИДу. Он должен дать четкое объяснение значения положительного результата, подробно разъяснить разницу между ВИЧ-инфекцией и СПИДом, рассказать, где можно получить психологическую помощь в критических ситуациях. После сообщения о положительном результате тестирования дается время на восприятие этого известия.

В процессе консультирования необходимо побуждать клиентов к продолжению и поддержанию жизни, продуктивной в социальном и экономическом плане. Необходимо обращать внимание инфицированного лица на его ответственность за изменение поведения в целях избежания передачи возбудителя, а также упоминать о пожизненном характере ВИЧ-инфекции и риске заражения других людей.

Консультант отмечает необходимость предупреждения инфекций, которые могут угнетать иммунитет и ускорять развитие СПИДа, разъясняет, как вести здоровый образ жизни. Необходимо помочь клиенту в осознании важности недопущения рискованного для собственного здоровья и здоровья окружающих поведения. Обсуждается проблема оповещения половых партнеров и целесообразность информирования близких. Почти во всех случаях решение о сообщении сведений должно приниматься са-

ним инфицированным лицом. ВИЧ-инфицированные могут столкнуться с отрицательной и враждебной реакцией со стороны окружающих. Консультант оказывает им поддержку, информирует о наличии специализированной службы психосоциальной поддержки инфицированных лиц при центрах профилактики и борьбы со СПИДом, психотерапевтических кабинетах, отделениях лечебно-профилактических учреждений и других источниках помощи и поддержки. Потребность в психологической поддержке наиболее велика в том случае, когда на сообщение о наличии антител к вирусу клиент отвечает появлением психоэмоциональных реакций. Некоторые такие реакции могут быть очень выраженными, однако необходимо помнить, что подобные проявления являются нормальным ответом человека на новость об угрозе его жизни.

Одним из наиболее важных аспектов консультационных мероприятий является преодоление суицидальных настроений, вовлечение больных в деятельность, создание условий для общения клиентов между собой.

Рассмотрим опыт работы общественных организаций, оказывающих помощь различным группам ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Организация «Врачи детям» осуществляет комплексное сопровождение ВИЧ-инфицированных матерей и их детей. Работа ведется с ВИЧ-инфицированными женщинами, которые проходят предродовую подготовку в городских центрах по профилактике и борьбе со СПИДом, а также с роженицами, которые поступают в родильные дома без предварительного обследования.

Работа таких организаций направлена на выявление беременных ВИЧ-инфицированных женщин, которые могут отказаться от своего ребенка, на создание социальной сети поддержки ВИЧ-инфицированных матерей и их семей, а также на сохранение семейной поддержки для детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, посредством предоставления социальной, медицинской и психологической помощи семьям.

Специалистов организации допускают в родильные дома, с которыми заключено соответствующее соглашение. В первые сутки после родов социальный работник и психолог устанавливают первичный контакт с матерью, имеющей положительный тест на ВИЧ-инфекцию. В процессе беседы и дальнейшей работы определяются социальные, медицинские

и другие потребности. Матери предлагается подписать информированное согласие, в котором определены права и обязанности организации и участника проекта. Специалисты общественной организации берут на себя комплексное сопровождение ВИЧ-инфицированной матери и ребенка, включающее оказание им социальных, медицинских и психологических услуг, а также психологической помощи всей семье.

5.5. Социально-медицинская работа в планировании семьи

В последние годы особую социальную значимость приобрела проблема сохранения репродуктивного здоровья населения. Большое количество искусственных аборт, заболеваний, передаваемых половым путем, бесплодных браков, а также превышающий в несколько раз показатели экономически развитых стран уровень материнской и младенческой смертности, обуславливающие высокие репродуктивные потери, потребовали разработки новой стратегии охраны репродуктивного здоровья населения Российской Федерации, важное место в которой отводится планированию семьи.

Существует несколько определений понятия «планирование семьи». Ряд исследователей понимают под планированием семьи свободное и ответственное родительство, отождествляя данное понятие с рождением желанных и здоровых детей. Планирование семьи рассматривают также как совокупность мер политического, социально-экономического и медицинского характера, направленных на сохранение репродуктивного здоровья населения, реализацию гражданами репродуктивных прав.

Всемирной организацией здравоохранения планирование семьи рассматривается как вид деятельности, который имеет целью помочь лицам и супружеским парам избежать нежелательных беременностей, произвести на свет желанных детей, регулировать интервалы между беременностями, контролировать выбор времени деторождения, определять по желанию родителей число детей в семье.

В России вопросы планирования семьи стали обсуждаться в конце 1980-х – начале 1990-х гг. в связи с ухудшением демографической ситуации.

Реализация федеральной и региональных программ планирования семьи позволила добиться существенных результатов в деле сохранения репродуктивного здоровья населения – в стране была создана трехуровне-

вая служба планирования семьи, для работы в учреждениях которой были подготовлены высококвалифицированные специалисты (врачи, средний медицинский персонал, социальные работники, психологи, педагоги); разработана нормативная правовая база деятельности учреждений данной службы. Результатом работы, направленной на повышение уровня информированности населения, а также предоставление услуг по вопросам планирования семьи, стала наметившаяся положительная тенденция в изменении контрацептивного поведения населения, позволившая существенно сократить количество искусственных абортов. Это, в свою очередь, привело к снижению показателей материнской и младенческой смертности.

Государственная служба планирования семьи представлена на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Федеральный уровень службы планирования семьи. Организационное руководство службой планирования семьи на уровне федерации осуществляет координационный совет, созданный при Министерстве здравоохранения и социального развития. В годы реализации федеральной программы «Планирование семьи» он принимал решения, касающиеся вопросов распределения средств, выделяемых из федерального бюджета, осуществлял контроль за их целевым использованием, обсуждал и контролировал ход выполнения отдельных мероприятий программы. На Федеральный центр планирования семьи и репродукции были возложены функции проведения организационно-методической работы, координации ее в регионах, включающие разработку методических документов, проведение семинаров, тренингов и научно-практических конференций для руководителей и специалистов службы регионов. По окончании реализации федеральной программы данный центр был упразднен, а его функции переданы Научному центру акушерства, гинекологии и перинатологии Российской академии медицинских наук – головному научно-исследовательскому учреждению страны, занимающемуся решением данной проблемы.

Общественные организации федерального уровня сыграли существенную роль в реализации федеральной программы «Планирование семьи», выполняя задачи подготовки и повышения квалификации персонала (медицинских, педагогических и социальных работников), разработки информационных материалов для специалистов и населения, осуществляя

взаимодействие со средствами массовой информации в целях пропаганды идей планирования семьи в обществе.

В настоящее время данная работа успешно продолжается Российской ассоциацией «Планирование семьи», Российским обществом по контрацепции, Международным женским центром и др.

Региональный уровень службы планирования семьи. На этом уровне в целях координации деятельности различных ведомств при административных органах власти были созданы межведомственные советы, которые функционируют как на временной (общественной), так и постоянной основе.

В их состав входят глава администрации, главный акушер-гинеколог, руководитель регионального центра планирования семьи и репродукции, представители органов образования, социальной защиты населения, культуры, общественных организаций, средств массовой информации и другие заинтересованные лица. Совет разрабатывает стратегию планирования семьи в регионе, региональные программы в области планирования семьи, координирует ход и оценивает результаты их выполнения.

На региональном уровне в структуре службы планирования семьи основная роль принадлежит центрам планирования семьи и репродукции, созданным согласно приказу Минздрава России от 15 ноября 1991 г. № 186 «О мерах по дальнейшему развитию гинекологической помощи населению Российской Федерации». Этим же приказом утверждено Положение о Центре планирования семьи и репродукции (ЦПСиР).

Согласно данному приказу центры планирования семьи и репродукции было рекомендовано создавать на базе профильных НИИ, областных больниц, консультаций «Брак и семья», базовых женских консультаций и др.

Основные направления деятельности ЦПСиР:

- *организационно-методическое:* участие в формировании службы планирования семьи в регионе; анализ демографической ситуации; проведение социологических исследований с целью изучения потребностей населения в различных услугах по планированию семьи; организация подготовки и повышения квалификации кадров; подготовка, тиражирование и обеспечение информационными материалами населения и специалистов; определение потребности населения в различных контрацептивных средствах и подготовка рекомендаций по их закупке и реализации, в том числе

бесплатной, для региона; осуществление взаимосвязи и преемственности в деятельности различных учреждений службы планирования семьи регионального уровня;

- *медицинское*: консультирование населения с целью подбора средств контрацепции; медицинская, социальная и психологическая реабилитация женщин после абортов, родов, гинекологических операций; организация и проведение профилактических медицинских осмотров населения.

Базовым уровнем службы планирования семьи является *муниципальный*. Главной целью создания учреждений муниципального уровня является обеспечение доступности услуг по планированию семьи путем максимального их приближения к населению. Структурными единицами данного уровня являются клиники планирования семьи и кабинеты планирования семьи. Клиники планирования семьи создаются в лечебно-профилактических учреждениях (поликлиниках для взрослого и детского населения, диспансерах и др.). Кабинеты (приемы) планирования семьи могут развертывать свою деятельность не только на базе учреждений медицинского (женских консультаций, гинекологических отделений стационаров, родильных домов) и немедицинского профиля (учреждений социального обслуживания населения, ЖЭКов, ДЭЗов, подростковых служб, общежитий), обеспечивая тем самым принцип доступности услуг населению.

Главными направлениями деятельности учреждений службы планирования семьи муниципального уровня являются:

- *информационно-просветительское*: распространение информационных материалов среди населения в трудовых коллективах, образовательных учреждениях, учреждениях социального обслуживания населения и культуры, непосредственно в самих учреждениях службы планирования семьи; реализация образовательных программ среди различных групп населения: работа со средствами массовой информации, специалистами учреждений, на базе которых развернута деятельность учреждений службы планирования семьи;

- *оказание услуг* населению по вопросам планирования семьи, профилактики абортов, подбора средств контрацепции, диспансеризации и других видов медико-социальной помощи по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья.

Возглавлять учреждение службы планирования семьи муниципального уровня может не только медицинский работник, но и специалист социальной работы.

Повышению эффективности планирования семьи будет способствовать внедрение в работу учреждений службы планирования семьи медико-социальной работы.

Участие специалиста социальной работы в деятельности учреждений службы планирования семьи определено следующими документами: приказом Минздрава России от 15 ноября 1991 г. № 186 «О мерах по дальнейшему развитию гинекологической помощи населению Российской Федерации»; указанием Минздрава России от 23 марта 1998 г. № 219-у «О штатно-организационной структуре центра планирования семьи и репродукции»; приказом Минздрава России от 5 мая 1996 г. № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста» и информационным письмом Минздрава России от 15 августа 2002 г. № 2510/8435-02-32 «О совершенствовании деятельности молодежных центров по охране репродуктивного здоровья детей подросткового возраста».

Для определения содержания и методики деятельности специалистов социальной работы в учреждениях службы планирования семьи необходимо сформулировать цель и задачи социально-медицинской работы в данной сфере.

Целью социально-медицинской работы в планировании семьи является достижение максимально высокого уровня репродуктивного здоровья населения. Этому будет способствовать решение специалистом социальной работы следующих задач:

- повышение уровня информированности населения по вопросам планирования семьи;
- формирование безопасного и ответственного сексуального поведения населения, особенно подростков и молодежи;
- содействие в получении населением различных видов медико-социальной помощи по вопросам планирования семьи, сохранения и укрепления репродуктивного здоровья;
- помощь в реализации репродуктивных прав.

Объектом медико-социальной работы в планировании семьи является население репродуктивного возраста. Для определения специфичес-

ких особенностей социально-медицинской работы в планировании семьи данную возрастную категорию населения необходимо разделить на отдельные группы, содержание и методика работы с которыми имеют характерные особенности. Такими группами являются: лица, вступающие в репродуктивный период (подростки и молодежь); лица активного репродуктивного возраста (вступающие в брак и молодые семейные пары; пары, ожидающие рождения ребенка и имеющие ребенка в возрасте до 1 года; пары, выбирающие аборт в качестве метода регулирования рождаемости; бесплодные супружеские пары); лица позднего репродуктивного возраста.

Содержание социально-медицинской работы с каждой группой определяется спецификой проблем, характерных для ее представителей.

Так, для подростков и молодежи таковыми являются: низкий уровень знаний по вопросам пола, раннее начало сексуальных отношений, частая смена сексуальных партнеров, высокий уровень искусственных аборт и заболеваемости болезнями, передаваемыми половым путем, вследствие небезопасного сексуального поведения, низкая доступность социально-медицинской помощи по вопросам планирования семьи, материальная зависимость от взрослых и т. д.

Для лиц активного репродуктивного возраста характерны: недостаточная информированность по вопросам планирования рождения ребенка; экономическая и социальная незащищенность в случае рождения ребенка; нерациональное контрацептивное поведение и, как следствие, использование искусственного аборта в качестве метода регулирования рождаемости; ограниченный доступ к получению высококвалифицированной социально-медицинской помощи в случае нарушения репродуктивной функции, в том числе бесплодия и т. д.

Лица позднего репродуктивного возраста сталкиваются с проблемой нежелательной беременности из-за отсутствия знаний о возможности ее наступления в этом возрасте. У представительниц этой группы часто возникают медицинские и социальные проблемы, связанные с патологически протекающим климактерическим периодом и т. д.

Знание проблем клиентов позволяет специалисту социальной работы дифференцированно строить свою профессиональную деятельность с различными группами населения в учреждениях службы планирования семьи

разных уровней. Рассмотрим содержание социально-медицинской работы с выделенными группами населения.

Социально-медицинская работа с лицами, вступающими в репродуктивный период, предусматривает решение двух основных задач: повышения уровня информированности по вопросам пола и обеспечения доступа к получению необходимой социально-медицинской помощи по вопросам планирования семьи.

Социально-медицинская работа профилактического направления с данной группой включает:

- выявление факторов риска нарушений репродуктивного здоровья (раннее начало сексуальных отношений, частая смена сексуальных партнеров, употребление наркотических средств и психотропных веществ, социальное неблагополучие в семье, девиантное поведение, соматические заболевания, негативно влияющие на становление репродуктивной функции, и т. д.);
- формирование на основе выявленных факторов риска групп для проведения целенаправленной работы по уменьшению (ликвидации) влияния выявленных факторов;
- разработку и реализацию целевых программ по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья подростков;
- участие в организации и проведении профилактических медицинских осмотров с целью раннего выявления патологии репродуктивной системы;
- разработку и реализацию образовательных программ, направленных на формирование установок на здоровый образ жизни, повышение сексуальной культуры, безопасное и ответственное сексуальное поведение;
- консультирование подростков и молодежи по вопросам безопасного и ответственного сексуального поведения (контрацепция, профилактика искусственного аборта, предупреждение инфекций, передаваемых половым путем);
- консультирование родителей, педагогов и воспитателей образовательных учреждений по вопросам полового воспитания, сексуального просвещения и образования подростков и молодежи;
- социальную экспертизу семей подростков, составляющих группу риска.

Социально-медицинская работа патогенетического (реабилитационного) направления предусматривает:

- выявление подростков, страдающих заболеваниями репродуктивной системы, а также сопутствующими соматическими заболеваниями, негативно влияющими на репродуктивное здоровье;
- содействие подросткам в получении адекватной социально-медицинской помощи в учреждениях здравоохранения;
- помощь в реализации репродуктивных прав подростков и молодежи, в том числе права на информирование и услуги по вопросам планирования семьи;
- содействие в получении квалифицированной помощи в связи с прерыванием беременности, обеспечение возможности проведения «безопасного» аборта;
- участие в разработке и осуществлении комплекса реабилитационных мероприятий после операции искусственного прерывания беременности, а также заболеваний репродуктивной системы, в том числе передаваемых половым путем;
- оказание социально-медицинской, психологической и правовой помощи юным матерям;
- представление интересов подростков в административных и судебных органах;
- работу по созданию психологического комфорта в социально неблагополучных семьях подростков.

Методы социально-медицинской работы с данной группой отличаются многообразием. Так, для повышения информированности подростков по вопросам планирования семьи целесообразно использовать различные методы и формы полового воспитания, просвещения и образования: лекции, беседы, ролевые игры, работу по сценарию.

Следует также использовать для этой цели молодежные издания, пользующиеся популярностью у данной группы. Хорошо зарекомендовали себя программы «Равный обучает равного» и «Подросток – подростку», нацеленные на подготовку специалистов-волонтеров по актуальным для данного возраста проблемам из среды подростков. Обученные подростки способны стать хорошими проводниками знаний для своих сверстников,

поскольку могут предоставлять информацию в малодоступных для взрослых местах: молодежных клубах, дискотеках и других местах проведения досуга. Организация подготовки таких волонтеров является предметом профессиональной деятельности специалиста социальной работы.

Помимо этих методов специалист социальной работы должен широко использовать социальную диагностику, консультирование, патронаж, тренинги, различные методики профилактической работы.

Формы работы в зависимости от решаемых задач также могут быть различными – индивидуальная (при проведении консультирования по вопросам контрацепции), групповая (при проведении образовательных программ) или массовая (повышение информированности подростков через печатные издания или другие средства массовой информации).

В процессе просветительской деятельности специалист социальной работы может использовать различные средства: демонстрацию видео- и аудиоматериалов, раздачу информационных буклетов, памяток, плакатов, организацию и проведение различных конкурсов, акций, привлечение к работе молодежных кумиров и др. Огромное значение для успешной работы с данной группой имеют принципы конфиденциальности и анонимности.

Главной задачей социально-медицинской работы со вступающими в брак и молодыми семейными парами (представителями второй из выделенных нами групп) является подготовка к рождению ребенка. Данная работа профилактического направления включает:

- содействие в проведении комплексных медицинских осмотров для оценки состояния здоровья будущих родителей;
- повышение уровня знаний будущих родителей по вопросам планирования зачатия, рождения и воспитания здорового ребенка;
- содействие в получении необходимой социально-медицинской помощи женщинам во время беременности;
- психологическое консультирование супругов;
- формирование рационального контрацептивного поведения в случае временного отказа от рождения ребенка, а также после его рождения.

Социально-медицинская работа патогенетического (реабилитационного) направления с представителями данной группы должна быть на-

целена на обеспечение необходимой социально-медицинской помощи при наличии заболеваний, препятствующих или осложняющих рождение здорового ребенка. Важно, чтобы работа проводилась именно с супружеской парой, а не с одним из супругов. Особое внимание следует уделить парам, выбирающим аборт в качестве метода регулирования рождаемости. Основной задачей специалиста социальной работы в данном случае будет формирование рационального контрацептивного поведения супружеской пары. Данная задача должна решаться путем предоставления информации о современных методах контрацепции и помощи в овладении методикой использования контрацептивных средств, разъяснения опасности использования аборта в качестве метода регулирования рождаемости. Важно, чтобы данная работа велась как до направления женщины на искусственное прерывание беременности, так и после операции. Тем самым будет обеспечено выполнение одного из важных составляющих элементов технологии «безопасного аборта». Успеху такой работы будет способствовать активное вовлечение в планирование семьи мужчин. Медико-социальная работа патогенетического направления с данной группой предусматривает участие специалиста социальной работы в организации и проведении комплекса реабилитационных мероприятий после искусственного аборта с целью профилактики возможных осложнений: разъяснение женщине необходимости их проведения, содействие в получении нужной медицинской, психологической, правовой, социальной и иных видов помощи.

Социально-медицинская работа с бесплодными супружескими парами имеет в основном патогенетическое (реабилитационное) направление и включает в себя содействие в получении диагностической и лечебной помощи, правовую и психологическую поддержку, содействие в бесплатном доступе к современным дорогостоящим видам медицинской помощи, включая новые репродуктивные технологии. В случае неуспешного лечения специалисту социальной работы следует помочь бесплодной супружеской паре в оформлении опеки или усыновления.

Для лиц позднего репродуктивного возраста, особенно женщин, характерны проблемы как медицинского, так и психологического характера. Достаточно частые в таком возрасте непланируемые беременности связаны

с недооценкой многими женщинами возможности ее наступления. Именно поэтому супружеские пары в этом возрасте не меньше, чем молодые супруги, нуждаются в консультациях по вопросам контрацепции, которые могут проводить специалисты социальной работы.

Угасание репродуктивной функции у многих женщин часто сопровождается появлением соматической патологии, например сердечно-сосудистыми заболеваниями, прибавкой в весе, нарушением сексуальных отношений. Многие женщины имеют проблемы психологического характера из-за кажущейся потери привлекательности, ухода из семьи повзрослевших детей, трудностей, связанных с работой, и т. д. Все это создает дополнительные сложности для женщин во «втором переходном возрасте».

Задачей специалиста социальной работы является убеждение женщин в ходе консультаций в преходящем характере проблем, создание психологического комфорта в семье, налаживание брачно-семейных отношений. Важно информировать женщину о том, что многие проблемы решаемы при соответствующей терапии, возможности которой в последние годы существенно расширились. Для этого следует направлять всех нуждающихся в коррекционной терапии женщин к гинекологу-эндокринологу, а также содействовать в получении необходимой помощи психолога, психотерапевта и других специалистов.

В рамках социально-медицинской работы профилактического направления нужно широко пропагандировать соблюдение норм и правил здорового образа жизни, способствующих улучшению самочувствия женщины, адаптации к новому этапу жизни. Хорошо зарекомендовала себя организация терапевтических сообществ из числа женщин переходного возраста, позволяющая специалисту социальной работы, а также другим специалистам проводить групповые занятия.

Комплексный подход в работе с данным контингентом при одновременной работе с супругом и членами семьи пациентки призван способствовать повышению качества жизни женщин.

Успех в деятельности специалиста социальной сферы в учреждениях службы планирования семьи обусловлен тесным взаимодействием и преемственностью в работе со специалистами учреждений образования, соци-

ального обслуживания населения, здравоохранения, а также работодателями – руководителями учреждений и предприятий.

В ходе реализации проектов по проблемам молодежи Всероссийская ассоциация «Планирование семьи» пришла к выводу о необходимости развития в стране специальных служб для работы с подростками – медико-педагогических центров. Такие центры создаются в регионах распоряжением местных органов исполнительной власти, а их правовой статус определяется с учетом региональных особенностей.

Основными направлениями деятельности данных центров являются:

- целенаправленная информационная работа с различными категориями населения и специалистами, направленная на изменение отношения к планированию семьи, сексуальному воспитанию и поведению подростков на уровне общества и семьи;
- оказание социально-медицинской и психологической помощи по следующим направлениям: планирование семьи; индивидуальный подбор средств и методов контрацепции с последующим наблюдением; лечение и профилактика болезней, передаваемых половым путем, и ВИЧ-инфекции, включая экспресс-диагностику; решение проблем психосексуальных взаимоотношений; правовая помощь;
- подготовка и повышение квалификации кадров, работающих в области планирования семьи и полового образования;
- обеспечение подростков и молодежи доступными средствами контрацепции и популярной литературой по планированию семьи;
- работа с подростками и молодежью в организованных коллективах в форме бесед, показа и обсуждения специальных видеофильмов, распространения информационных материалов о работе центра;
- индивидуальная работа с трудными подростками, с неблагополучными семьями и инвалидами по оказанию помощи в планировании семьи и социально-психологической адаптации в семье и обществе;
- амбулаторное прерывание беременности с последующим подбором средств контрацепции;
- привлечение средств массовой информации для распространения и пропаганды идей планирования семьи в регионе.

Структура и штат центра определяются его руководителем с учетом предоставленных ему прав и в соответствии с направлениями деятельности центра и потребностями региона. В штатное расписание медико-педагогического центра включаются руководитель, администратор, бухгалтер, акушер-гинеколог, венеролог, уролог (андролог), акушерка (медсестра), преподаватель-методист по сексуальному образованию, социальный работник, психолог, лаборант, технический персонал.

Базовыми комплексными учреждениями социального обслуживания, предоставляющими широкий спектр социальных услуг взрослым членам семьи и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, являются территориальные центры социальной помощи семье и детям. Одно из направлений деятельности этих территориальных центров – участие в решении проблем планирования семьи.

В связи с необходимостью формирования у подростков позитивного отношения к здоровому образу жизни, планированию своей семьи и ответственному родительству Всероссийской ассоциацией «Планирование семьи» разработана образовательная программа «Основы планирования семьи и здорового образа жизни». Программа используется педагогами, психологами, медицинскими и социальными работниками, занимающимися с подростками в возрасте 14–18 лет как в школе, так и в других учреждениях – центрах планирования семьи, молодежных центрах и т. д. Работа с подростками требует тщательного отбора и всесторонней подготовки специалистов. Данная программа может использоваться в ходе профессиональной подготовки или повышения квалификации специалистов в этой области. Она состоит из шести разделов:

- раздел I. «Развитие организма человека»;
- раздел II. «Ответственное родительство, планирование семьи и репродуктивное здоровье»;
- раздел III. «Особенности взросления и становления сексуальности»;
- раздел IV. «Личность, общество, семья»;
- раздел V. «Психология общения»;
- раздел VI. «Основы здорового образа жизни».

Каждый раздел включает в себя перечень тем, их краткое содержание, ключевые слова, с которыми слушатели должны быть ознакомлены в ходе занятия.

Первый раздел, посвященный развитию организма человека, состоит из семи тем, изучение которых дает представление об анатомо-физиологических особенностях организма человека, включая репродуктивную систему, особенности ее функционирования на различных жизненных этапах. В него входят также темы, посвященные беременности и родам с учетом физиологических и психологических изменений женского организма в этот период.

Во втором разделе излагаются вопросы планирования семьи и его роли в жизни человека. Подробно рассматриваются современные методы контрацепции в неразрывной связи с репродуктивным здоровьем, аборт и его последствия, понятие «безопасного» аборта, эпидемиология, клиника и профилактика болезней, передаваемых половым путем. Освещаются вопросы безопасного сексуального поведения.

В третьем разделе предложены темы, посвященные проблемам становления сексуальности, особенностям мужской, женской, подростковой сексуальности, а также формам ее проявления, безопасному и ответственному сексуальному поведению.

Четвертый раздел освещает проблему семьи. Рассматривается семья в современном обществе, типы и функции семьи, законодательство о семье, права и обязанности родителей и детей.

В пятом разделе представлены ключевые вопросы психологии общения. Рассматриваются формы общения между людьми, причины трудностей, возникающих при общении, правила и навыки, способствующие успешному общению, возможные конфликтные ситуации в подростковом возрасте, способы их предупреждения и выхода из них.

Шестой раздел – об основах здорового образа жизни. В нем излагаются современные подходы к понятиям «здоровье» и «болезнь» и причинам, вызывающим заболевания, вопросы профилактики и укрепления здоровья, самоконтроля за состоянием здоровья, влияния вредных привычек на развитие и здоровье человека. Уделяется внимание вопросам экологии, взаимосвязи и взаимного влияния человека и окружающей среды.

Данная программа является одной из первых, базирующихся на комплексном подходе в половом образовании, интегрированной с вопросами здорового образа жизни [4, 6, 17, 20, 29, 36, 56].

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Почему алкоголизм, наркомания и токсикомания относятся к социальным болезням?
2. Что включает в себя комплекс мероприятий профилактического направления в медико-социальной работе с онкологическими больными?
3. Какими нормативными правовыми актами руководствуются в своей деятельности специалисты социальной работы, оказывающие медико-социальную помощь ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом?
4. Опишите основные направления деятельности центра планирования семьи и репродукции.

Глава 6. ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ

6.1. Социально-медицинская работа в России

Снижение уровня здоровья населения России выводит на первый план проблему реорганизации системы социально-медицинской помощи. Негативные тенденции в российском здравоохранении возникли давно, но в последние годы они усугубились внутренними разногласиями. Концептуально это привело к обострению противоречий между существующей государственной системой и нарождающимся в стране рынком медицинских услуг. Для их разрешения необходимо изменение системы оказания социально-медицинской помощи.

Необходима принципиально новая модель социально-медицинской помощи населению, затрагивающая и организацию, и управление, и медицинское образование. Базой для такой новой модели может послужить реабилитационная концепция медицины и здравоохранения, а предпосылкой безболезненного ее внедрения в реально существующую систему социально-медицинской помощи населению, безусловно, является подготовка специалистов с соответствующим мировоззрением.

В России сформирован новый, мультидисциплинарный подход к формированию комплекса реабилитационных мероприятий, который позволяет подобрать необходимый и достаточный комплекс социально-медицинских мероприятий, эффективность которых зависит от правильной координации и согласованности действий различных специалистов при обязательном участии социальных работников.

Характер преимущественной патологии, социальная незащищенность большинства населения, экологическое и санитарное неблагополучие в регионах Российской Федерации предопределили необходимость трансформации оказания медицинской помощи с особым акцентом на увеличение ее доступности.

Разделяя такой подход, мы считаем необходимостью поиск новых современных форм оказания социально-медицинской помощи населению, которые бы являлись наиболее адекватными для существующих организационных структур. Это позволило бы рассматривать предлагаемые новые

медико-социальные технологии с точки зрения модели социально-медицинской работы и не ставить вопрос о создании новых служб в условиях дефицита финансовых средств для существующих учреждений здравоохранения, социальной защиты населения или других отраслей.

Главная задача работников службы социально-медицинской помощи – помочь людям сознательно контролировать и улучшать собственные жизненные ситуации в целях долгосрочной профилактики расстройств и улучшения здоровья. Нам представляется, что именно такой подход является принципиально важным в построении функциональной модели социально-медицинской работы. Министерством социальной защиты населения в 1992 г. была разработана Концепция социальной защиты нетрудоспособных граждан и семей с детьми. В ней определены цели и стратегия социальной политики в области социальной защиты населения, предложена система срочной социальной помощи малообеспеченным гражданам и семьям с детьми, определены формы и виды социальной помощи, описан механизм реализации системы социальной защиты. Предлагаемые в концепции функции социальной поддержки и психологической помощи были использованы при создании базовой модели социально-медицинской работы.

Авторским коллективом НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов была предложена концепция социальной защиты инвалидов. В данной концепции авторы рассматривают социальную защиту инвалидов как многоуровневую систему мер – экономических, организационных, правовых, медико-социальных, психологических, имеющих своей целью обеспечить инвалидам равные возможности со здоровыми людьми, способствовать их интеграции в общество. Очевидны масштабный подход к решению проблем реабилитации и стремление рассматривать реабилитацию через систему разноплановых мероприятий [25].

Признано, что социально-медицинская помощь представляет собой комплекс проводимых на государственном и муниципальном уровнях интегрированных мероприятий: медицинских, социальных, психологических, юридических, педагогических, призванных укреплять социальную защищенность населения, особенно самых уязвимых его слоев. Это междисциплинарная сфера деятельности виды, направления и организационные формы которой зависят как от политики государства в области охраны здоровья на-

селения, так и от современной концепции здоровья и теорий социального обеспечения, являющихся базой социально-медицинской помощи.

Актуальность дальнейшего развития социально-медицинской помощи и поддержки граждан во многом обусловлена необходимостью расширения мер социальной защищенности как на уровне всего населения, так и на индивидуальном уровне, в семье, коллективе.

Современные потребности различных групп населения, в том числе возникающие в связи с жизненными кризисными ситуациями, могут найти наиболее адекватные решения только благодаря высокому уровню социальной работы, включающей комплекс взаимосвязанных мероприятий по социально-медицинской, социально-экономической, социально-психологической, правовой помощи семье, коллективу, индивидууму. Это создаст благоприятные предпосылки для профилактики нарушений соматического и психического характера, проявлений социальной депривации, а также совершенствования реабилитации и адаптации.

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что обширной и неразработанной частью социальной работы является работа с лицами пожилого и старческого возраста, традиционно наблюдающимися в сфере здравоохранения. По данным исследователей, сочетанные социально-медицинские проблемы выявляются не менее чем у 60% пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями.

Все это свидетельствует о том, что резко возросла потребность в адекватных и эффективных мерах, направленных на оказание социально-медицинской помощи всем нуждающимся гражданам для поддержания их социального, психологического и физического статуса.

А. В. Мартыненко на основании анализа отечественного исторического опыта, современной демографической ситуации в стране, с учетом зарубежной теории и практики социальной работы, а также результатов собственных исследований разработал основные положения концепции отечественной социально-медицинской работы [17].

Автор дает определение, формулирует цель, задачи и объект социально-медицинской работы. Социально-медицинская работа – это новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленный на восстановление, сохранение и укрепление здоровья. Она принципиально изменяет

комплексную помощь в сфере охраны здоровья, так как предполагает осуществление системных социально-медицинских воздействий на более ранних этапах развития болезненных процессов и социальной дезадаптации, потенциально ведущих к тяжелым осложнениям, инвалидизации и летальному исходу. Таким образом, социально-медицинская работа приобретает не только выраженную реабилитационную, но и профилактическую направленность.

Целью социально-медицинской работы является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием.

Объект социально-медицинской работы – различные категории лиц, имеющих выраженные медицинские и социальные проблемы, взаимно усиливающие друг друга, решение которых затруднено в рамках односторонних профессиональных мероприятий. Работа с такими контингентами, численность которых в последние годы неуклонно возрастает, одинаково тяжела и малоэффективна и для медицинских работников, и для специалистов социальной защиты населения, поскольку они неизбежно сталкиваются с кругом проблем, выходящих за рамки их профессиональной компетенции и препятствующих успешной узкопрофессиональной деятельности.

Особенность социально-медицинской работы состоит в том, что как профессиональная деятельность она формируется на стыке двух самостоятельных отраслей – здравоохранения и социальной защиты населения.

Одним из важнейших положений концепции является необходимость четкого разграничения функций между медицинскими и социальными работниками.

Обозначая место социально-медицинской работы среди смежных видов деятельности, необходимо отметить координирующую роль социального работника в разрешении всего комплекса проблем клиента, оказавшегося в сложной жизненной ситуации и требующего соучастия специалистов смежных профессий – врачей, психологов, педагогов, юристов.

Социально-медицинская работа имеет много общего с медицинской помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом. Но при этом она не претендует на выполнение лечебно-диагностических функций, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и четкое разграничение сфер деятельности.

Социально-медицинскую работу можно условно разделить на две составляющие: социально-медицинскую работу профилактической направленности и социально-медицинскую работу патогенетической направленности. На общих методических принципах это разделение позволяет строить модели социально-медицинской работы в различных областях медицины и в системе социальной защиты населения.

Социально-медицинская работа профилактической направленности включает в себя 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 медико-социальной помощи на различных уровнях и др.

Социально-медицинская работа патогенетической направленности предусматривает 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.

Социально-медицинская работа определяется как организованное социальное обслуживание в больнице или вне нее. Классической триадой в организации социальной работы в области проблем, связанных с медициной и здравоохранением, являются службы, нацеленные на все виды профилактики: первичной, вторичной и третичной. Речь идет о работе по предупреждению аномальных явлений, лежащих в основе заболевания, по предотвращению осложнений и негативных последствий болезни, по реадaptации и реабилитации больных, оказанию им социальной помощи. Именно на таком комплексном подходе строится социально-медицинская работа во многих зарубежных странах.

6.2. Социально-медицинская работа за рубежом

В большинстве стран Европы после Второй мировой войны для осуществления социальной политики и реализации программ социального обеспечения, поддержки различных социальных групп были созданы специальные структуры. В настоящее время в них наряду с правоведами, пси-

хологами, медиками важное место занимают и социальные работники. Так, в Великобритании к учреждениям, оказывающим социально-медицинскую помощь пожилым людям, относятся не только больницы, но и дома для престарелых, дома сестринского ухода государственного и частного секторов, дома для инвалидов, приюты, общежития гостиничного типа для лиц с нарушением психики или инвалидов. Основная ответственность за медико-социальную помощь возлагается на местные власти, которым передается большая часть финансовых средств.

Ряд сложных проблем не только медицинского, но и организационного, экономического, правового, социального и этического характера связан с безнадежно больными пациентами. Вследствие возрастающей стоимости медицинского обслуживания, особенно больничного, большинство зарубежных специалистов предлагает введение альтернативных форм помощи тяжелобольным с неблагоприятным прогнозом, главным образом по программам социально-медицинского обслуживания на дому многопрофильными бригадами. Сложившейся формой обслуживания таких пациентов являются хосписы как специализированные социально-медицинские учреждения.

Социальные работники широко представлены в медицинских учреждениях США по существу во всех областях здравоохранения, включая медико-хирургическую, педиатрическую, акушерско-гинекологическую помощь, службы интенсивного лечения, реабилитации и неотложной помощи. Они выполняют свои функции в общих и специализированных больницах, оказывающих неотложную медицинскую помощь и проводящих консультации; в психиатрических лечебницах для кратковременного и долгосрочного лечения; реабилитационных центрах, учреждениях, осуществляющих долговременный уход за больными и немощными (частные лечебницы, приюты, стационары для взрослых); в учреждениях, оказывающих первичную помощь, например в амбулаториях, центрах охраны здоровья, кабинетах врачей; при медицинской помощи на дому.

В странах Европы и 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.

Скандинавские страны достигли высокого уровня в обеспечении нуждающихся в социально-медицинском обслуживании с длительным уходом на общественные деньги. 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 тот или иной 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 нее, 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.

Вопросами управления и финансирования социального обеспечения и здравоохранения в Дании (кроме тех, которые относятся к сфере деятельности врачей общей практики и специалистов) занимаются местные органы власти. Особый интерес представляет система оказания помощи пожилым людям в этой стране. Для обеспечения доступности социальных и медицинских услуг жителям муниципальные власти учредили так называемые центры здоровья для пожилых. В таких центрах, имеющихся в каждом микрорайоне, решаются все вопросы социального обеспечения и здравоохранения, предоставляются все услуги по уходу и лечению пожилых людей.

В Финляндии для всего населения доступны услуги по планированию семьи. Они включают предоставление информации и консультативной помощи, которую оказывают различные службы планирования семьи: муниципальные, общественные, созданные в составе Федерации по проблемам семьи, частные.

Финляндия относится к числу стран, где успешно реализуются программы профилактики болезней, передаваемых половым путем, включаю-

щие как широкое информирование населения по вопросам защиты от этих болезней, так и осуществление широких кампаний по распространению презервативов [10, 50, 53].

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Каковы основные предпосылки изменения системы оказания социально-медицинской помощи в России?
2. Что является главной задачей социально-медицинской помощи в России?
3. Какие учреждения оказывают социально-медицинскую помощь за рубежом?
4. Опишите услуги, которые выполняются в домах сестринского ухода в странах Европы.

Заключение

Система государственного здравоохранения уже не в состоянии выполнять в полном объеме те функции, которые выполняла ранее. Уменьшается объем бесплатных услуг, ограничивается доступность этого вида помощи. В то же время растет число онкологических больных, больных венерическими болезнями, наркоманией и токсикоманией, ВИЧ-СПИДом, происходит ухудшение состояния здоровья, уменьшение рождаемости, рост смертности, особенно среди лиц трудоспособного возраста, повышаются смертность населения от болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований, а также уровень инвалидизации, т. е. население России не только уменьшается, но и становится все менее здоровым.

Высокая динамичность общественных процессов, протекающих в России, ставит особые проблемы при их осмыслении и изучении. В связи с этим социальные работники (бакалавры, аспиранты, магистры) как одна группа – субъект социально-медицинской работы – могут оказать существенное влияние на ориентиры государственной политики и пути ее реализации.

Несомненно, зафиксированное в настоящем пособии положение с законодательными и нормативными актами, а также в новом подходе к социально-медицинской работе с различными группами населения будет развиваться и дальше.

Социально-медицинская работа и социальная работа в сфере образования, в армии, в сфере материального производства (на промышленном предприятии) будут тесно взаимодействовать с ведомствами, обеспечивающими основные элементы жизнедеятельности клиентов.

Авторская позиция по указанным положениям совпадает с позициями ведущих специалистов: специалиста в области социально-медицинской работы А. В. Мартыненко и специалиста в области технологий социальной работы в различных сферах жизнедеятельности П. Д. Павленка.

Мы надеемся, что изложенные в учебном пособии материалы помогут в подготовке социальных работников (специалистов, бакалавров, аспирантов, магистров) в сфере социально-медицинской работы.

Библиографический список

1. *Акатов Л. И.* Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы [Текст]: учеб. пособие / Л. И. Акатов. М.: Владос, 2003. 363 с.
2. *Блинков Ю. А.* Медико-социальная экспертиза лиц с ограниченными возможностями [Текст] / Ю. А. Блинков, В. С. Ткаченко, Н. П. Клушина. Ростов-н/Д: Феникс, 2002. 320 с.
3. *Боровик В. С.* Занятость населения [Текст]: учеб. пособие / В. С. Боровик, Е. Е. Ермакова, В. А. Похвощев. Ростов-н/Д: Феникс, 2001. 318 с.
4. *Валентик Ю. В.* Реабилитация в наркологии [Текст]: учеб. пособие / Ю. В. Валентик. М.: Нарконет, 2001. 240 с.
5. *Величковский Б. Т.* Жизнеспособность нации. Роль трудовой мотивации и социального стресса [Текст] / Б. Т. Величковский; Акад. мед. наук. М., 2007. 120 с.
6. *ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение* [Текст] / В. И. Покровский, Т. Н. Ермак, В. В. Беляева, О. Г. Юдин; РАМН АН. М., 2002. 210 с.
7. *Войтенко А. И.* Менеджмент социальной работы [Текст]: учеб. пособие / А. И. Войтенко, Е. И. Комаров. М.: Владос, 2001. 288 с.
8. *Григорьев С. И.* Теория и практика социальной работы: основные направления развития в XX–XXI вв. [Текст]: хрестоматия / С. И. Григорьев, Л. Г. Гусякова. М.: Магистр Пресс, 2004. 478 с.
9. *Гулина М. А.* Словарь-справочник по социальной работе [Текст] / М. А. Гулина. СПб.: Питер, 2008. 350 с.
10. *Гуманистический* подход к охране здоровья [Текст] / под общ. ред. Н. Берковитц. М.: Аспект Пресс, 1998. 254 с.
11. *Елютина М. Э.* Социальная геронтология [Текст]: учеб. пособие / М. Э. Елютина. М.: Инфра-М, 2004. 215 с.
12. *Захаров М. Л.* Право социального обеспечения России [Текст]: учебник / М. Л. Захаров, Э. Г. Тучкова. М.: БЕК, 2001. 576 с.
13. *Ивачев П. В.* Теория и практика социально-медицинской работы [Текст] / П. В. Ивачев, Ю. С. Чурилов, К. В. Кузьмин; Урал. гос. пед. ун-т. Екатеринбург, 2007. 255 с.

14. Курбатов В. И. Социальная работа для студентов [Текст] / В. И. Курбатов. Ростов-н/Д: Феникс, 2005. 156 с.
15. Кязимов К. Г. Рынок труда и занятость населения [Текст]: учеб. пособие / К. Г. Кязимов. М.: Перспектива, 2005. 368 с.
16. Мардахаев Л. В. Методика и технологии работы социального педагога [Текст]: учеб. пособие / Л. В. Мардахаев, М. А. Галагузова. М.: Акад., 2002. 191 с.
17. Мартыненко А. В. Теория и практика медико-социальной работы: учеб. пособие для студентов, обучающихся по направлению «Соц. работа» / А. В. Мартыненко. М.: Гардарики, 2007. 160 с.
18. Масленцева С. Б. Санитарно-гигиенические и эпидемиологические требования к учреждениям социальной защиты [Текст]: учеб.-метод. пособие / С. Б. Масленцева, Н. Ю. Масленцева; Рос. гос. проф.-пед. ун-т. Екатеринбург, 2005.
19. Масленцева С. Б. Социальная работа на промышленных предприятиях [Текст] / С. Б. Масленцева, А. Г. Деминов // Современные проблемы подготовки специалистов по социальной работе и социальной педагогике: материалы 3-й Междунар. науч.-практ. конф., 27–28 марта 2003 г. Екатеринбург, 2003. С. 8–11.
20. Медико-социальное сопровождение людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей [Текст]: пособие для соц. работников / Н. Н. Воронцова [и др.]; ЮНИСЕФ. М., 2006. 190 с.
21. Никитин В. А. Социальная работа: проблемы теории и подготовки специалистов [Текст]: учеб. пособие / В. А. Никитин. М.: МПСИ, 2002. 235 с.
22. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании [Текст]: закон Рос. Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 // Ведомости съезда нар. депутатов Рос. Федерации и Верхов. совета Рос. Федерации. 1992. № 33.
23. Осадчая Г. И. Социология в социальной сфере [Текст] / Г. И. Осадчая. М.: Акад. Проект, 2003. 336 с.
24. Основы законодательства Российской Федерации «Об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1 // Ведомости съезда нар. депутатов Рос. Федерации и Верхов. совета Рос. Федерации. 1993. № 33.
25. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации [Текст]: Федер. закон от 20 янв. 1995 г. // Рос. газ. 1995. 3 дек.

26. *Павленок П. Д.* Теория, история и методика социальной работы [Текст]: учеб. пособие / П. Д. Павленок. М.: Дашков и К, 2006. 437 с.
27. *Павленок П. Д.* Социальная работа с лицами и группами девиантного поведения [Текст]: учеб. пособие / П. Д. Павленок, М. Я. Руднева. М.: Инфра-М., 2005. 185 с.
28. *Пантелеева Т. С.* Экономические основы социальной работы [Текст]: учеб. пособие / Т. С. Пантелеева, Г. А. Червякова. М.: Владос, 2001. 160 с.
29. *Половое* воспитание [Текст]: учеб. для высш. учеб. заведений. Ростов н/Д.: Феникс, 2001. 170 с.
30. *Психология* здоровья [Текст]: учеб. / под ред. Г. С. Никифорова. СПб.: Речь, 2002. 256 с.
31. *Рамон Ш.* Милосердие и умение: Социальный работник как профессия [Текст] / Ш. Рамон, Т. Шанин // Вестн. высш. шк. 1991. № 11. С. 47.
32. *Решетников А. В.* Социология медицины [Текст]: учеб. пособие / А. В. Решетников. М.: Гэотар-Медиа, 2006. 256 с.
33. *Российская энциклопедия* социальной работы [Текст]: в 2 т. М.: Изд-во РГСУ, 1997. Т. 1. 364 с.; Т. 2. 404 с.
34. *Савинов А. Н.* Организация работы органов социальной защиты [Текст]: учеб. пособие / А. Н. Савинов, Т. Ф. Зарембо. М.: Акад., 2001. 192 с.
35. *Савинов Л. И.* Семейведение [Текст]: учеб. пособие / Л. И. Савинов. Саранск: Изд-во Морд. ун-та, 2000. 196 с.
36. *Сборник программ* общепрофессиональных дисциплин по специальности «Социальная работа» [Текст]. М.: Изд-во МГСУ, 2002. 384 с.
37. *Сигида Е. А.* Содержание и методика социальной работы [Текст]: учеб. пособие для студентов, обучающихся по направлению и спец. «Соц. работа» / Е. А. Сигида. М.: Владос, 2005. 260 с.
38. *Словарь-справочник* по социальной работе [Текст] / под ред. Е. И. Холостовой. М.: Юрист, 1997. 424 с.
39. *Социальная работа* [Текст]: учеб. пособие / под ред. В. И. Курбатова. Ростов н/Д.: Феникс, 2006. 480 с.
40. *Социальная работа и социальная политика* в изменяющейся России [Текст]: сб. науч. тр. / под ред. Е. Р. Ярской-Смирновой. М.: ИНИОН РАН, 2002. 456 с.

41. *Социальная работа с пожилыми* [Текст]: учеб. пособие / под ред. Е. И. Холостовой. М.: Дашков и К, 2006. 345 с.
42. *Социальная работа с семьей* [Текст]: учеб. пособие / под ред. Е. И. Холостовой. М.: Дашков и К, 2007. 211 с.
43. *Социальная работа: теория и организация* [Текст]: учеб. пособие / под ред. П. Д. Павленка. М.: ТетраСистемс, 2007. 288 с.
44. *Социология семьи* [Текст]: учеб. / под ред. А. И. Антонова. М.: Инфра-М, 2007. 640 с.
45. *Сулейманова Г. В. Право социального обеспечения* [Текст]: учеб. пособие / Г. В. Сулейманова. Ростов-н/Д: Феникс, 2003. 502 с.
46. *Технология социальной работы* [Текст]: учеб. пособие / под ред. В. И. Курбатова. Ростов-н/Д.: Феникс, 1999. 360 с.
47. *Фирсов М. В. Теория социальной работы* [Текст]: учеб. пособие / М. В. Фирсов, Е. Г. Студенова. М.: Акад. проект, 2007. 511 с.
48. *Холостова Е. И. Социальная работа с пожилыми людьми* [Текст]: учеб. пособие / Е. И. Холостова. М.: Дашков и К, 2008. 350 с.
49. *Холостова Е. И. Практикум по социальной работе* [Текст]: учеб. пособие / Е. И. Холостова. М.: Дашков и К, 2006. 232 с.
50. *Холостова Е. И. Социальная работа* [Текст]: учеб. пособие / Е. И. Холостова. М.: Дашков и К, 2005. 668 с.
51. *Храпылина Л. П. Реабилитация инвалидов* [Текст]: учеб. пособие / Л. П. Храпылина. М.: Экзамен, 2006. 416 с.
52. *Чернецкая А. А. Технологии социальной работы* [Текст] / А. А. Чернецкая. Ростов-н/Д: Феникс, 2006. 391 с.
53. *Черносвитов Е. В. Социальная медицина* [Текст] / Е. В. Черносвитов. М.: Акад. проспект, 2003. 350 с.
54. *Шинелева Л. Т. Феминология. Семейведение* [Текст]: учеб. пособие / Л. Т. Шинелева, Е. М. Зуйкова, Н. В. Кузнецова. М.: МГСУ «Союз», 1997. 222 с.
55. *Шмелева Н. Б. Формирование и развитие личности социального работника как профессионала* [Текст]: учеб. пособие / Н. Б. Шмелева. М.: Дашков и К, 2004. 194 с.
56. *Юсупова А. Н. Аборты в России* [Текст] / А. Н. Юсупова. М.: Гэотар-мед, 2004. 150 с.

57. *Якушев Л. П.* Социальная защита [Текст]: учеб. пособие / Л. П. Якушев. М.: Юрист, 1999. 354 с.

58. *Ярская В. Н.* Философия и методология социальной работы [Текст]: учеб. пособие / В. Н. Ярская, Е. Р. Смирнова. Саратов: Изд-во Саратов. гос. техн. ун-та, 1997. 204 с.

59. *Ярская-Смирнова Е. Р.* Профессиональная этика социальной работы [Текст]: учеб. пособие / Е. Р. Ярская-Смирнова. М.: Ключ С, 1999. 96 с.

60. *Яцемирская Р. С.* Социальная геронтология [Текст]: учеб. пособие / Р. С. Яцемирская. М.: Акад. проект, 2006. 320 с.

61. *Яцемирская Р. С.* Социальная геронтология [Текст]: учеб. пособие / Р. С. Яцемирская, Г. И. Беленькая. М.: Владос, 2003. 224 с.

ГЛОССАРИЙ

Адаптация – совокупность физиологических реакций, обеспечивающих приспособление организма к окружающим условиям.

Аллергия – повышенная чувствительность организма к какому-либо веществу (аллергену).

Альтруизм – бескорыстная забота о других, готовность жертвовать для других своими интересами.

Анамнез – совокупность сведений о развитии болезни, условиях жизни, перенесенных заболеваниях и др.

Аntenатальный – относящийся к внутриутробной жизни, к периоду до рождения.

Генетический маркер – особый признак, передаваемый по наследству из поколения в поколение.

Гериятрия – раздел медицины (часть геронтологии), занимающийся изучением заболеваний старческого возраста.

Геронтология – раздел медико-биологической науки, изучающий явления старения организма.

Гигиена – медицинская наука, изучающая влияние окружающей среды и производственной деятельности на здоровье человека с целью разработки мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, обеспечение оптимальных условий существования и продления жизни.

Гиподинамия – нарушение, ограничение двигательной активности человека.

Гомеопатия – терапевтическая система назначения лекарств – принцип подобия, следствием которого является применение веществ в малых дозах.

Гормоны – биологически активные вещества, вырабатываемые в организме специализированными клетками или органами (железами внутренней секреции).

Декомпенсация – отсутствие уравновешивания во взаимоотношениях организма со средой обитания.

Дебильность – относительно легкая степень врожденного психического недоразвития – олигофрении.

Диагноз – краткое медицинское заключение о сущности болезни и состоянии больного. Диагноз ставится на основании опроса больного, симптомов настоящего заболевания, а также результатов разностороннего обследования больного и сопоставления полученных данных с характерными проявлениями определенных болезней. Точный диагноз важен для правильного выбора лечения, определения прогноза трудоспособности, а также для осуществления необходимых профилактических мер.

Здоровье – состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Идиотия – самая тяжелая форма врожденного психического недоразвития – олигофрении.

Имбецильность – средней тяжести форма врожденного психического недоразвития – олигофрении.

Инвазия – заражение животными паразитами (глистами).

Инволюция – обратное развитие – уменьшение, упрощение, главным образом, в связи с утратой функции – какого-либо органа в течение индивидуального развития организма.

Интранатальный – относящийся к периоду сразу после рождения.

Инфантилизм – сохранение у взрослых физических и психических черт, свойственных детскому возрасту. Недоразвитие (или замедленное развитие) отдельных органов или систем организма.

Ишемическая болезнь сердца – заболевание сердечно-сосудистой системы, в основе которого лежит ухудшение кровоснабжения сердечной мышцы.

Канцерогенный – провоцирующий развитие злокачественной опухоли.

Контрацепция – предупреждение беременности различными противозачаточными средствами и способами (механическими, химическими, физиологическими и др.).

Медицина – отрасль научной и практической деятельности, основной задачей которой является познание процессов, происходящих в организме здорового и больного человека, с целью сохранения и укрепления его «здоровья» а также разработки методов распознавания, предупреждения и лечения болезней.

Предельно допустимая концентрация (ПДК) – содержание химических веществ в атмосферном воздухе, воде, почве, пищевых продуктах

в таких количествах, которые при ежедневном воздействии в течение неограниченного времени, не вызывают заболеваний или отклонений в состоянии здоровья человека и его потомства...

Обмен веществ (метаболизм) – совокупность всех видов превращений веществ и энергии в организме, обеспечивающих его развитие, жизнедеятельность и самовоспроизведение.

Онтогенез – процесс индивидуального развития организма от момента его зарождения до смерти.

Ортопедия – раздел медицины, изучающий врожденные и приобретенные деформации и нарушения опорно-двигательного аппарата и разрабатывающий методы их лечения и профилактики.

Патология – наука о болезнях.

Перинатальный – относящийся к периоду непосредственно после родов (или к родам).

Пренатальный – относящийся к периоду перед рождением.

Предпубертатный период – период, предшествующий половому созреванию.

Реабилитация – система мероприятий, направленных на восстановление здоровья и трудоспособности больных и возврат к активной жизни инвалидов. Реабилитация включает комплексную систему государственных, медицинских, психологических, социально-экономических, педагогических, производственных, бытовых и других мероприятий.

Социальная защита населения включает в себя: социальное обеспечение, социальное страхование и социальную поддержку (помощь). Составным элементом СЗН в кризисных условиях является социальная помощь, обеспечение в денежной или натуральной форме, в виде услуг или льгот, совокупность социальных услуг, социально-медицинская, социально-психологическая, социально-педагогическая и иная поддержка человека со стороны государственных и негосударственных структур.

Социальное обслуживание – обслуживание, осуществляемое через систему социальных служб – систему государственных и негосударственных структур, осуществляющих социальную работу и имеющих в своем составе специальные учреждения для оказания социальных услуг и органы управления ими.

Социальная работа – специфический вид профессиональной деятельности, оказание государственного и негосударственного содействия человеку с целью обеспечения культурного, социального и материального уровня его жизни, предоставление индивидуальной помощи человеку, семье или группе лиц.

Социальная служба – это служба, которая как инструмент социальной работы организует свою деятельность по двум направлениям: социальная защита и социальная помощь.

Страховой медицинский полис – документ, подтверждающий права гражданина, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно. Имеет силу на всей территории Российской Федерации, а также на территориях других государств, с которыми РФ имеет соглашение о медицинском страховании граждан.

Стресс – психосоматическая реакция или состояние общего напряжения организма, возникающее под действием чрезвычайного раздражителя.

Субкомпенсация – неполное уравнивание во взаимоотношениях организма со средой обитания.

Профессиональная трудоспособность – способность человека к выполнению определенного объема и качества работы по конкретной профессии.

Фертильный – плодородный, плодоносный, плодовитый, обладающий репродуктивной способностью. **Фертильность** – способность организма производить потомство.

Эвтаназия – удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни. Лицо, которое сознательно побуждает к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Экспертиза временной нетрудоспособности – экспертиза, которая производится лечащими врачами государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в связи с болезнью, увечьем, беременностью, родами, уходом за больным членом семьи, протезированием, санаторно-курортным лечением и в иных случаях.

Учебное издание

Масленцева Светлана Борисовна

СОДЕРЖАНИЕ И МЕТОДИКА
СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ

Учебное пособие

Редактор Т. А. Кузьминых
Компьютерная верстка О. Н. Казанцевой

Печатается по постановлению
редакционно-издательского совета университета

Подписано в печать 17.09.10. Формат 60×84/16. Бумага для множ. аппаратов.
Усл. печ. л. 6,8. Уч.-изд. л. 7,3. Тираж 300 экз. Заказ № 1221
Издательство Российского государственного профессионально-педагогического
университета. Екатеринбург, ул. Машиностроителей, 11.

Отпечатано ООО "ТРИКС"
Свердловская обл., г. Верхняя Пышма, ул. Феофанова, 4