

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

Факультет Социальных наук
Кафедра Социальной работы
Направление подготовки 39.03.02 – Социальная работа

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ
Зам. зав кафедрой
_____ Н.М.Полевая
« _____ » _____ 2017 г.

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

на тему: Организация медико-социальной работы с гражданами, страдающими наркотической зависимостью (на примере ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» г.Благовещенск)

Исполнитель

студент группы 361-сб

Н.М. Теликова

Руководитель

доцент, канд. соц. наук

Н.Ю. Щека

Нормоконтроль

ст. преподаватель

Т.С. Еремеева

Благовещенск 2017

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

Факультет Социальных наук
Кафедра Социальной работы
Направление подготовки 39.03.02 – Социальная работа

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Зам. зав.кафедрой

_____ Н.М.Полевая
«_____» _____ 2017 г.

ЗАДАНИЕ

К выпускной квалификационной работе студента 361-сб группы
Натальи Михайловны Теликовой

1. Тема выпускной квалификационной работы: Организация медико-социальной работы с гражданами, страдающими наркотической зависимостью (на примере ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» г.Благовещенск) (утверждена приказом от _____ № _____)

2. Срок сдачи студентом законченной работы – до _____)
(согласно индивидуальному графику бакалаврского проектирования)

3. Исходные данные к выпускной работе: материалы учебной и научной литературы, публицистические материалы, нормативно-правовые документы, статистическая отчетность, отчеты социальных учреждений, результаты исследования.

4. Содержание выпускной квалификационной работы: объект бакалаврской работы – граждане, страдающие наркотической зависимостью; предмет исследования – организация медико-социальной работы с гражданами, страдающими наркотической зависимостью, материалы социологических исследований – Анализ организации медико-социальной работы с гражданами, страдающими наркотической зависимостью в ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» г.Благовещенск, практические рекомендации: Тренинг – Профилактика наркомании, система тренингов Арт-терапии, Книжно-иллюстративная выставка – Наркомания – путь в бездну, буклет.

5. Перечень материалов приложения: программа социологического исследования, инструментарий, предложения.

6. Консультанты по выпускной квалифицированной работе отсутствуют.

7. Дата выдачи задания – 01.09.2016 года.

Руководитель выпускной квалифицированной работы: Щека Наталья Юрьевна – кандидат социологических наук, доцент.

Задание принял к исполнению: 01.09.2016 года _____ подпись студента.

РЕФЕРАТ

Бакалаврская работа содержит 70 с., 14 рисунков, 9 приложений 70 источников

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ НАРКОМАНАМ, НАРКОТИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ, НАРКОМАНИЯ, НАРКОЗАВИСИМЫЕ ЛИЦА, НАРКОТИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА, ПОДДЕРЖКА, СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Данная бакалаврская работа посвящена изучению проблем наркозависимых.

Цель бакалаврской работы – изучение организации медико-социальной работы с гражданами, страдающими наркотической зависимостью в ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» г.Благовещенск и предложения по ее усовершенствованию.

Основу методологии изучения составляют теоретические разработки ученых исследующих проблемы социальной работы с наркозависимыми людьми. Актуальность заключается в том, что среди наиболее опасных социальных явлений постсоветской России является массовое распространение в стране наркотизма. В то же время, поскольку будущее любого общества связано с данной социально-демографической группой населения, решения задачи успешной социальной реабилитации наркозависимых имеет огромное значение.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6
1 Граждане, страдающие наркотической зависимостью как особая социально-демографическая группа	
1.1 Социально-психологический портрет граждан, страдающих наркотической зависимостью	9
1.2 Факторы и причины наркозависимости граждан	17
2 Организация медико-социальной работы с гражданами, страдающими наркотической зависимостью	23
2.1 Содержание организации медико-социальной работы с гражданами, страдающими наркотической зависимостью	23
2.2 Медико-социальная реабилитация как технология социальной работы с гражданами, страдающими наркотической зависимостью	31
3 Организация медико-социальной работы с гражданами, страдающими наркотической зависимостью в ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» г.Благовещенск	39
3.1 Общая характеристика организации медико-социальной работы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» г.Благовещенск	39
3.2 Анализ организации медико-социальной деятельности ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» г.Благовещенска, с лицами, страдающими наркотической зависимостью и предложения по оптимизации	45
Заключение	63
Библиографический список	65
Приложение А Программа социологического исследования	71
Приложение Б Анкета	77
Приложение В Должностная инструкция работника социально-психологической службы	83

Приложение Г Социальная программа	85
Приложение Д Тренинг – Профилактика наркомании	98
Приложение Е Система тренингов Арт-терапии	102
Приложение Ж Книжно-иллюстративная выставка – Наркомания – путь в Бездну	105
Приложение З Лекции для родителей	106
Приложение И Буклет о деятельности учреждения	109

ВВЕДЕНИЕ

Злоупотребление наркотиками и другими психоактивными веществами является серьезнейшей проблемой современного общества. Согласно отчетам Всемирной организации Здравоохранения численность граждан, страдающих наркотической зависимостью, зависимостью от психоактивных веществ составляет около 500 миллионов человек, в данном случае не учитываются курильщики табачных изделий. Наркотическая зависимость распространяется на новые регионы, затрагивает все больше различных слоев населения (дети, подростки, женщины, пожилые люди). Особую озабоченность вызывает устойчивый рост заболеваемости медико-социальных факторов негативно влияющих на организм человека, вызывающих тяжелейшие заболевания и в конце концов летальный исход.

Наркомания – это болезнь, которая в первую очередь характеризуется пристрастием к психоактивным веществам. А для самого наркомана эта пагубная привычка влечет за собой проблемы со здоровьем, испорченные отношения с родными и близкими и так далее. Зависимость является разновидностью наркомании, и ее легче предупредить, чем лечить. Но даже в том случае, когда речь идет о наркомании с большим стажем, шансы на удачный исход лечения есть. Самое главное – не откладывать эту проблему, а обратиться за помощью.

Отдельные аспекты темы затронуты в работах Мартыненко А.В. (Медико-социальная работа), Надеждина А.В. (Профилактика наркомании основной путь решения проблемы молодежного наркотизма), Караганова С.А., Малашенко И.Е., Федорова А.В. (Наркомания в России), Р.Браун (Психотерапевтическое консультирование), А.Н.Леонтьев (самосознание и защитные механизмы).

Научная новизна бакалаврской работы состоит в анализе и обобщении теоретических и концептуальных основ организации медико-социальной работы с лицами, страдающими наркотической зависимостью, изучением аспектов, связанных с социальной работой в учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь населению, проведении эмпирического исследования.

Материалы и результаты данной бакалаврской работы могут быть использованы в организации учебного процесса, при подготовке дипломных и курсовых работ, а также в практической деятельности специалистов социального профиля, осуществляющих медико-социальную работу с лицами, страдающими наркозависимостью.

Объект бакалаврской работы – граждане, страдающие наркотической зависимостью.

Предмет бакалаврской работы – организация медико-социальной работы с гражданами, страдающими наркотической зависимостью.

Цель бакалаврской работы– изучение организации медико-социальной работы с гражданами, страдающими наркотической зависимостью в ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» г.Благовещенск и предложения по ее усовершенствованию.

Задачи бакалаврской работы:

1. Дать социально-психологический портрет граждан, страдающих наркотической зависимостью.
2. Рассмотреть факторы и причины наркозависимости граждан.
3. Изучить содержание организации медико-социальной работы с гражданами, страдающими наркотической зависимостью.
4. Описать медико-социальную реабилитацию как технологию социальной работы с гражданами, страдающими наркотической зависимостью
5. Охарактеризовать организацию медико-социальной работы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» г.Благовещенск
6. Проанализировать организацию медико-социальной работы с лицами, страдающими наркозависимостью зависимостью в ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» г.Благовещенска

В данной работе использовались *методы* экспертного опроса, анкетирования, индукции, дедукции, анализа научной литературы и сравнительного анализа статистических данных.

1 ГРАЖДАНЕ, СТРАДАЮЩИЕ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ КАК ОБЪЕКТ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

1.1 Социально-психологический портрет граждан, страдающих наркотической зависимостью

В современном обществе проблемы наркозависимых приобретает все большую серьезность и значимость. Многие страны, в том числе и Россия испытывают общественные трудности в связи с тем, что в обществе присутствуют категории наркозависимых граждан, служащих негативным примером для подрастающего поколения. Согласно статистическим данным численность наркозависимых граждан с каждым годом стремиться к увеличению. Особую проблему приобретает зависимость от наркотиков детей, подростков и женщин. Зафиксировать точные данные о численности крайне тяжело, ведь очень много латентных наркоманов. Зачастую люди, попробовав наркотик 1-2 раза или употребляющих его редко, но периодически, не считают себя наркоманами. В большинстве случаев наркотики употребляют дети, подростки из вполне благополучных семей, живущих в достатке и даже относящихся к привилегированным слоям общества. Но есть много наркоманов среди населения с низким уровнем жизни, принадлежащих как правило к социально-маргинальным слоям общества, социально-экономическому низу.

К категориям наиболее подверженным факторам употребления наркотиков относят:

1. Семьи группы риска.
2. Неполные семьи.
3. Неблагополучные семьи.
4. Семьи, члены которой страдают наркозависимостью, алкогольной зависимостью.

Отечественные исследования показывают, что социально-психологический портрет граждан, употребляющих наркотики можно охарактеризовать по возрастным характеристикам, так как периоды взросления, ста-

новления личности наиболее полно отображают проблемы человека, в связи с которыми лицо стало принимать наркотические вещества.

К первой группе можно отнести лиц следующих возрастных периодов: с 14 до 24 лет. В раннем возрасте проблема наркомании особо актуальна. К этой группе относят школьников, студентов, молодые люди, которые отслужили в армии. Данные категории еще не сформировали способностей адаптироваться и полноценно функционировать в обществе, они не могут достаточно быстро подстроиться под условия быстро изменяющейся среды, что связано со сменой периодов детства, юношества, теряется связь с матерью, не способность состояться как личности.

Ко второй группе можно отнести граждан возраста от 25 до 30 лет. В данном возрасте прошла успешная начальная адаптация к современным условиям жизнедеятельности. Человек уже приспособился к требованиям в его подростково-юношеском возрасте, к пониманию важности семьи, и отвечаем всем требованиям общества. Однако, груз общественности ежегодно давить на человека и понимания семьи и самостоятельности не достаточно для того, чтобы пройти дальнейшую интеграцию в общества и реализацию себя в жизни. В данном возрасте многим людям, потерявшим ориентацию и смысл жизни свойственен сниженный объем восприятия информации, приводящий к относительной пригодности к жизни (психологи обозначают это «концептуальный кренизм») [15, с.178].

К третьей группе можно отнести граждан уже зрелого возраста, от 40 до 50 лет. В таком возрасте многие люди впадают в кризис, психологический, размышляя о недостигнутых планах, о неудачном браке, любви, одиночестве. Многих гнетет чувство неудовлетворенностью жизнью, потерей смысла жизненных планов, чувством раздавленности, проданности. Причем, что многие граждане из этой категории выглядят достаточно реализованными и успешными в жизни.

Для того, чтобы включить в эту группу наркоманов человека требуется не характеристики его внешнего облика, социального положения, а его личност-

ные проблемы, восприятие жизни.

Во большинстве случаев наркоманы относятся к первой к группе. Так как появляются пристрастия к наркотикам именно в молодом возрасте. По данным отечественного ученого Ларионова, более 50% молодых граждан (школьники, подростки, студенты), проживающих в больших городах, уже имеют опыт употребления наркотических веществ, из них 10% это лица, регулярно употребляющие наркотики. Юноши более склонны к употреблению наркотиков, нежели девушки. По статистике в учебных заведениях около 98% юношей пробовали наркотик, и 50% девушек, решивших попробовать наркотик.

Подразделяют наркоманов, употребляющих наркотики 2 методами: восточный и западный.

Восточный метод характерен рядом строгих ограничений - этот вариант присущ России. Западный вариант характерен цивилизованным применением наркотиков. Российские наркоманы употребляют тяжелые наркотики, включающие мощные синтетические и концентрированные наркотики, употреблением наркотиков изготовленных и выращенных кустарно [14, с.167].

Наркомания – это заболевание, которое может проявляться постоянным приемом наркотических веществ, приводящее к их увеличению, психической и физической зависимости, в результате чего развиваются синдромы лишения – абстиненции – в случае прекращения их приема; происходит формирование наркотической зависимости – сильное, непреодолимое влечение к состоянию наркотического одурманивания, возникающее после нескольких приемов наркотических веществ.

В Российской Федерации распространение наркомании возросло за последние десятилетия. Наркоманию приравнивают к процессу эпидемии, учитывая темпы роста, распространения наркозависимых. В связи с этим все большую необходимость приобретает развитие практики медико-социальной работы в наркологии. Наркозависимым необходимо оказывать комплексную медико-социальную помощь, проводить медико-реабилитационные мероприятия, включающие психологическую, правовую поддержку. Требуется особый под-

ход и работа по предоставлению педагогических и правовых мероприятий, не только лицам, страдающим наркотической зависимостью, но и членам их семей.

Выделяют следующие характеристики социально-психологического портрета наркозависимых:

Определить зависимость человека от наркотиков не так просто, как кажется на первый взгляд. Человек, который не сталкивался с этим ранее, не сможет сразу обнаружить такую проблему у близкого. Ведь наркозависимые будут стараться скрыть такой факт, рассказывая о своем недомогании, плохом самочувствии и усталости, а также находить любые причины, чтобы оправдать свое поведение.

Как узнать проблему

Есть несколько очевидных факторов, которые позволят безошибочно определить, что человек употребляет синтетические и психотропные вещества:

Появились необъяснимые синяки на руках, следы от уколов;

В личных вещах обнаружены пакеты от порошков, таблетки, капсулы, шприцы и т.д.

Но такие явные признаки, обычно редко встречаются. Следует обращать внимание и на другие знаки:

Расширенные зрачки;

Смена круга друзей, интересов, поведения, привычек;

Бледная кожа;

Нежелание слушать и обсуждать проблемы;

Попытки уйти от разговоров, ложь и скрытность по любому поводу;

Необъяснимая резкая смена настроения – радость, добродушие, злость, агрессия;

Нарушение координации, заплетающийся язык и другие признаки опьянения, без какого-либо запаха алкоголя;

Странное поведение, которое сопровождается не свойственной активностью или сонливостью, нарушение дикции;

Пропажа ценных вещей из квартиры, постоянные просьбы денег.

Но не стоит бояться, если какие-то из этих симптомов оказались у ваших детей. Не всегда такие признаки являются 100% гарантией употребления наркотиков. Не стоит выпытывать и создавать проблемы с близкими, лучше обратитесь за помощью к специалистам. Только квалифицированные психологи смогут точно определить причину любых изменений в поведении вашего близкого.

Не уходите от проблем

Часто люди пытаются уйти или не замечать проблемы. Им легче сделать вид, что все в порядке, и найти множество причин, чтоб оправдать любое поведение своих родных. Никто не хочет верить, что проблема наркомании может коснуться именно их семью. Не стоит бояться, следует сразу действовать, чтоб не упустить время.

Проблема не сможет уйти сама по себе. Только своевременное обращение к специалистам поможет искоренить зависимость с наименьшим ущербом для здоровья. Звоните уже сегодня, мы поможем каждому.

Наркогенная жизнь гиперопекаемых несовершеннолетних обычно начинается несколько позже, чем у их гипоопекаемых сверстников. Как правило, происходит это в подростковом возрасте – в 13–16 лет. Причем здесь традиционными являются для начала анаша, марихуана, иногда идет в ход и бытовая химия. Хотя бывает, что начинают и с героина [18, с.149].

В обществе существует миф об абсолютном вреде алкоголя и наркотиков: Однако наркозависимого создает не наркотик, а личность – просто при употреблении наркотика проявляются те качества, которые были этому человеку присущи и ранее. На самом деле, наркозависимый уже начинает принимать наркотики, поскольку он – зависимый человек, а не впадает в зависимость из-за того, что начинает принимать наркотик. Наркотик – это не более чем протез для замены тех личностных качеств или душевных состояний, которые наркоман не научился вырабатывать самостоятельно [10].

Именно поэтому можно утверждать, что все наркозависимые

обладают определенными личностными качествами:

1. Ранимость, обидчивость. Низкая способность к принятию, осознанию и выражению своих чувств, безуспешные попытки их контролировать и отказ принять себя таким, как он есть.

2. Низкий уровень самозаботы, неспособность позаботиться о себе.

3. Низкий уровень самооценки, чередующийся с завышенной самооценкой (как правило, во время приема наркотиков или после него).

4. Нарушения взаимоотношений, низкая фрустрационная устойчивость, непереносимость отказов, отрицательных ответов, что чаще всего провоцирует либо грубое, либо попустительское отношение близких людей.

Суммарно это можно охарактеризовать, как ощущение собственной ненужности, заброшенности, вины и гипертрофированной ответственности за все, что происходит вокруг них [10].

Считается, что степень наркозависимости может быть оценена по следующим критериям:

1. Больше или меньше наркотиков стал употреблять наркоман за истекший период (раньше надо было 5 колес, сейчас хватает одного – положительный сдвиг, т.к. ему надо меньше денег, меньше вероятность заражения, меньше поддерживает наркобизнес и т.п.).

2. Использует ли помимо основного наркотика другие стимуляторы (комбинация всегда хуже – в том числе для здоровья наркомана).

3. Состояние физического здоровья: кожи, зубов, ногтей, легких, печени, ЦНС.

4. Наличие психиатрических осложнений (психоза, интеллектуальных расстройств, навязчивых страхов и т.п.).

5. Семейные и социальные показатели (ладит ли с домашними, живет ли дома, не развелся ли, есть ли друзья и т.п.).

6. Взаимоотношения с законом (аресты, приводы, штрафы, судимости сильно сказываются на здоровье наркомана – после временного вынужденного воздержания и сильного стресса наркоманы гораздо чаще увеличивают дозы).

7. Взаимоотношения с работодателем (работает ли) [8, с.178].

Наиболее типичными для лиц, употребляющих наркотики, являются следующие механизмы психологической защиты:

1. Вытеснение – из сознания вытесняются не столько факты употребления, сколько психологически травматичные обстоятельства, сопутствующие употреблению наркотических веществ. К таким обстоятельствам относятся гибель одного из знакомых от передозировки наркотика, помещение знакомого в места лишения свободы. Вытеснение наиболее характерно с акцентуацией характера или психопатией истероидного типа.

2. Рационализация – этот защитный механизм, с помощью которого наркозависимый стремится найти приемлемое объяснение употреблению наркотических веществ, собственно, рационализирует патологическое, недостаточно осознаваемое влечение к наркотикам. Наиболее популярны следующие рациональные объяснения приема наркотиков: «по подражанию», «для того, что – бы успокоиться» и т.д.

3. Проекция – этот защитный механизм, с помощью которого наркозависимый освобождается от чувства страха и вины, приписывая свои негативные качества другим людям. У молодых наркоманов отмечаются проявления рационалистической проекции. Наркоман знает, что он употребляет наркотики и подвергается опасности. Однако, он приписывает употребление наркотиков значительному числу своих сверстников: «гашиш курит каждый второй в училище», «почти все нюхают» [17, с.156].

При наркомании мозг и психика человека неизбежно поражаются наркотиком. При этом возникают специфические черты психологического облика, весьма характерные для наркоманического поражения психики. Следует понимать, что уже при относительно небольших сроках воздержания наркоман в значительной мере восстанавливает свой этический облик - возвращается к утерянным, было человеческим ценностям. Но, во-первых, еще долгое время эти ценности восстанавливаются неполноценно и нестойко. Во-

вторых, любое употребление наркотика стремительно возвращает человека в состояние этической опустошенности.

Поведенческие характеристики лиц, употребляющих наркотики, на разных этапах наркотизации.

Употребление психоактивных веществ обычно происходит в группе, оно тесно связано с групповыми стандартами поведения, наркозависимые собираются не только для совместной наркотизации, прием наркотиков, как правило, связан с желанием оживить общение, добиться более ярких впечатлений от прослушивания музыки.

Как правило, в группе имеется лидер, который высказывает предложение достать или употребить имеющееся психоактивное вещество. Обычно никаких возражений участники группы не высказывают. При дальнейшем приеме наркотических веществ проявляется «патохарактереологический сдвиг». Нарушение поведения наркозависимого углубляется и трансформируется. Чаще всего окружающие обращают внимание на их необычную раздражительность, вспыльчивость, лживость. Наркозависимые совершенно не обеспокоены тем, как правдоподобнее объяснить свое отсутствие дома или в школе. Будучи разоблачены, не смущаются, тут же выдвигают другую версию, столь же неадекватную.

Возрастают материальные потребности наркозависимого, они настаивают на приобретении дорогих вещей, выдаче им определенной суммы «карманных денег». Внешне эти формы поведения может напоминать обычные проявления реакции эмансипации. Настораживает то, что купленные вещи либо выданные деньги бесследно исчезают. При этом наркозависимый не обнаруживает признаков огорчения в связи с потерей вещей.

Наряду с эпилептоидными чертами, в поведении проявляется и демонстративность. Выразительная жестикуляция, трагические интонации в голосе, превращение любого мелкого конфликта в «проблему жизни» настораживают. В привычном окружении наркозависимые ведут себя

естественно, их эмоциональные реакции более сдержанны. Драки между наркозависимыми, употребляющими психоактивные вещества, наблюдаются реже, чем в обычных группах [8, с.167].

При 1-ой стадии наркомании появляется собственно психологическая зависимость. Наркотик становится «лекарством» снимающим эмоциональное напряжение в конфликтных ситуациях – трансформируются характерологические и патохарактерологические черты. Основное направление этой трансформации от стенического типа к астеническому и апатическому. Происходит нарастание социальной дезадаптации. Наркозависимый утрачивает прежние положительные ориентации, у него снимается чувство ответственности, долга, способность к сопереживанию.

При 2-ой стадии наркомании появляются ощущения, вызываемые приемом наркотика, притупляются, теряет прежнюю яркость. Общение в группе практически отсутствует, единственная цель общения между наркозависимыми – употребление наркотика. Взаимный обман, “предательство”, полная потеря взаимных обязательств членов группы – обычное явление.

Асоциальность наркозависимых доходит до критической черты. Утрата этических принципов, эмоциональных привязанностей сочетается с необходимостью достать значительные материальные средства для приобретения наркотика. Подхлестываемые “бичом аскетизма”, лишенные каких-то определенных планов на будущее, озлобленные, наркозависимые решаются не только на кражи вещей из дома или у друзей, но совершают серьезные уголовные преступления. Цель этих преступлений - добыть наркотик или его заместитель.

Социальная опасность 2-ой стадии наркомании состоит в том, что наркоман активно группирует вокруг себя других людей, вовлекая их в употребление психоактивных веществ. При естественном распаде группы наркоманов каждый ее член становится центром новой группы [10, с. 163].

Столкновение личности с обстоятельствами, препятствующими

реализации в жизни ее глубинных, базисных тенденций, обуславливает предрасположенность к злоупотреблению наркотиками, которое является защитной активностью личности перед лицом трудностей, препятствующих удовлетворению наиболее важных и значимых для нее потребностей. В поведении каждого наркомана может быть обнаружен его уникальный паттерн взаимодействия с жизнью, который вместе с типичными для наркоманов чертами образует его наркоманский образ жизни.

Наркотическая зависимость, с точки зрения психологии, определяется как постоянное, хроническое и интенсивное использование конкретного паттерна поведения, выходящего (или уже вышедшего) из-под контроля индивида. Когда наркозависимый лишается наркотика, он длительное время переживает мучительное душевное состояние депрессии. Мозг, приученный к постоянной наркотической подпитке, биохимически не способен продуцировать нормальное эмоциональное состояние. Кроме того, есть и еще одна причина: наркозависимого мучает чувство вины. «Я наркоман, мне стыдно, что я не могу не колоться, и я колюсь, чтобы мне не было так стыдно». Наркоманы – это люди, болезнь которых обусловлена воздействием наркотических веществ. Это воздействие пагубно сказывается не только на самих лицах, страдающих наркозависимостью, но и на их социальном окружении, что повышает общественную значимость медико-социальной работы.

Обобщая вышесказанное, можно сказать, что для наркотического опьянения характерна неуправляемость социальной и психической деятельности. В эмоциональной сфере наблюдается неспособность к диссимуляции даже в ситуации экспертизы, невозможность подавить страх, другие отрицательные чувствования. В сфере восприятия (иллюзии, галлюцинации) – наркотик всегда с какого-то момента опьянявший уже не действует, а наркозависимый не в состоянии изменить волевым усилием свое состояние. В мышлении свободное, спонтанное течение мыслей, ассоциаций прерывается персеверацией, возникают мысли, от которых невозможно освободиться [15, с. 234].

1.2 Факторы и причины наркозависимости граждан

Выделяют следующие факторы, влияющие на возникновение наркомании:

Специалисты считают, что в возникновении наркомании существенную роль играют факторы биологические, психологические, культурные и социальные.

Психологические факторы. Считается, что ранее употребление наркотиков чаще всего было связано с поиском путей освободиться от состояния эмоционального и физического неблагополучия: боли (физической или эмоциональной), скуки, разочарования, одиночества, тревоги, депрессии и других неприятных ощущений. Сейчас мотивы употребления наркотиков значительно изменились: вместо ритуальных, лечебных, пищевых и других практических причин основным мотивом, по мнению Ларионова, стал мотив эйфории, как бы он ни был замаскирован модой, духовными исканиями или социальным протестом.

Одним из факторов, побуждающих человека принимать наркотики, является отсутствие чувства собственного достоинства. Люди относятся к себе без должного уважения; например, стыдясь себя, пытаются подавить это чувство с помощью алкоголя или наркотиков. Они меньше озабочены вредными последствиями всякого рода злоупотреблений. Их поведение направлено на саморазрушение. Такие люди нуждаются в помощи специалистов, в поддержке друзей и родных. Если родители хотят уберечь своих детей от наркомании, они должны воспитать в них чувство собственного достоинства. Дети должны быть уверены в том, что они любимы и дороги, что их уважают и ценят. Много в этом направлении должна делать и школа [21, с.115].

В свое время предпринимались попытки связать личностные характеристики со склонностью к алкоголизму и наркомании. Полагали, что неуверенность в себе, неумение преодолевать жизненные трудности, проблемы во взаимоотношениях с другими людьми, импульсивность подталкивают человека к наркотикам. Однако в действительности оказалось, что у множества

людей, страдающих разного рода химической зависимостью, эти черты отсутствуют, в то же время люди, обладающие набором всех этих недостатков, вовсе необязательно становятся алкоголиками и наркоманами.

Социальные факторы. Анализируя феномен употребления наркотиков, ученые пришли к выводу, что он не зависит от экономической и политической систем: наркомания распространена как в экономически отсталых, так и в передовых странах с различными политическими системами.

На распространение наркомании в обществе влияют его традиции, культура, внимание средств массовой информации к этой проблеме.

Отношение общества к приему наркотиков играет весьма заметную роль в развитии пристрастия к наркотикам. Общественное мнение может оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на поведение человека. Мнение окружающих особенно важно для подростков. Движение против применения наркотических средств, набирающее силу в российском обществе, следует расценивать как благоприятную тенденцию, но нельзя забывать, что алкоголь и наркотики по-прежнему служат «пропуском» в некоторые слои общества, неким ритуальным актом, сопоставимым по значению с обрядом посвящения.

Применение наркотиков противоречит закону, осуждается обществом и, следовательно, сопряжено с риском, но именно последнее и делает его привлекательным для определенных общественных и возрастных групп, особенно подростков. Возбуждение, обусловленное риском, поначалу может служить даже большим вознаграждением, чем эффекты от применяемых средств самих по себе.

Ощущение вместе пережитой опасности сплачивает членов группы наркоманов, и люди, участвующие в реализации программ борьбы с наркоманией, должны учитывать это важное обстоятельство [27, с.167].

На распространение наркомании немалое влияние оказывают кино, средства массовой информации и реклама. В течение многих лет на теле- и киноэкранах зритель видит пьющих и курящих героев; они окружены ореолом

мужества и романтики, вызывают, с одной стороны, восхищение и желание подражать им во всем, особенно у молодежи, с другой – протест российской общественности против рекламы алкоголя и табака.

Биологические факторы. В последнее время появляется все больше данных, подтверждающих биологическую природу химической зависимости. Многие случаи алкоголизма и наркомании теперь с уверенностью связывают с врожденными нарушениями определенных мозговых процессов.

Специалисты пришли к выводу, что дискомфорт, который почти постоянно испытывают некоторые люди, обусловлен врожденно низким уровнем эндорфинов. Такие люди чаще впадают в депрессию, менее терпеливы к боли, тяжелее переносят горести и разочарования. Вполне вероятно, что алкоголь и другие психоактивные средства приносят этим людям приятные ощущения, но когда вещество перестает действовать, они чувствуют себя ужасно. Это создает потребность в повторном применении данного средства и приводит к развитию химической зависимости.

Однако вряд ли наследственные факторы могут кого-нибудь заставить впервые взять в руки рюмку или принять наркотик. Но люди с определенными врожденными свойствами с большей вероятностью, чем другие, найдут в этом занятии удовольствие. Безусловно, независимо от того, какие факторы играют решающую роль в развитии химической зависимости от наркотических веществ, ответственность за ее предотвращение или избавление от нее целиком лежит на самом человеке [19, с.142].

Выделяют следующие причины пристрастий к наркотикам:

Специалистами медико-социальных учреждений здравоохранения, ежегодно проводятся исследования, согласно которым, можно сгруппировать причины, побуждающие людей попробовать наркотические вещества. Так как большинство лиц, употребляющих наркотики это молодые люди, то основными мотивами, попробовать наркотики являются следующие.

Причины, по которым человек стал зависимым от наркотиков, могут быть абсолютно разными. Все родственники хотят найти ответы на свои вопросы.

Чаще всего они начинают обвинять плохую компанию, жалеют, что не так воспитывали, или считают, что виной всему банальный случай.

Какие могут быть реальные причины наркозависимости?

Ученые и наркологи могут привести много примеров, которые являются причиной наркомании. Но среди такого количества разнообразия, все же выделяются несколько самых распространенных поводов:

Семейные конфликты и ссоры

В эту категорию попадают не только те, кто имеет в семье недостаток внимания, отсутствие каких-либо положительных эмоций, но и те дети, которые избалованы и изнежены заботой. В наркотиках они могут находить спасение от такой необъятной «любви». Семейные конфликты между супругами или другими членами семьи, все это может стать причиной наркомании именно в подростковом возрасте у детей.

Протест против социума

Люди стараются доказать свою значимость в обществе, особенно в тех случаях, когда они не смогли найти средства для своей самореализации. С помощью наркотиков человек хочет пойти против социальных и семейных ценностей. Наркомания может стать процессом выражения своего протеста и отсутствия собственного мнения.

Популярность наркотиков

Хотя сегодня и существует множество программ, которые направлены на борьбу с наркоманией, многие медийные личности могут неосознанно стать агитаторами любых наркотических веществ. Сериалы и фильмы, которые могут создавать ложное представление о наркотиках; знаменитости, которые были запечатлены за употреблением запрещенных веществ – все это может послужить антирекламой. Так, например, подростки могут захотеть во всем стать похожими на своих кумиров.

Интерес

Любопытство может стать причиной подобных проблем. Человек станет интересоваться тем, какие ощущения вызывают наркотики. Действительно ли

можно получить от этого кайф, и что это такое? Именно желание познать чего-то новое и запретное на собственном примере, может стать причиной зависимости. Ученые утверждают, что такое понятие как «синдром дефицита удовлетворенности», в некоторой степени может послужить причиной употребления наркотиков. Такой синдром считается генетически заложенным кодом, который влияет на удовлетворенность. Даже в случае того, что у человека есть все, он может ощущать себя неудовлетворенным. В таком случае, человек начинает искать то, что может доставлять ему радость.

Желание не выделяться

Эта одна из самых актуальных причин нашего общества. Существует немало компаний подростков и молодежи, где есть «лидеры», которые поощряют употребление наркотических веществ. Мало кто соглашается оставаться в стороне, и выделяться со всей группы. Именно такие люди попадают под риск. А те, кто соглашается хоть раз попробовать наркотики, не могут потом отказаться от них.

Таким образом, граждане, страдающие наркозависимостью, имеют схожие социально-психологические характеристики, обусловленные воздействием наркотических веществ. Это воздействие пагубно сказывается не только на самих лицах, страдающих наркозависимостью, но и на их социальном окружении, что повышает общественную значимость медико-социальной работы в наркологии. Основными причинами и факторами являются: неполная семья, где ребенка воспитывает один из родителей, семьи, где один или оба родителя страдают алкогольной или наркотической зависимостью.

2 ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ГРАЖДАНАМИ, СТРАДАЮЩИМИ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

2.1 Содержание организации медико-социальной работы с гражданами, страдающими наркотической зависимостью

Организация медико-социальной работы с гражданами, страдающими наркотической зависимостью – это вид профессиональной деятельности междисциплинарного характера, направленной на оказание комплексной медико-социальной помощи, включающей социально-психологические, медико-психологические, педагогические и правовые мероприятия, лицам, страдающим наркотической зависимостью и членам их семей.

Цель организации медико-социальной работы в наркологии – это комплексная медико-социальная помощь входящим в группы повышенного риска развития наркологических заболеваний и лицам, страдающим зависимостью от психоактивных веществ, членам их семей и ближайшего окружения, включающая медицинские, медико-психологические, социально-психологические, педагогические и правовые ее аспекты [13].

Задачами организации медико-социальной работы в наркологии являются:

участие в программах первичной профилактики зависимости от психоактивных веществ в организованных и неорганизованных контингентах;

выявление лиц, входящих в группы риска и работа с ними;

установление контакта с семьями больных, организация консультирования, необходимой помощи и поддержки;

решение организационных и терапевтических вопросов в тесном взаимодействии с медицинским персоналом;

участие в специальной тренинговой работе, способствующей ранней реадaptации и реабилитации пациентов;

организация семейной психотерапии.

Выделяют следующие формы организации медико-социальной работы в

наркологи:

- профилактическую медико-социальную работу, нацеленную на предупреждение возникновения наркологических проблем;
- медико-социальную работу с проблемными лицами, у которых имеются те или иные очерченные наркологические проблемы, но не выявляются клинические формы наркологических заболеваний, а также с их микросоциальным окружением;
- медико-социальную работу с больными, страдающими наркологическими заболеваниями и их микросредой [30].

В отношении последнего контингента следует подчеркнуть, что в настоящее время при оказании им наркологической помощи в организационно-методическом плане происходит переход от использовавшейся длительное время медицинской (медико- и нозоцентристской) – медико-психолого-социальной модели. Это означает отказ от доминирования методов биологического, химико (фармако) терапевтического воздействия в пользу комплексной лечебно-реабилитационной работы с опорой на психотерапевтические и социотерапевтические методы, ориентированные на решение личностных, средовых, трудовых проблем, на повышение уровня социальной компетенции, компенсации, адаптации, интеграции.

Основные методы и средства организации медико-социальной работы в целом можно подразделить на две главные группы, различающиеся по характеру психотерапевтического воздействия:

1. Методы манипулятивного характера адресованы главным образом к патологическим процессам; больной рассматривается как объект воздействий; цель воздействия – изменение поведения; патерналистское отношение к клиенту со стороны терапевта.

К наиболее популярным методам этой группы можно отнести:

- суггестивные методы (внушение), их цель – изменение поведения больного. Что касается современных методов суггестивной терапии, то все большей популярностью пользуется подход, основанный на особой методике

введения в транс с помощью специальных приемов, обеспечивающих «присоединение» терапевта к больному и обратную связь.

- гипнотерапия, которая очень широко распространилась в нашей стране. Основные проблемы, которые решаются с помощью гипнотерапии – формирование установок, повышение самооценки и уверенности в собственных силах, разрушение нежелательных стереотипов поведения [16, с. 127].

- поведенческие, такие как психодрама по Д. Морено. Будучи довольно трудоемкой техникой, она успешно применяется в лечении наркоманов в структуре комплексной психотерапевтической программы.

- игровые методы (ситуационно-психологический тренинг). Собирается группа, определяются темы, разыгрываются роли. Обычно воспроизводится ситуация, которая так или иначе связана с употреблением наркотиков. При этом происходит тренировка отдельных умений, как например умения отказаться от наркотика, при этом могут использоваться видеозаписи для тренинга социальных навыков.

- групповые дискуссионные методы – это психотерапевтическое воздействие в малых группах, функционирующих на основе клиентцентрированной терапии. Цель – выработка группового стиля мышления, улучшение коммуникаций, коррекция образа «Я» и повышение самооценки – все это реализуется за счет, безусловно, позитивного отношения к наркотически зависимому больному, искреннему его принятию и эмпатическому воздействию [14].

2. *Методы развивающего личность характера* адресованы главным образом к нормативно-компенсаторным процессам; больной рассматривается как субъект воздействия; цель воздействия – рост личности, взаимоотношения терапевта и клиента партнерские:

- гештальт-терапия (принцип «здесь и сейчас»). С помощью наркотиков больной стремится уйти от осознания самого себя и самовыражения, гештальт-терапия возвращает его к самому себе, преодолевая защиты, создающие препятствия для личностного развития и достижения зрелости. В результате у

клиентов формируется более здоровое и приемлемое существование без наркотиков, то, как они более полно живут в настоящем.

- экзистенциальная терапия – апелляция к высшим ценностным регуляторам и их активизация в процессе обсуждения таких проблем, как смерть, свобода, изоляция.

-«терапия решения проблем» – методика, помогающая клиенту прояснить имеющиеся у него проблемы.

- методика системной интервенции – формирование установок на получение помощи и лечения, заключается в подготовке и осуществлении воздействия на больного, по определенному набору правил, силами наиболее значимых лиц из его окружения [18, с. 236].

На социальном уровне воздействия, основной мишенью является созависимость (под созависимостью понимают деформацию взаимоотношений и индивидуального поведения, ролевые сдвиги и искажение психоэмоционального состояния у членов социального окружения больного наркоманией – супругов, детей, родителей и других), тип терапии – социально-ориентированное воздействие.

Основной методы и средства терапии:

- группы само- и взаимопомощи, разработанная в их рамках программа «12 шагов». Ее плюсы: простые, но эффективные приемы поддержки; хорошо учитывает особенности психологического статуса больных с зависимостью; легко интегрируется с другими видами терапии; апеллирует к высшим духовным ценностям наркозависимых и активизирует их, они получают новые силы для борьбы со своим заболеванием [14, с. 155].

Злоупотребление наркотическими веществами представляет собой болезнь, но это особая болезнь, социальная значимость которой очень велика, в решении ее необходима комплексная работа медицинских учреждений и учреждений социальной защиты. Выработка адекватной технологии медико-социального вспомоществования, представляет собой важнейший шаг в реализации парадигмы медико-социальной помощи по отношению к данной

категории клиентов.

В отношении лиц, страдающих наркозависимостью, реализуются следующие технологии медико-социальной работы:

1. Диагностика – реализуется как в медицинском диагнозе (определение характера и причин соматической или психической болезни на основании всестороннего исследования больного), так и в диагнозе социальных аспектов лица страдающего пагубной привычкой к наркотическому веществу (семейное положение, отношения с родственниками, профессиональное положение, коренные причины, послужившие толчком к злоупотреблению наркотических веществ и т.д.).

2. Коррекция – составляющая часть технологии реабилитации наркологических больных. В процессе проведения реабилитационных мероприятий специалистом по социальной работе проводится активная коррекционная работа, направленная на изменение социального статуса.

3. Адаптация – часть реабилитационных мероприятий. Комплекс мероприятий направленные на процессы приспособления личности или социальной группы к новой среде жизнедеятельности путем ее усвоения.

4. Экспертиза – представляет собой научно – техническое исследование объектов или обстоятельств, позволяющее разрешить дело по существу. Производство включает в себя две стадии: непосредственно само исследование и составление заключения по результатам исследования.

5. Реабилитация - это система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресоциализации и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления психо – активных веществ, вызывающих зависимость.

6. Терапия – является особой процедурой технологии социальной работы, с помощью присущих ей методов оказывает воздействие на социальное поведение граждан, а значит, и на определенную социальную ситуацию, явление. По сравнению с коррекцией терапия направлена на более

продолжительное и существенное воздействие на социальный объект с целью его социального оздоровления. Это система профессионального воздействия на состояние, поведение, психику лица (группы лиц) с целью их социального и психологического оздоровления, устранения устойчивых нарушений в социальном функционировании [20, с. 198].

7. Консультирование – это процедура, часто используемая в социальной работе, в медицинской, юридической практике специалистами разных направлений с целью ориентации граждан, отдельных лиц, семей, групп путем советов, указания на альтернативные формы оказания помощи, в определении целей и обеспечении необходимой информацией.

8. Посредничество – специалисты социальных служб в процессе своей деятельности устанавливают и развивают функциональные связи с различными профильно-специализированными организациями и учреждениями, к которым они могут направлять клиентов. Технология посреднической деятельности реализуется тогда, когда социальный работник не может предложить пути и средства разрешения проблем клиента самостоятельно или в своем учреждении. Тогда он рекомендует и содействует приему клиента в соответствующем учреждении, организации или специалистом, который может их разрешить.

9. Технологии социальной профилактики – это научно обоснованное и своевременно предпринимаемое воздействие на социальный объект с целью сохранения его функционального состояния и предотвращения возможных негативных процессов в его жизнедеятельности [3, с.190].

Поскольку технологических процедур к данной категории клиентов довольно много, в данной дипломной работе будут более подробно рассмотрены некоторые из них, а в частности это – профилактика, реабилитация и терапия.

Профилактика - это система комплексных государственных и общественных, социально-экономических и медико-санитарных, психолого-педагогических и психогигиенических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, на всемерное укрепление здоровья.

Первичная профилактика направлена на формирование общественного неприятия употребления наркотиков, на предупреждение приобщения детей и подростков к наркотикам. Первичная профилактика разрабатывается с учетом необходимости влияния на три основные сферы самореализации ребенка – семью, образовательное учреждение и место проведения досуга (включающего микросоциальное окружение).

Стратегия первичной профилактики предусматривает активность профилактических мероприятий, направленных на:

- формирование личностных ресурсов, обеспечивающих развитие у детей и молодежи социально-нормативного жизненного стиля с доминированием ценностей здорового образа жизни, действенной установки на отказ от приема психоактивных веществ;

- формирование ресурсов семьи, помогающих воспитанию у детей и подростков законопослушного, успешного и ответственного поведения, а также ресурсов семьи, обеспечивающих поддержку ребенку, начавшему употреблять наркотики, сдерживающих его разрыв с семьей и помогающих ему на стадии социально-медицинской реабилитации при прекращении приема наркотиков;

- внедрение в образовательной среде инновационных педагогических и психологических технологий, обеспечивающих развитие ценностей здорового образа жизни и мотивов отказа от пробы и приема наркотиков, а также технологий раннего обнаружения случаев употребления наркотиков учащимися;

- развитие социально-профилактической инфраструктуры, включающей семью в микросоциальное окружение ребенка “группы риска” наркотизации и ребенка, заболевшего наркоманией.

Вторичная профилактика направлена на тех, кто уже испытал на себе влияние наркотиков, но не обнаруживает проявления болезни. Цель профилактики – максимально сократить продолжительность воздействия наркотика на человека, ограничить степень вреда, наносимого как

потребителю, так и окружающему микросоциуму – друзьям, одноклассникам, семье, т.е. предотвратить возникновение хронического заболевания. Результативность этого этапа может быть определена по полному прекращению дальнейшей наркотизации и восстановлению личностного и социального статуса [19].

Важнейшими составными частями вторичной профилактики являются создание системы раннего выявления потребителей наркотиков, обеспечение доступности комплексного обследования и оказание квалифицированной психологической, медицинской, педагогической и социальной помощи.

Третичная профилактика направлена на предотвращение срывов и рецидивов наркомании. Собственно, это и есть реабилитация, которая, по мнению экспертов ВОЗ, представляет собой комплексное направленное использование медицинских, психологических, социальных, образовательных и трудовых мер с целью приспособления больного к деятельности на максимально возможном уровне.

Задачи вторичной и третичной профилактики могут быть решены в специализированных государственных центрах реабилитации, лиц страдающих наркоманией в системе Министерства образования Российской Федерации. Помимо специализированных центров в целях профилактики злоупотребления психоактивными веществами может и должна активно использоваться уже существующая сеть различных учреждений для лиц, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи – ППМС-центров. Спектр деятельности таких центров должен быть многогранным и многопрофильным.

Залогом эффективности медико-социальной работы в решении проблем лиц, страдающих наркозависимостью является постоянная связь лечебного процесса с деятельностью по коррекции социального статуса больного. Отсюда вытекает необходимость сближения позиций наркологов и социальных работников, прежде всего с помощью грамотной организации совместного лечебно-реабилитационного процесса, что должно быть закреплено в

соответствующих нормативных документах, должностных инструкциях и положениях. Одной из основных целей специалистов по социальной работе в деле реабилитации наркозависимых становится помощь наркоману в осознании особенностей его болезни – он должен помочь человеку, попавшему в зависимость и его семье научиться полноценно жить несмотря на эту болезнь, не испытывая чувства вины и обреченности.

Таким образом, система медико-социальной работы с наркозависимыми гражданами представлена различными технологиями социальной работы, направленных на комплексное решение проблем наркозависимых путем государственных и общественных, социально-экономических и медико-санитарных, психолого-педагогических и психогигиенических мероприятий.

2.2 Медико-социальная реабилитация как технология социальной работы с гражданами, страдающими наркотической зависимостью

Медико-социальная реабилитация выступает одной из основных технологий социальной работы с наркозависимыми гражданами и представляет собой комплекс мер, направленных на восстановление человека в правах, социальном статусе, здоровье, дееспособности. Этот процесс нацелен не только на восстановление способности человека к жизнедеятельности в социальной среде, но и самой социальной среды, условий жизнедеятельности, нарушенных или ограниченных по каким-либо причинам [18, с. 237].

Главная цель медико-социальной реабилитации – восстановление или формирование нормативного, личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального и творческого потенциала [19].

Медико-социальная реабилитация проходит как на физическом, так и на психологическом уровне. Именно поэтому план реабилитации разрабатывается сугубо индивидуально для каждого пациента. Сюда включается полное обследование организма, снятие абстинентного синдрома при помощи медикаментов, занятия с психологом и всевозможные терапии;

Вовлеченность в социальные аспекты жизни.

Иногда, даже после полного очищения организма, у наркоманов случаются срывы. Это является свидетельством того, что они не готовы отказаться от иллюзорного мира и пытаются уйти от проблемы. Стоит помнить, что за время нахождения в реабилитационном центре, проблемы не решаются сами по себе. Именно поэтому наша задача состоит в том, чтобы как можно лучше подготовить человека к трудностям, и, конечно же, заручиться поддержкой близких и родных людей. На протяжении всего процесса реабилитации мы помогаем справляться с трудностями и решать возникшие проблемы;

Все пациенты могут рассчитывать на помощь в любое время. Ведь ценность реабилитации заключается в полном отказе от наркотиков. В случае возникновения желания вновь принять наркотики, мы готовы прийти к человеку на помощь [19].

При этом они должны строиться на неукоснительном соблюдении следующих принципов:

1. Максимальная индивидуализация реабилитационных технологий:

- первая ступень – определение индивидуальных условий прохождения курса реабилитации каждого наркомана (стационарные, полустационарные или амбулаторные программы), клинических особенностей заболевания, социальных осложнений, вызванных употреблением наркотиков, определение особенностей структуры личности, микросоциального окружения зависимого.

- вторая ступень – анализ собранной информации, составление индивидуально- го профиля каждого наркомана и включение его в подходящую по этим параметрам программу реабилитации.

2. *Комплексный подход к реабилитации наркозависимых:*

Наркологические заболевания у каждого конкретного зависимого состоят из одних и тех же составляющих (биологические и социально-психологические), но удельный вес этих составляющих различен. Одни больные – с биологической предрасположенностью к наркотической зависимости, а другие втягиваются в процесс злоупотребления под влиянием среды, то есть на первом месте у них стоят социально-психологические факторы. Но, тем не ме-

нее, независимо от преобладания тех или иных факторов, на всем протяжении реабилитационного воздействия оно должно быть комплексным, включая в себя медикаментозное, психотерапевтическое и социальное воздействие, причем продолжительность частей реабилитационного процесса у разных наркоманов разная.

О принципе добровольности следует сказать отдельно: по отношению к больным с наркозависимостью данный принцип может применяться условно, в зависимости от тяжести заболевания и социально-психологических особенностей индивида. В том случае, если пациент злостно уклоняется от самостоятельного обращения за медицинской помощью, ведёт асоциальный или антисоциальный образ жизни, грубо социально дезадаптирован, то о добровольности социальной реабилитации речи, идти не может. К сожалению, на сегодняшний день законодательная база, обеспечивающая принудительные меры медицинского характера, очень несовершенна.

Принцип добровольности должен безоговорочно соблюдаться в случае активного стремления пациента к сотрудничеству с медицинскими и социальными учреждениями. В большинстве стран мира, включая промышленно развитые страны западной демократии, традиционно осуществляется та или иная степень принуждения больного к обращению за помощью в соответствующие учреждения [19].

В настоящее время в России в той или иной степени развиты следующие социальные технологии:

- школьные программы педагогической реабилитации;
- территориальные локальные социальные программы;
- реабилитационные программы на рабочих местах.

Одной из приоритетных задач современных специалистов по социальной работе в области наркологии является активное воздействие на больного уже в начале процесса лечения. Поэтому имеет смысл, в контексте социальной работы, объединить медицинский и постемедицинский этап работы и обозначить его медико-социальным этапом работы с наркоманами, на котором медики и

социальные работники должны действовать сплочённой командой. Сближение позиций возможно как с помощью специальных образовательных программ, обеспечивающих дополнительные профессиональные знания у социальных работников, так и через осознание медицинскими работниками всех нюансов социально-психологического состояния своих пациентов.

Тип терапии на этом уровне – биологически ориентированное воздействие, основным методом и средством которого является медикаментозное лечение, то есть использование препаратов, регулирующих нейромедиацию: нейрореплетики, антидепрессанты, нейропептиды, антиконвульсанты, блокаторы рецепторных систем, транквилизаторы, а также немедикаментозные методы – рефлексотерапия, электростимуляция.

На психическом уровне воздействия основной мишенью является патологическое влечение к наркотическому веществу. Тип применяемой терапии – «психотерапевтически ориентированное воздействие» [14].

Осуществление медико-социальной реабилитации в значительной мере зависит от соблюдения ее основных принципов. К ним следует отнести: этапность, дифференцированность, комплексность, преемственность, последовательность, непрерывность в проведении реабилитационных мероприятий, доступность и преимущественную бесплатность для наиболее нуждающихся.

В рамках медико-социально-реабилитационной деятельности ученые выделяют различные уровни, в их числе обычно называют: медико-социальный, профессионально-трудовой, социально-психологический, социально-ролевой, социально-бытовой, социально-правовой.

В практической социальной работе реабилитационная помощь оказывается различным категориям нуждающихся. В зависимости от этого определяются и важнейшие направления реабилитационной деятельности. К таким направлениям следует, прежде всего, отнести: социальную реабилитацию инвалидов и детей с ограниченными возможностями, пожилых людей, военнослужащих, участвовавших в войнах и военных конфликтах, реабилитацию лиц, отбывших наказание в местах лишения свободы, наркозависимых лиц.

Основными видами реабилитации являются: медицинская, социально-средовая, профессионально-трудовая и психолого-педагогическая. Медицинская реабилитация включает в себя комплекс медицинских мер, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных или утраченных функций организма. Это такие меры, как восстановительное и санитарно-курортное лечение, профилактика осложнений, реконструктивная хирургия, протезирование, физиотерапия, лечебная физкультура, грязелечение, психотерапия и другие.

Социально-средовая реабилитация – это комплекс мер, направленных на создание оптимальной среды жизнедеятельности, обеспечение условий для восстановления социального статуса и утраченных общественных связей.

Под профессионально-трудовой реабилитацией понимается система гарантированных государством мероприятий по профессиональной ориентации, профессиональному обучению и трудовому устройству. Меры профессионально-трудовой реабилитации реализуются в соответствующих реабилитационных учреждениях, организациях и на производстве.

Психологическая реабилитация позволяет успешно адаптироваться в окружающей среде и в обществе в целом [15, с. 148].

Медико-социальная реабилитация, будучи одной из общих технологий социальной работы, направлена на восстановление не только здоровья, трудоспособности, но и правового положения личности, морально-психологического равновесия, уверенности в себе. В зависимости от специфики объекта реабилитации определяются и методики реабилитационного воздействия, дополняемые соответствующими частными технологиями социальной работы.

К медико-социальной реабилитации относится также проблема психологической реабилитации, прежде всего в вопросе обретения личностью прежнего или предпочитаемого социального статуса. В социальной работе приоритетное значение имеет проблема юридической и профессиональной социальной реабилитации. Процесс социальной реабилитации нацелен также и на изменение социальной среды, условий жизнедеятельности, нарушенных или ограниченных по каким-либо причинам.

Медико-социальная реабилитация в наркологии – это система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресоциализации и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления ПАВ, вызывающих зависимость.

В свою очередь, возможности успешной реабилитации во многом зависят от выбора оптимальной копинг-стратегии, стратегии преодоления стрессовых ситуаций, а также необходимых для этого ресурсов. Причём в предмет социологической науки специалистами относятся, прежде всего, социально-средовые ресурсы реабилитационной копинг-стратегии – возможности нахождения и получения социальной поддержки. Эффективность данного процесса рассматривается как ведущий критерий реабилитации, а, значит, во многом, и оптимальности всей социальной реабилитации химически зависимых лиц в целом. В то же время, на практике часто происходит отторжение этих лиц социальной средой за счёт их стигматизирования, когда общество блокирует ресурсы социальной поддержки как на межличностном (изоляция, избегание со стороны родственников, близких), так и на институциональном (увольнение, уголовное преследование и т.п.) уровнях [17, с. 185].

Ввиду отмеченных проблемных ситуаций остро ощущается необходимость кардинальной реорганизации государственной системы наркологической помощи. На данный момент она сводится преимущественно к детоксикации, хотя проблемный статус наркотизма в целом определяется не физической зависимостью, а психической зависимостью от тех или иных ПАВ, которая не устраняется в ходе медикаментозного лечения. Причём речь должна идти о становлении и широком развитии и распространении *реабилитационных* государственных наркологических центров, деятельность которых будет строиться с учётом анализа наиболее передовых отечественных и зарубежных разработок по восстановлению социальной субъектности наркозависимых.

Кроме того, необходимо формирование оптимальной системы социального контроля наркотизма. В плане формального социального контроля, на мак-

росоциальном, институциональном уровне это, прежде всего, мероприятия по декриминализации потребителей наркотиков, позволяющие дифференцировать в правоприменительной практике административную и уголовную ответственность. Кроме того, следует на законодательном уровне рассмотреть вопрос о разработке правовой «ниши» для разнообразных вариантов программ «снижения вреда», эффективность которых в целом доказана во всём мире.

Важнейшим условием эффективной медико-социальной реабилитации наркозависимых выступает их вовлечение в систему социальной защиты населения. Речь идёт о решении вопросов трудоустройства, ряда правовых вопросов и т.п. Здесь можно говорить о квотировании рабочих мест, привлечении к оплачиваемым общественным работам, социально-правовой защите и о других вариантах, хорошо известных в рамках социономических дисциплин. Именно данный аспект реабилитационной деятельности, в чём убеждают существующие реалии, является наиболее проблемным. Но эти вопросы принципиальны, поскольку, если сама наркотизация представляет собой неадаптивный, патологический способ преодоления трудных жизненных ситуаций, то восстановление способности использовать ресурсы социальной поддержки в подобных случаях становится особенно актуальным.

В то же время, однако, стоит отметить, что всё сказанное выше будет возможным только при изменении реакции на наркотизм и наркозависимых со стороны общественного мнения в целом как важнейшего механизма неформального социального контроля. Признавая несомненную и объективную социальную опасность наркотизма, необходимо, тем не менее, избегать «моральных паник» и излишней иррациональной «демонизации» наркозависимых. Представляется очевидным, что, если вообще вести речь о возвращении в социум дезадаптированного и больного индивида (при наличии его желания), то в данном случае он по определению не должен сталкиваться с ситуацией, когда каналы социальной реинтеграции для него закрыты [14].

Этапы реализации медико-социальной реабилитации наркозависимых лиц:

1. Первичный контакт социального работника и наркозависимого лица. На данном этапе происходит знакомство сторон, установление контакта, сбор социальным работником информации о наркозависимом.

2. Взаимодействие социального работника и наркозависимого лица, результатом которого должна стать разработка программы реабилитации.

Как правило, наркозависимый далеко не сразу идет на такое сотрудничество и проявляет собственную инициативу (а ее необходимость продиктована принципом добровольности). Поэтому социальный работник какое-то время просто поддерживает контакт с наркозависимым и в трудные для него моменты предлагает доверительный разговор на темы: хочет ли он меняться, как он хочет меняться, какую помощь социального работника он хотел бы получить в этом и т.д.

3. Дальнейшая коммуникация, в ходе которой происходит реализация составленной программы реабилитации.

В таком доверительном диалоге рождается понимание того, что может помочь наркозависимому, составляется некоторый план реабилитации. На этом этапе социальный работник может уже привлекать дополнительную помощь для подбора наиболее адекватных средств социальной и психологической помощи (консультации психолога социальной службы, сбор консилиумов).

Привлечение к реализации программы реабилитации ресурсов средств: территориальные органы власти (если это необходимо), досуговые организации, реабилитационные программы. На этом этапе происходит наполнение программы реабилитации набором конкретных мероприятий, программ, предназначенных выполнять реабилитационную функцию.

4. Завершение программы реабилитации. Этап завершения несколько искусственен: иногда его можно достаточно четко обозначить, иногда – вообще нереально. Процесс личностного развития и становления – «пожизнен», а завершение сотрудничества ребенка и социального работника в рамках Реабилитационного пространства – выбор, в первую очередь, самого подростка.

Таким образом, «медико-социальная реабилитация как технология соци-

альной работы с наркозависимыми гражданами» – это динамичная система медико-социальной деятельности, направленная на достижение полного или частичного восстановления личностного и социального статуса больного методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через его личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий».

3 ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ГРАЖДАНАМИ, СТРАДАЮЩИМИ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ОГУЗ «АМУРСКИЙ ОБЛАСТНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» Г.БЛАГОВЕЩЕНСК

3.1 Общая характеристика организации медико-социальной работы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» г.Благовещенск

Социальная служба областного государственного учреждения здравоохранения «Амурский областной наркологический диспансер» была образована в 2001 году на основании приказа Министерства здравоохранения РФ № 287 «О мерах по усовершенствованию наркологической помощи населению РФ».

ГБУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер» – амбулаторно-поликлиническое учреждение на 88 посещений в смену с дневным стационаром на 10 мест. Имеется круглосуточный стационар на 55 коек.

Цель социальной службы – комплексная социальная помощь наркозависимым лицам и членам их семей.

Задачи социальной службы:

1. Проводить первичную профилактику среди детско-подросткового и взрослого населения по вопросам наркотической зависимости.
2. Сотрудничать с государственными, общественными и частными организациями.
3. Координировать помощь пациентам, прошедшим лечение, в области решения социальных проблем путем сотрудничества с государственными, общественными и частными организациями.
4. Проводить санитарно-просветительную работу среди преподавателей,

родителей по вопросам наркотической зависимости.

5. Осуществлять социальную помощь близким и родственникам наркозависимых, то есть созависимым.

6. Проводить социальный патронаж лиц, состоящих на диспансерном и профилактическом учетах.

7. Проводить встречи с работниками предприятий, учреждений, организаций с целью оказания медико-социальной помощи.

Прием ведут специалисты:

1. Психиатр-нарколог взрослый;
2. Психиатр-нарколог детско-подростковый;
3. Психотерапевт;
4. Психолог;
5. Специалист по социальной работе;
6. Терапевт;
7. Невролог;
8. Трансфузиолог.

В соответствии с поставленными задачами, социальная служба работает по двум направлениям:

1. Первичная медико-социальная профилактика.

Первичная медико-социальная профилактика – комплекс мероприятий по превенции распространения наркомании в региональном социуме.

Цель первичной медико-социальной профилактики – формирование у населения устойчивой мотивации на здоровый образ жизни как альтернативы злоупотреблению наркотическими и другими психоактивными веществами.

Задачи первичной медико-социальной профилактики:

- 1) информировать население о проблеме наркомании, ее распространении на территории области;
- 2) разъяснять причины и последствия употребления наркотиков и других психоактивных веществ;
- 3) формировать у детей, подростков и молодежи навыки безопасного уве-

ренного поведения, отрицания в ситуациях, связанных с употреблением наркотиков и других психоактивных веществ;

4) исследовать динамику наркоситуации в области путем проведения опросов, мониторингов, наблюдений [19].

Первичная профилактика занимает особое место в организации работы социальной службы. Она проводится в высших и средних специальных учебных заведениях, учреждениях начального профессионального образования, общеобразовательных школах, детских домах, социальных приютах для детей и подростков, школах-интернатах для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, летних оздоровительных лагерях, на пришкольных площадках.

Первичная медико-социальная профилактика осуществляется путем сотрудничества с такими организациями как: Управление Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков по Амурской области, отдел по работе с молодежью администрации Амурской области, отдел по делам молодежи администрации г. Благовещенска, департамент образования администрации Амурской области, управление образования администрации г. Благовещенска, центр эстетического воспитания им. Белоглазова, детские библиотеки, амурская областная детская клиническая больница, детские клинические больницы, детские поликлиники, детско-подростковые клубы, государственное учреждение культуры Амурской области краеведческий музей им. Новикова-Даурского.

Мероприятия, проводимые в рамках медико-социальной профилактики, условно разделён на пять основных направлений, анализ которых проведен в период с 2014 по 2016 г.г.:

1. Ежегодные мероприятия, среди которых можно отметить следующие:

1. Мероприятия посвященные «Дню без табака» это – беседы о последствиях табакокурения, лекции о влиянии табачной зависимости на женский организм, поле чудес антитабачной направленности, антитабачные викторины, показы видеофильмов с последующим обсуждением, и проведение различных упреждений : «Табу», «Ситуация», «Два мнения», «Сумей отказаться».

Мероприятия проводились в следующих учебных заведениях: МОУ СОШ № 13, 14, 15,26, ПУ № 4, 6, 21,23, 24, вечерняя школа №6, Благовещенский финансово-экономический колледж, Социально-реабилитационный центр «Мечта», Детский дом п. Садовый, МУЗ «Детская городская клиническая больница», социальный приют, ГУ МЧС России по Амурской области, Областной сборный пункт. В мероприятиях всего охвачено: 2014 г. – 462 человека, 2015 г. – 238 , 2016 г. – 230.

2. Мероприятия посвященные всемирному дню Здоровья, в которых охвачено общее количество человек: 2014г. – 127, 2015г. – 212, 2016г. - 180. Мероприятия проведены в следующих учебных заведениях: МОУ СОШ № 2, 10, 15, 13, в школе им. А.С. Макаренко, ПУ № 6, педагогическом колледже, социальном приюте.

Проведены :

- викторины «Что мы знаем о ПАВ»;
- беседы на тему «Последствия употребления ПАВ», «Вредные привычки и их последствия»;
- упражнения, направленных на развитие умений противостоять давлению: «Факторы выбора», «Принятие решений»; формированию навыков безопасности поведения и выработка эффективных стратегий отказа «Ситуация», «Попросить – отказать»;
- ролевые игры «Безопасное поведение», «Скажи – нет!»;
- конкурсы рисунков «Мы за здоровый образ жизни»;
- показ видеофильмов антинаркотического содержания.

3. В рамках Ярмарки Здоровья, проведены – беседы антинаркотического, антитабачного направления с показом видеофильмов в следующих учебных заведениях:

а) 2014 год – МОУ СОШ № 13, 15, 17; гимназия №1, Благовещенский торгово-экономический колледж, всего охвачено 2000 человек.

б) 2015 год – МОУ СОШ № 6, 13 – охвачено 722 учащихся и 25 родителей.

в) 2016 год – МОУ СОШ № 2, 4, 9, 10, 24, МОУ СОШ п. Чигири, МОУ СОШ №3 г. Сковородино, детский оздоровительный лагерь «Прометей», всего охвачено 2033 человека.

4. Мероприятия, посвященные Всемирному дню борьбы с наркотиками и наркобизнесом.

За отчетный период в мероприятиях приняло участие в 2014 г. – 957 человек, в 2015 г. – 630 человек, в 2016 г. – 575 человек. Мероприятия осуществлялись в МОУ СОШ № 10, 13, 26, 27, 28, 22, 16; в оздоровительных лагерях «Огонек» и «Колосок».

- конкурсы детских рисунков мелом на асфальте, под девизом «Мы за здоровый образ жизни», «Мир без наркотиков», «Здоровым быть модно».

- беседы антинаркотического направления с использованием упражнений, направленных на развитие умений противостоять давлению «Факторы выбора», «Вредные привычки и их последствия», «Принятие решений».

- конкурсы, кроссвордов антинаркотического содержания.

- брейн-ринги, поле – чудес, викторины антинаркотического и антиалкогольного значения.

- показ видеофильмов «Незримая война», «Мечта», «Взлеты и падения».

- участие в выставке «Молодежь Приамурья против наркотиков!» в Амурском областном краеведческом музее им. Г.С. Новикова – Даурского.

- совместно с сотрудниками детской поликлиники №3, проведены рейды по неблагополучным семьям, как состоящие на диспансерном учёте в ОГУЗ «АОНД», так и с целью выявления детей находящихся в трудной жизненной ситуации и оказание им помощи.

- проведена акция совместно с «Управление федеральной службы Р.Ф. по контролю за оборотом наркотиков».

5. Проведение мероприятий в рамках летней оздоровительной компании на базе летних оздоровительных площадок г. Благовещенска. Мероприятия проведены в МОУ СОШ № 2, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 28, гимназии № 1, 25, Центре эстетического воспитания; детско – подростковом клубе «Орлёнок», ДОЛ «Огонёк»,

«Колосок», и ДОЛ им. Гагарина. Среди задач летней оздоровительной компании можно выделить: формирование ответственного жизненного выбора, формирование навыков отказа от рискованного поведения; снижение вероятности вовлечения детей в экспериментирование с наркотиками; повышение уровня социально-психологической компетенции детей. В 2014 г. в мероприятиях принимало участие 2053, в 2015 г. – 2552, в 2016 г. – 2040 детей в возрасте 7-12 лет.

В 2014 году в период летней оздоровительной компании проведены мероприятия:

- 41 беседа на тему : Вредные привычки и их последствия, Последствия табакокурения, 13 антитабачных викторин; 8 викторин «Что мы знаем о ПАВ»; 3 игры «Поле чудес» антинаркотической направленности, 5 конкурсов кроссвордов, 6 конкурсов рисунков под девизом «Здоровым быть, модно!»; конкурс плакатов «Нет наркотикам» по отрядам; игровые мероприятия: игра «Путешествие по островам», сказка о пассивном курении, сказка о черных братьях и др.

2. Индивидуальные мероприятия по профилактике употребления ПАВ:

Лекции, беседы, индивидуальные консультации, индивидуальная психодиагностика и психокоррекция, проводимая медико - социально - психологической группой специалистов, в состав которой входят специалист по социальной работе, психолог, врач психиатр – нарколог. Проводятся такие мероприятия не только на базе ОГУЗ «Амурского областного наркологического диспансера», но и в МОУ СОШ №№ 5,6,9,10,12,13,15,16,17,18,26,28; школе – интернате 21; в ПУ №№ 1,4,6,23; в медицинском и педагогическом колледжах; Детском доме п. Садовый; в ДОЛ «Огонёк», «Колосок». Всего проведено за 2014-16 г.: 28 выходов и охвачено 2404 человека; за 2015 г. : 25 – 1345 человек; за 2016 г.: 28 – 1125 человек.

Характеризуя, деятельность социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер», можно отметить:

- работа социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» осуществляется по принципу полинаправленности, деятельность включает в себя большой перечень разнообразных мероприятий;

- работа социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» ориентирована не только на устранение последствий проблемы наркозависимости (медико-социальная реабилитация), но и на превенцию ее причин (медико-социальная профилактика);

- в своей деятельности специалисты социальной службы учитывают характер, особенности и причины возникновения проблем, связанных с наркозависимостью, используя как групповые, так и индивидуальные формы работы.

В целом, в рамках деятельности сотрудниками социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» осуществляются специальные социальные обследования граждан, выявляют характер семейных, трудовых, производственных, бытовых и межличностных отношений и проблем.

3.2 Анализ организации медико-социальной деятельности ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» г.Благовещенска, с лицами, страдающими наркотической зависимостью и предложения по ее усовершенствованию

В рамках написания бакалаврской работы было проведено эмпирическое исследование. Разработана программа социологического исследования (Приложение А). Для уточнения анализа организации социальной работы с лицами, страдающими наркотической зависимостью на базе ОГУЗ «Амурского областного наркологического диспансера» проведен экспертный опрос. Объект исследования – сотрудники, работающие в Диспансере. Исследование формировалось из числа работников диспансера, в количестве 10 человек. Метод исследования – экспертный опрос.

Предметом исследования – организация медико-социальной работы с лицами, страдающими наркотической зависимостью.

Также была разработана анкета на основе, которой были получены следующие результаты (Приложение Б).

В ОГУЗ «Амурском областном наркологическом диспансере» по статистическим данным на период с 2009 по 2016 год были зарегистрированы 1342

наркозависимых. По штату в социальной службе работают 7 специалистов по социальной работе.

Так, в процессе опроса было выявлено, что *основными формами зависимостей, граждан обратившихся в диспансер являются в г.Благовещенске являются (см.рис.1):*

20% - наркомания; 32% - алкогольная зависимость; 45% - табакокурение; 3% иные зависимости.

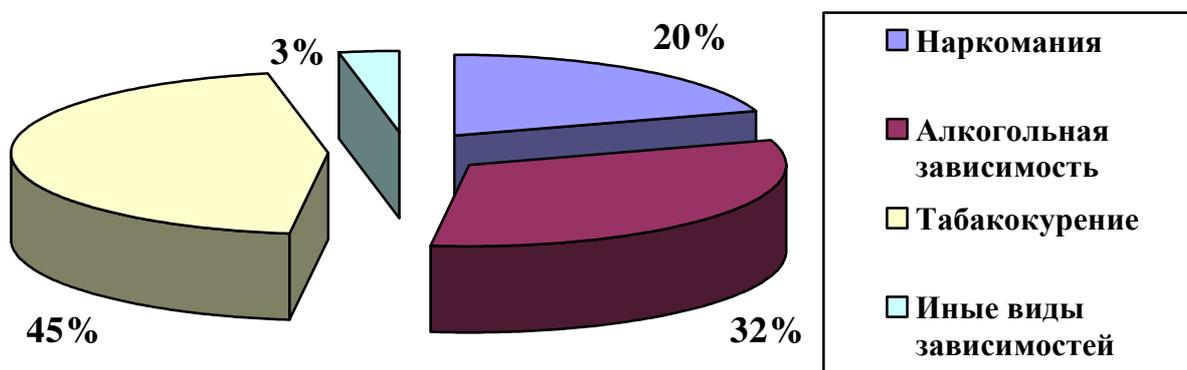


Рисунок 1 – Основные форма зависимостей в г.Благовещенске

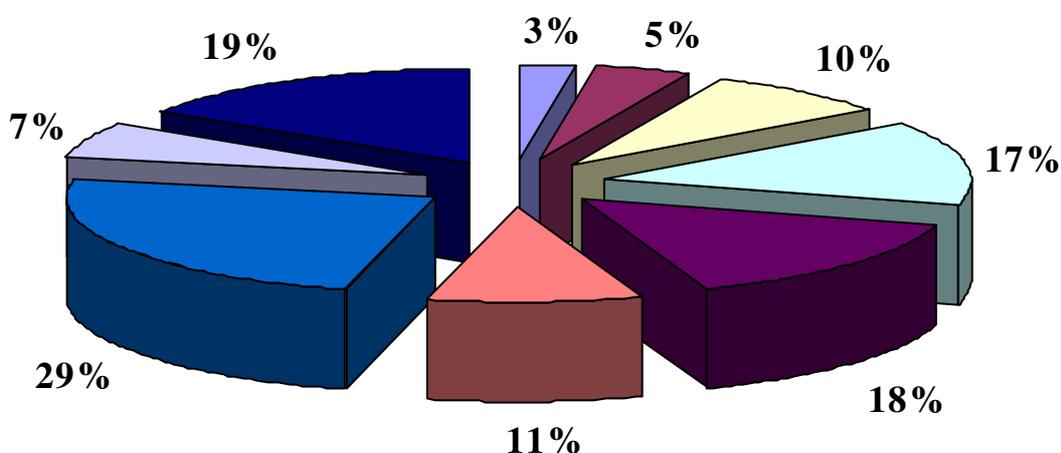
Люди, страдающие наркотической зависимостью, обычно имеют характерные особенности биографий. Эти особенности также выделяют врачи-наркологи при анализе историй болезни наркоманов.

Так по результатам экспертного опроса выявлено, что употребление наркотиков обусловлено следующими причинами:

3% - у матери больного была патология беременности. Беременность сопровождалась токсикозами, инфекционными или тяжелыми хроническими заболеваниями; 5% - роды могли быть затяжными, сопровождались родовой травмой, асфиксией младенца; 10% - в детстве больной перенес тяжелые или хронические заболевания, многократные сотрясения мозга; 17% - больной воспитывался в неполной семье, одним из родителей; 18% - родители больного были постоянно заняты на работе, уезжали в длительные командировки, не уделяли ребенку достаточно времени; 11% - больной — единственный ребенок в семье; 29% - близкие родственники больного (отец, мать, дед, брат) страдают

алкоголизмом или наркоманией; 7% - близкие родственники больного страдают психическими заболеваниями, часто нарушают общепринятые нормы поведения;

19% - больной начал рано употреблять алкогольные напитки и злоупотреблять летучими одурманивающими веществами (клей «Момент», растворители, бензин и т. п.) в соответствии с рисунком 2.



- У матери больного была патология беременности
- Затяжные роды, травмы
- В детстве больной перенес тяжелые хронические заболевания
- Воспитание в неполной семье
- Родители больного были постоянно заняты на работе
- Больной единственный ребенок в семье
- Близкие родственники страдают алкоголизмом или наркоманией
- Близкие родственники страдают психическими заболеваниями, нарушают нормы поведения
- Больной начал рано употреблять алкогольные напитки, токсикоманить

Рисунок 2 – Влияние особенностей биографий на употребление наркотических веществ

Эксперты, выделяют следующие причины почему люди употребляют наркотики и становятся наркоманами:

так 35% опрошенных указали, что это случилось, потому что наркотик стал доступным, и его стремятся реализовать как товар нелегального рынка;

38% - потому что среда, ближайшее окружение не видят в этом ничего противоестественного и поощряют к этому человека, а у него нет ресурсов сопротивляться;

27% - потому что биохимическое действие наркотика сходно с нормальными процессами в мозге и соответственно сигналы об опасности игнорируются сознанием (см.рис.3).

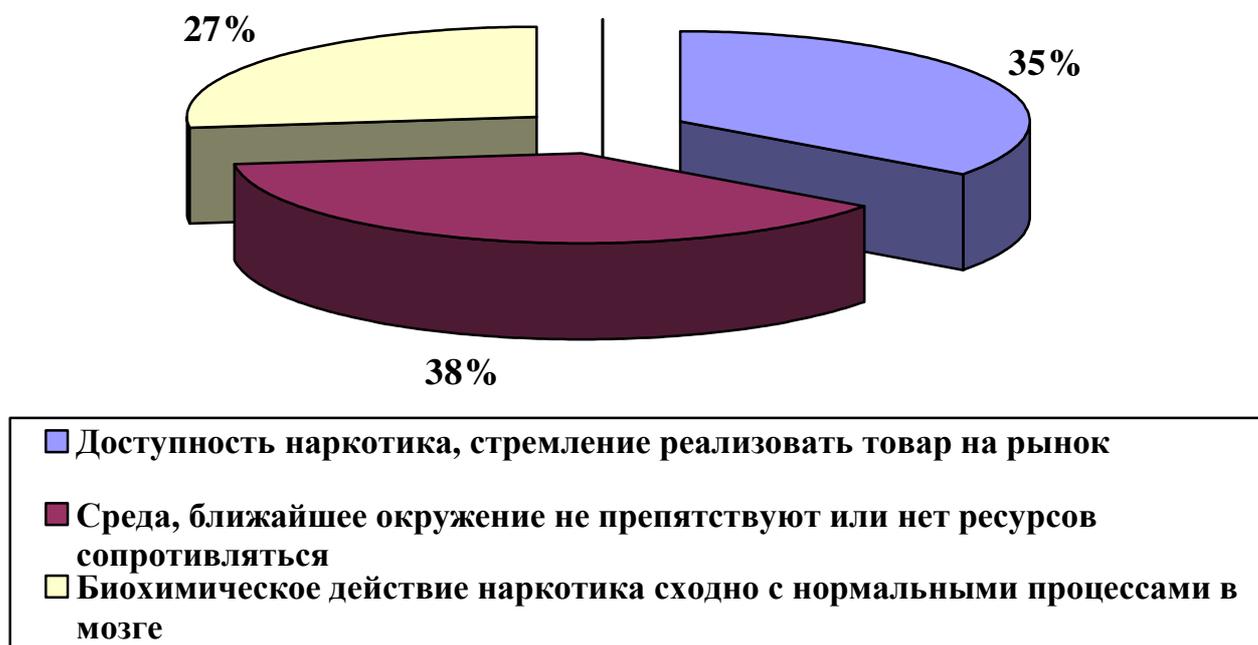


Рисунок 3 – Причины употребления наркотиков

Употребление наркотиков порождает различного рода проблемы. Поэтому эксперты выделяют следующие проблемы наркозависимых (см.рис.4): 23% - наркотик влияет на психику: мысли и чувства уже не принадлежат тебе, разум засыпает, слабеет воля, не в состоянии созидать и творить, будущее – ограниченность, перспектива – распад, направление движения – только вниз; 20% - Наркотик сделает человека зависимым: вся жизнь будет подчинена ему – можешь превратиться в раба; освобождение дается очень тяжело и, к сожалению, не всем; все ценное в твоей жизни будет уничтожено и вытеснено им; 18% - Наркотик разрушит твой организм: многие наркотики просто растворяют мозг; человек становится уязвимым для многих болезней – сил на защиту не ос-

тается; внутренние органы быстро стареют; сердце уже не справляется с обычными нагрузками; 20% Ты рискуешь навсегда остаться без семьи: вряд ли кто-то выберет тебя, ведь никому не нужен молодой старик; рано или поздно тебе самому станет никто не нужен; больные дети; сомнительно, что есть большой интерес жить рядом с безвольным, опустошенным, больным человеком; 19% - проблемы с законом: государство охраняет своих граждан от перспективы разрушения – тебе придется стать нарушителем; наркоманы плохо понимают, что такое честность и порядочность – тебя могут просто подставить; хроническая нехватка денег плюс разрушение воли – результат преступления.

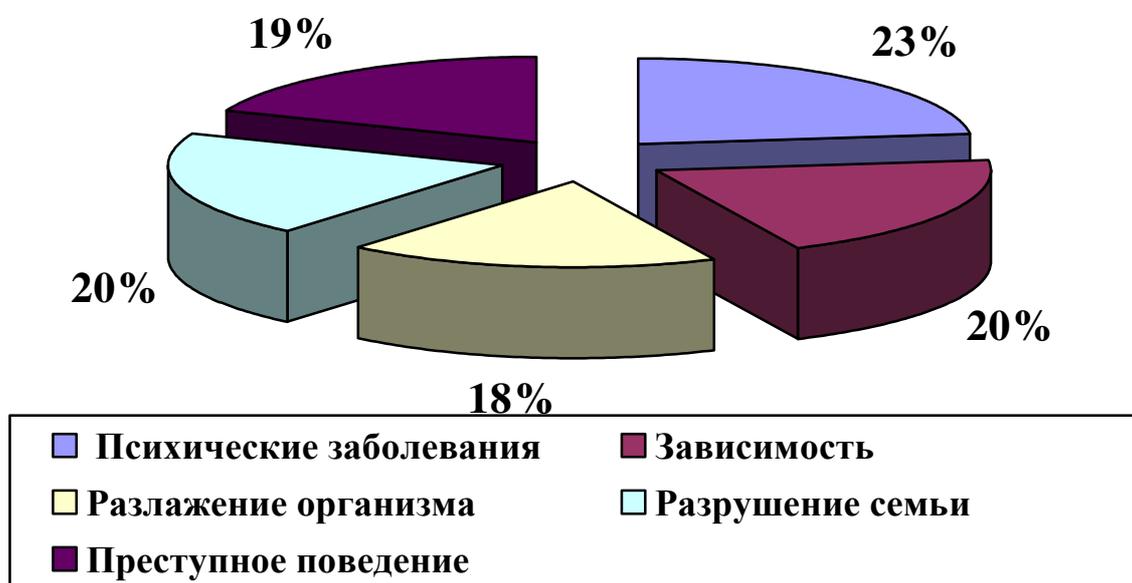


Рисунок 4 – Проблемы наркозависимых лиц

Помимо экспертного опроса, применялся метод анализа документов. Был проведен вторичный анализ отчетов о деятельности учреждения и о лицах, находившихся на лечении.

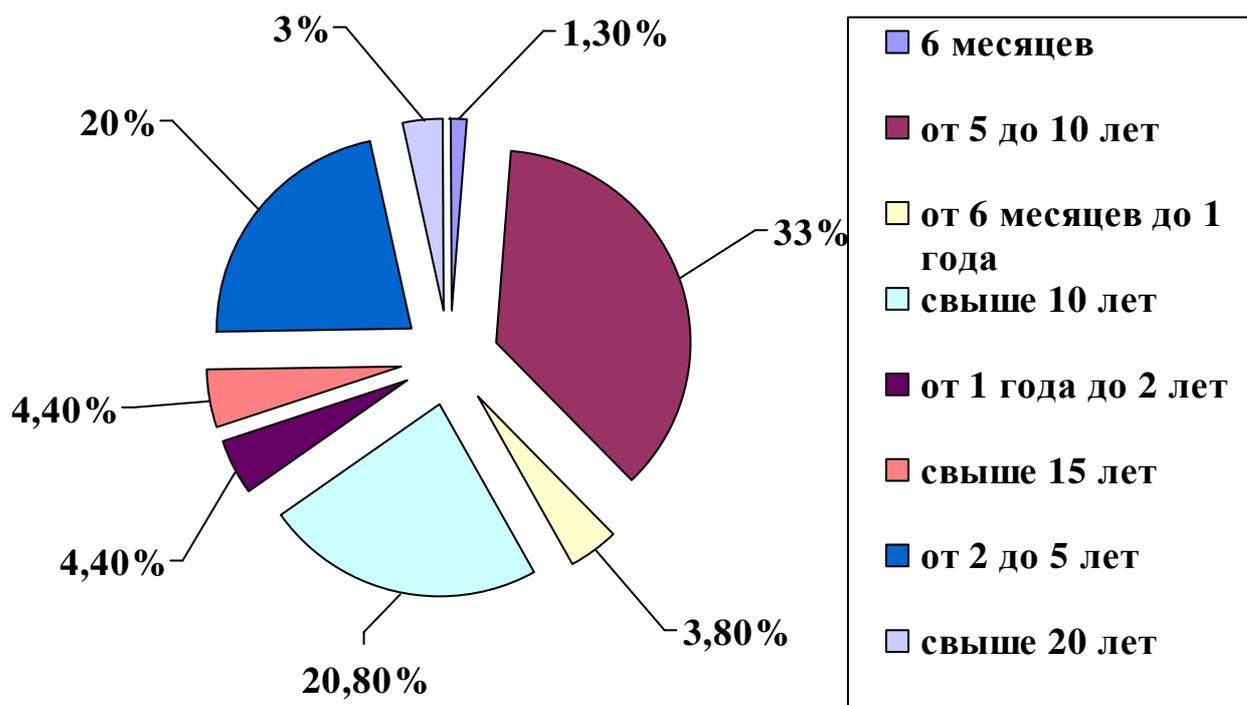


Рисунок 5 – Сроки употребления наркотиков

В результате чего, было установлено, что все граждане, находившиеся на лечении в диспансере – это хронически наркозависимые, у большинства из которых стаж этой зависимости исчисляется годами.

Согласно отчетам срок употребления наркотиков представлен в следующем: шесть месяцев - 1,3%; от пяти до десяти лет - 33%; от шести месяцев до одного года - 3,8%; свыше десяти лет - 20,8%; от одного года до двух лет - 4,4%; свыше пятнадцати лет - 4,4%; от двух до пяти лет - 20%; свыше двадцати лет - 3%; воздержались от ответа – 9,3%, в соответствии с рисунком 5.

В целом, 80% граждан, находившихся на лечении- реабилитантов имеют наркотический стаж более 2-х лет, 60% - более 5 лет, у каждого пятого этот печальный стаж превысил 10 лет. Частота употребления наркотиков у 43% опрошенных составляла три раза в день, у 38% - один-два раза в день.

То есть, 80% всех, находившихся на лечении до поступления в реабилитационный центр не могли существовать ни дня без приёма наркотиков, которые стали для них дороже самой жизни. Причём речь идёт в большинстве случаев не об относительно «лёгких» способах приёма наркотиков (нюханье порошка, вдыхание химических препаратов, приём внутрь таблеток, курение

«травки»), а об регулярных внутривенных инъекциях (70% опрошенных отметили этот способ приёма наркотиков).

Тяжесть наркозависимости подтверждается также при анализе номенклатуры потребляемых наркотиков до прихода в реабилитационный центр, в соответствие с рисунком 6.

Доминирует один самых тяжёлых наркотиков – героин. 60% лиц, находившихся на лечении в диспансере, употребляли его регулярно, ещё около 7% употребляли его более 10 раз. Препараты конопли регулярно употребляли около половина реабилитантов, вытяжку маковой соломки почти 35%, опиаты – 15%, метадон - 14%, барбитураты – 8%. Среди пациентов большой удельный вес, составляют полинаркозависимые. Прекращая употреблять один наркотик, они переходят на другой, а это вдвойне опаснее: организм приспосабливается к одному веществу, а потом ему нужно настраиваться на другое.

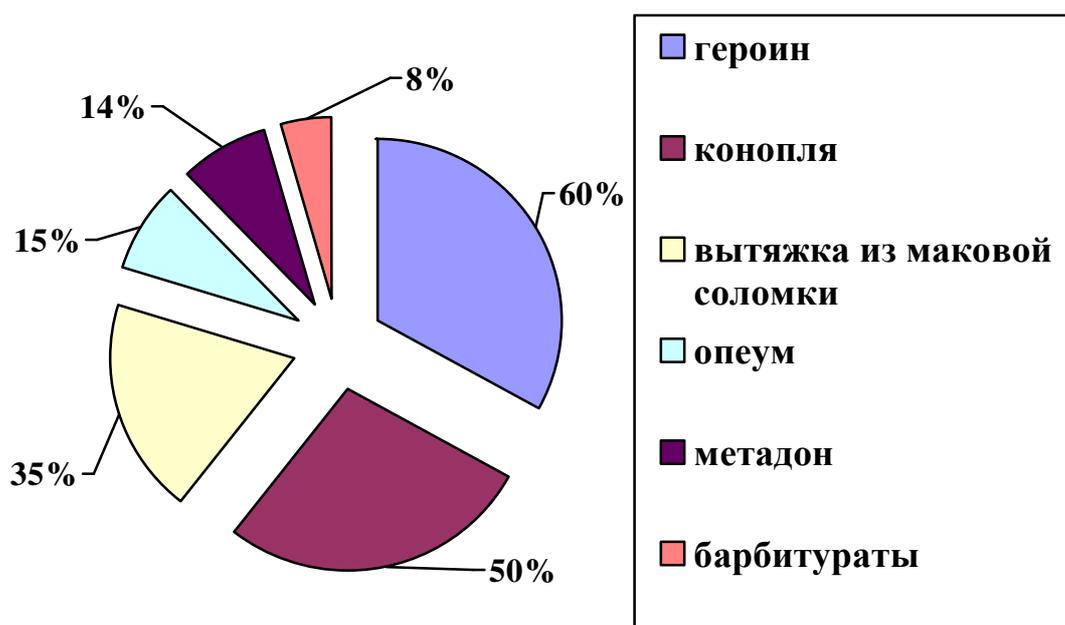


Рисунок 6 – Наркотики, которые употребляли лица, находящиеся на лечении в диспансере

Значимым подтверждением устойчивой наркозависимости служит тот факт, что подавляющее большинство наркозависимых лиц уже неоднократно пытались избавиться от этой зависимости.

Так, эксперты отметили, что только 14% ранее не лечились от наркозависимости. Остальные делали попытки избавиться от наркозависимости неоднократно:

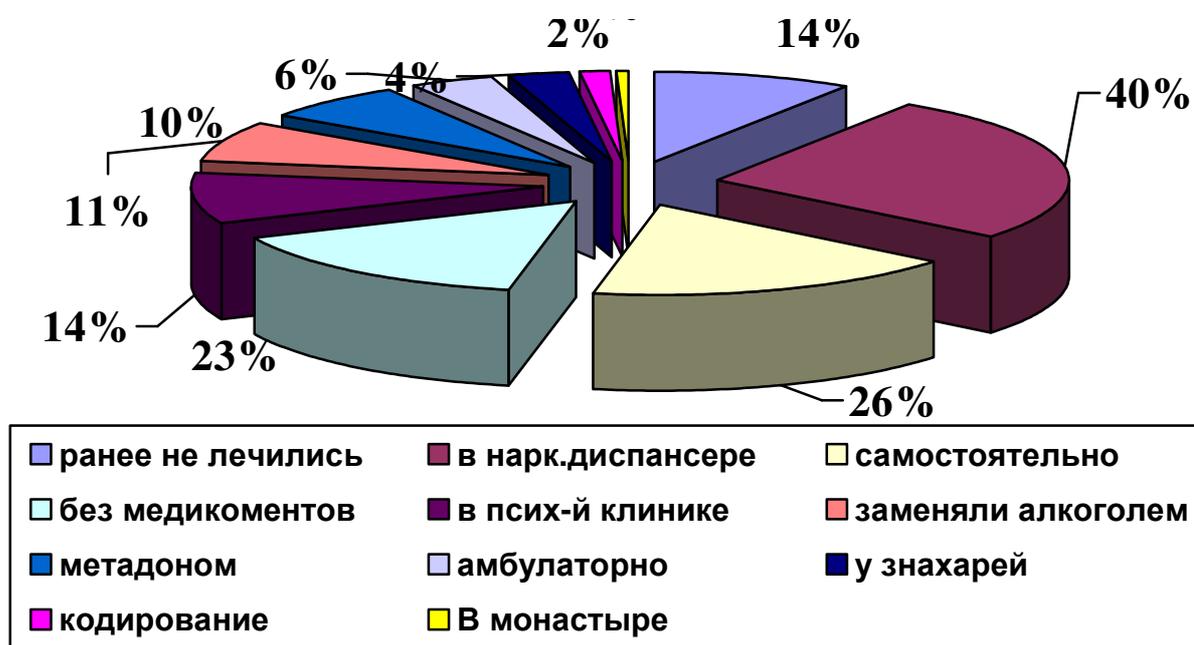


Рисунок 7 – Показатели лечения наркозависимости

40% лечились в наркологическом диспансере,
 26% - дома самостоятельно при помощи медикаментов;
 23% без медикаментов «на сухую»;
 14% - в психиатрической клинике; 11%, - посредством смены наркотиков на алкоголь; 10% - посредством заместительной терапии (метадоном);
 6% - амбулаторно; 4% - у знахарей, колдунов, 2%- кодированием;
 1% - в монастыре (рисунок 7).

Эффективность предыдущего лечения относительно невысока.

Результаты показывают, что после лечения не принимают наркотики до сих пор - 5%, долгое время не принимали наркотики – 6%, только первое время не принимали наркотики - 28%., никакого положительного результата не оказалось - 40%. Остальные затруднились с ответом (рисунок 8).

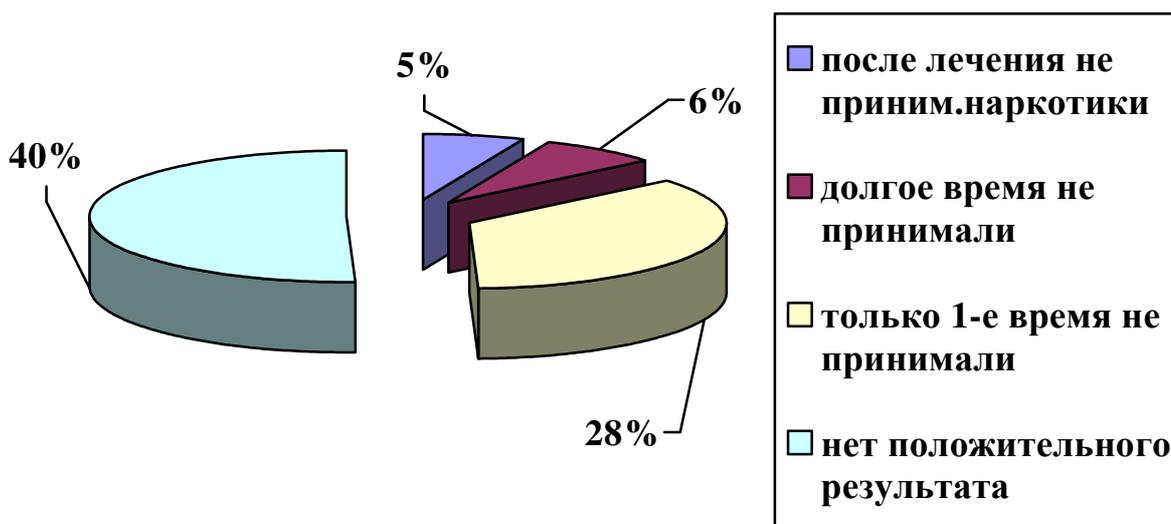


Рисунок 8 – Результаты лечения наркозависимости

Согласно, экспертному опросу, были выделены группы факторов риска в формировании различных форм наркомании, мнение опрошенных отображено на рисунке 9.

12% опрошенных отметили – повышенный эгоцентризм;

10% – тяга к сопротивлению, упрямству, протесту, борьбе против воспитательных авторитетов;

15% – стремление к неизвестному, рискованному; стремление к независимости и отрыву от семьи; 9% – незрелость нравственных убеждений;

14% – склонность преувеличивать степень сложности проблем;

10% – кризис идентичности;

30% - влияние друзей, знакомых, советующих попробовать один раз.

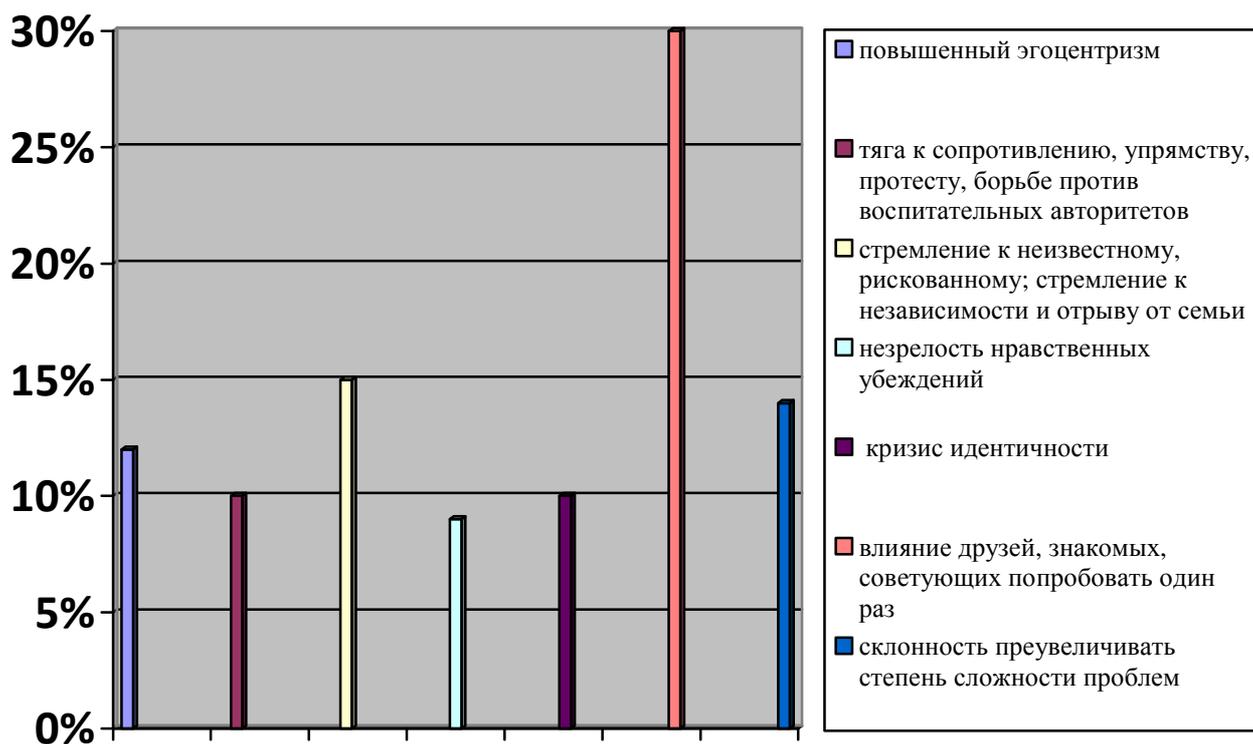


Рисунок 9 – Группы факторов риска в формировании различных форм наркомании

Также, согласно опросу были выделены направления медико-социального консультирования наркозависимых:

15% – ободрение, вселение надежды;

20% – физическое присутствие, благодаря которому пациенту создается физический комфорт (например, взбить ему подушку);

23% – социальное присутствие, обеспечивающее социальную поддержку, например, сохранение связи с «домом»; поддержка, совместные размышления и сопереживания, связанные с темами жизни и смерти, вопросами «Почему это случилось со мной?»; совместные воспоминания о «прошлой жизни»;

24% – помощь в четкой формулировке характера болей и неприятных ощущений;

18% – по возможности обсудить незаконченные дела, например, переживаемые им или причиненные им кому-то другому неприятности; а также помочь пациенту простить тех, кто провинился перед ним.

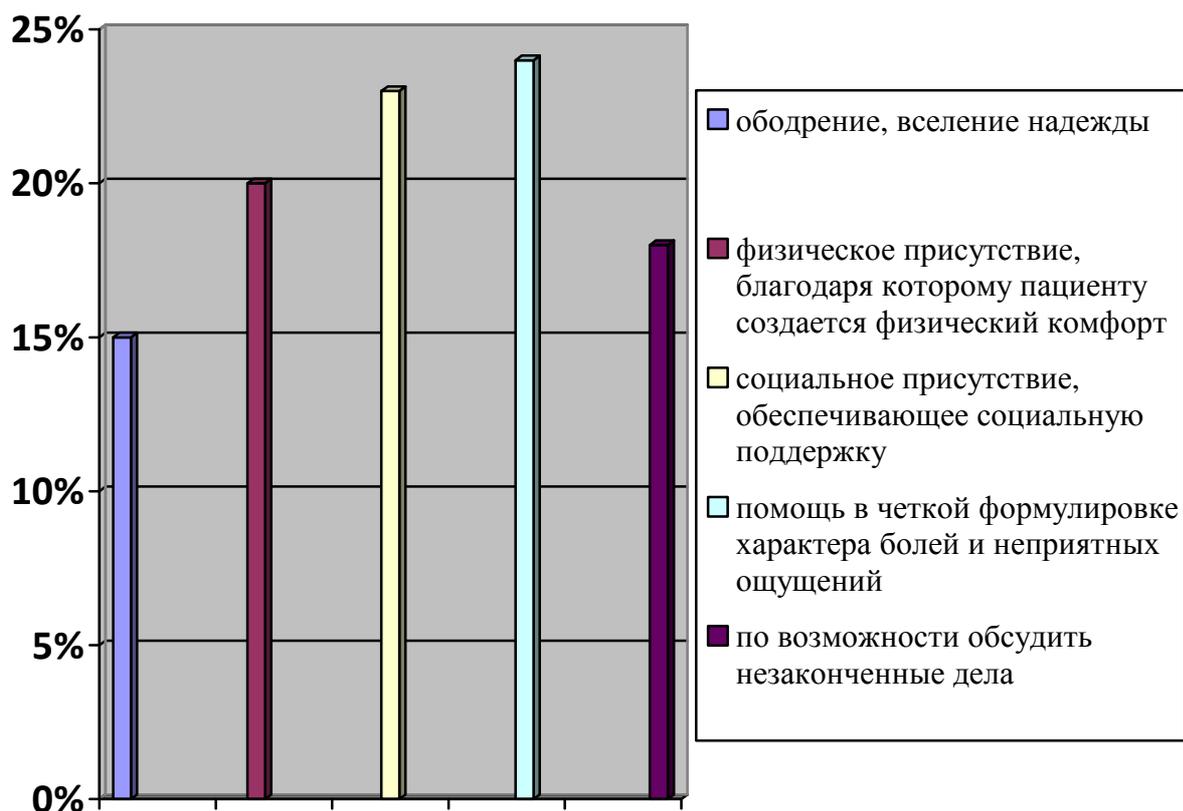


Рисунок 10 – Направления организации медико-социального консультирования наркозависимых

По данным экспертного опроса было выявлено, что основными задачами по организации медико-социальной работе социальной службы являются (рисунок 11):

15% - первичная профилактика;

17% - сотрудничество с государственными, общественными и частными организациями;

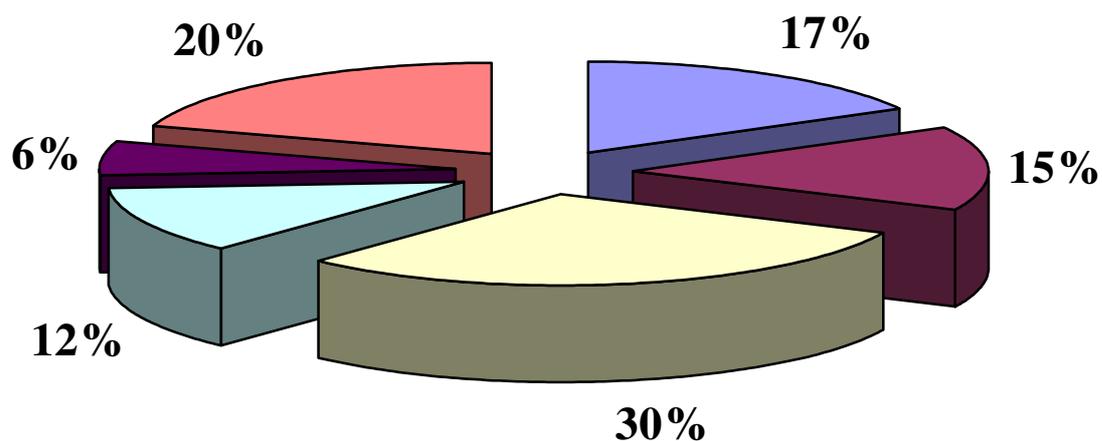
30% - проведение санитарно-просветительской работы среди преподавателей, родителей по вопросам наркотической зависимости;

12% - осуществление социальную помощь близким и родственникам наркозависимых, то есть созависимым;

20% - социальный патронаж лиц, состоящих на диспансерном и профилактическом учет;

6% - встречи с работниками предприятий, учреждений, организаций с це

лью оказания медико-социальной помощи.



- Первичная профилактика
- Сотрудничество с различными организациями
- Санитарно-просветительская работа среди преподавателей, родителей
- Социальная помощь близким и родственникам наркозависимых
- Встречи с работниками предприятий с целью оказания медико-социальной помощи
- Социальный патронаж лиц, стоящих на учете

Рисунок 11 – Основные задачи по организации медико-социальной работе социальной службы «Амурский областной наркологический диспансер»

В результате исследования были установлены основные формы организации медико-социальной работы (рисунок 12): 15% - разработка и внедрение социальных программ; 12% - привлечение активных деятелей и волонтеров к проблеме роста наркомании; 30% - участие в подготовке и проведении мероприятий, направленных на профилактику и наркозависимости; 37% - информирование населения о лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятиях, проводимых в учреждении; 6% - подготовка и выпуск печатных материалов.

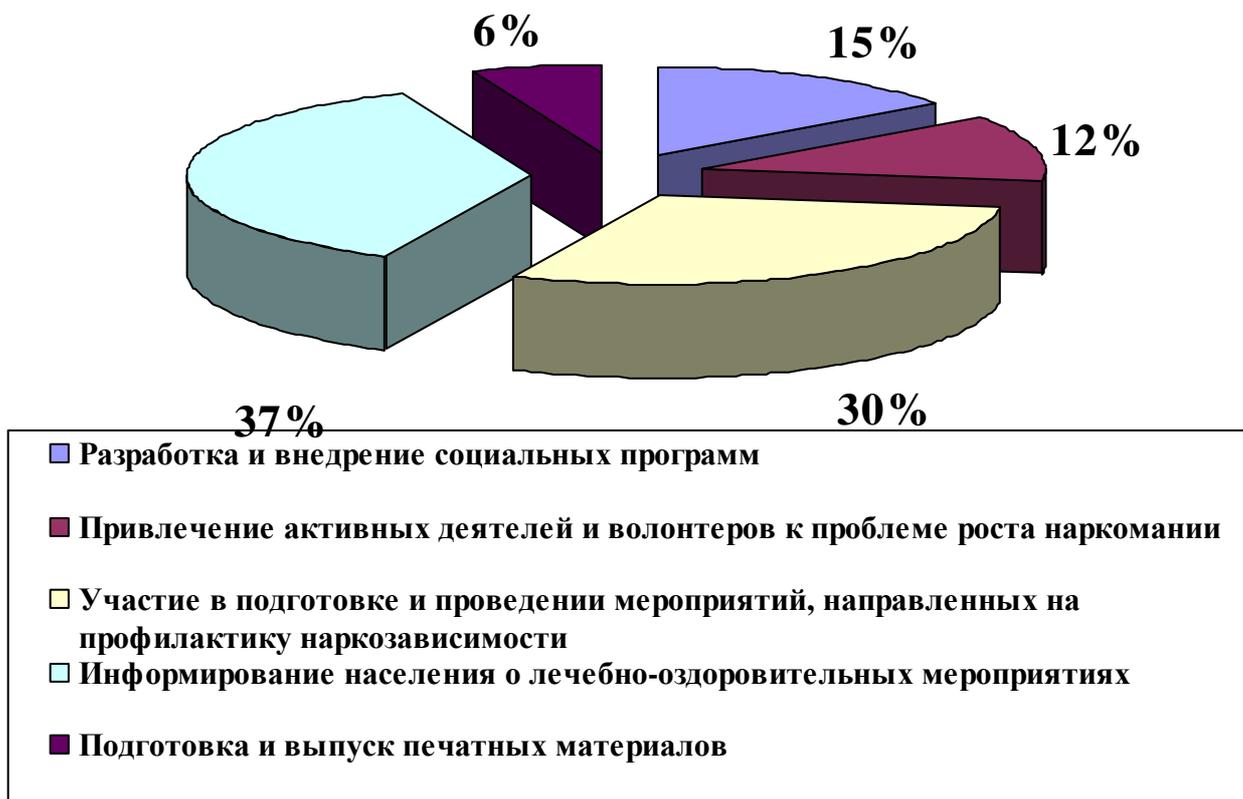


Рисунок 12 – Основные формы деятельности специалистов по социальной работе «Амурского областного наркологического диспансера»

В целом, специалисты по медико-социальной работе в наркологии имеют широкое поле деятельности, их деятельность осуществляется поэтапно, согласно рисунку 13.

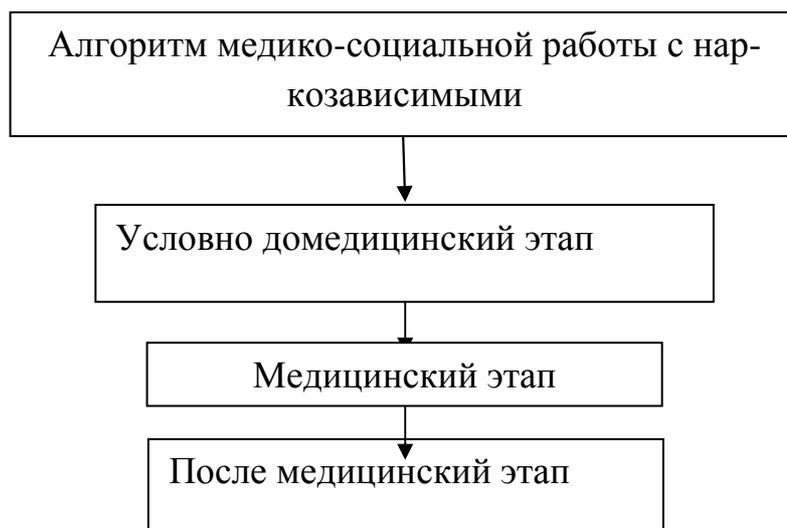


Рисунок 13 – Алгоритм работы с наркозависимыми в наркологическом диспансере

В результате исследования установлено, что особенное внимание необходимо уделять медико-социальной профилактике, согласно рисунку 14:

Задачи первичной медико-социальной профилактики:

35% – информировать население о проблеме наркомании, ее распространении на территории области;

20% – разъяснять причины и последствия употребления наркотиков и других психоактивных веществ;

30% – формировать у детей, подростков и молодежи навыки безопасного уверенного поведения, отрицания в ситуациях, связанных с употреблением наркотиков и других психоактивных веществ;

15% – исследовать динамику наркоситуации в области путем проведения опросов, мониторингов, наблюдений.

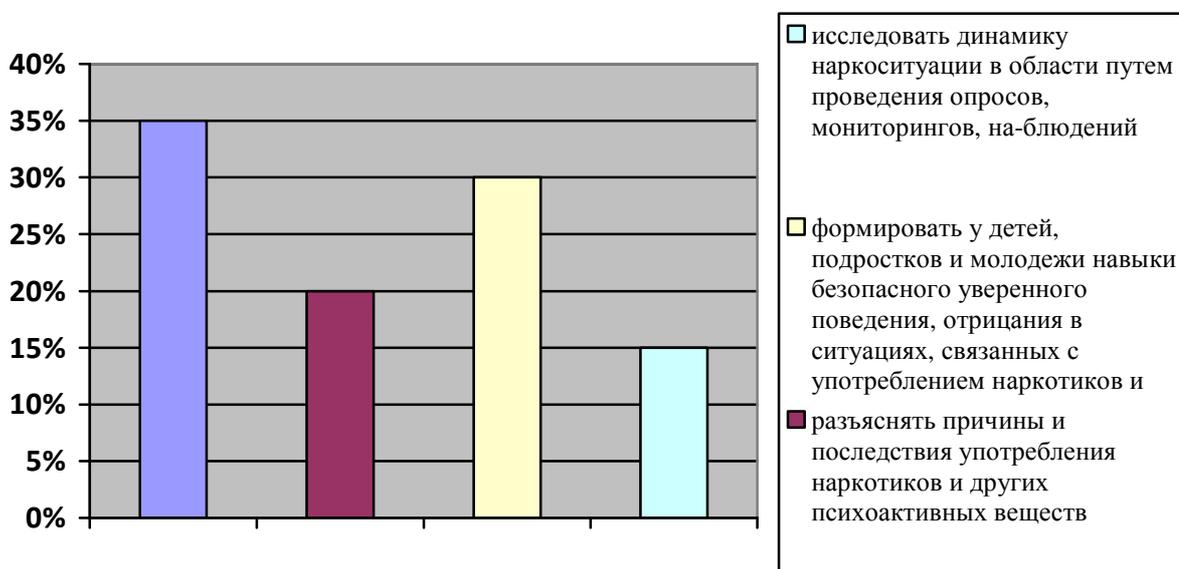


Рисунок 14 – Задачи первичной медико-социальной профилактики наркологического диспансера

Таким образом, на основании вышесказанного можно обозначить перспективы медико-социальной работы в диспансере:

1. Для социальных работников в области наркологии необходимо определить максимально полный набор требуемых знаний, умений и навыков с учетом специфического профиля конкретной практической работы с особыми критериями больных, а также лиц, взаимодействующих с ними (семейная созависимость; алкоголизирующиеся группы на производстве и т.д.).

2. Целесообразно также наметить наиболее значимые направления соци

альной работы в наркологической сфере с учетом реалий современной социально-экономической ситуации в России. Необходимо при этом исходить из места в системе социальной и наркологической помощи государственных и общественных структур, из актуальной наркологической ситуации, учитывать особенности общественного мнения по отношению к больным алкоголизмом и наркоманиями (национальный менталитет).

3. Важно также определить уровни обучения социальной работе в зависимости от формируемой должностной квалификации, сформированы правила аттестации специалистов, ее нормативы (стандарты), определена система постоянного повышения квалификации.

Таким образом, анализ медико-социальной деятельности ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» г. Благовещенска, с лицами, страдающими наркотической зависимостью, показал, что профилактика занимает особое место в работе социальной службы. Она проводится в высших и средних специальных учебных заведениях, учреждениях начального профессионального образования, общеобразовательных школах, детских домах, социальных приютах для детей и подростков, школах-интернатах для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, летних оздоровительных лагерях, на пришкольных площадках.

Медико-социальная реабилитация осуществляется путем сотрудничества с такими организациями как: отделы ЗАГС; центры занятости населения; паспортно-визовые службы и отделы; Центр эстетического воспитания им. Белоглазова; детские спортивные организации; детско-подростковые клубы; детские поликлиники; Благовещенский центр социальной помощи семье и детям «Благо»; Управление Министерства социальной защиты населения по г. Благовещенску и Благовещенскому району.

Несмотря на позитивные особенности, деятельность социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» имеет следующие проблемы:

1. В реализации различных направлений медико-социальной профилак-

тики нередко используются однотипные мероприятия, что затрудняет понимание их специфики относительно друг друга и может приводить к дублированию.

2. Реализация реабилитационного направления в деятельности социальной службы выглядит значительно скромнее профилактического направления, где спектр мероприятий весьма разнообразен.

3. В направлении медико-социальной реабилитации скудно представлены мероприятия собственно реабилитационной направленности, например, разработка и реализация индивидуальных и групповых реабилитационных программ как для самих лиц, страдающих наркозависимостью, так и для их ближайшего окружения.

4. Сотрудники социальной службы активно участвуют в мероприятиях, проводимых различными организациями и учреждениями, но к своей работе на базе социальной службы внешних партнеров привлекают достаточно редко.

5. В обширном перечне мероприятий, реализуемых социальной службой практически отсутствуют мероприятия, направленные на работу с различными категориями наркозависимых, например, инвалидами, слабо защищенные, длительно и тяжело больными, группами повышенного риска, неблагополучными.

Для оптимизации медико-социальной работы в целом и особенно деятельности ОГУЗ «Амурского областного наркологического диспансера» предлагаются следующие направления:

1. Создание социально-психологической службы, которая будет осуществлять контроль над наркозависимыми лицами, прошедшими курс лечения в диспансере. За ними будут наблюдать, устраивать на работу, помогать в жизнеустройстве. В составе службы будут работать 6 человек: начальник службы, 2 социальных работника, психолог, 2 медицинских работника (Приложение В).

2. Разработка социальной программы «Оптимизация деятельности наркологического диспансера». Принятие целевой программы по области в сфере социальной адаптации наркозависимых лиц, определит организационные, ма-

териальные и финансовые основы для реализации мероприятий Амурским наркологическим диспансером, также по профилактике употребления наркотиков (Приложение Г).

Задачами программы является:

1. Выявить социально-педагогические особенности наркозависимых лиц».

2. Сформировать знания, умения, навыки здорового образа жизни у наркозависимых лиц.

3. Сформировать негативное отношение к потреблению наркотических веществ.

4. Включить наркозависимых лиц в общественно-полезную деятельность.

3. Разработка профилактического мероприятия, проводимого в общеобразовательных учреждениях: беседы с родителями.

4 Разработка и оформление тематических стендов, баннеров о вреде наркотиков, с номерами телефонов куда можно обратиться в трудной жизненной ситуации.

5. Обеспечить проведение в каждом трудовом коллективе, во всех учебных заведениях и среди населения по месту жительства индивидуально-воспитательной и профилактической работы, направленной на предупреждение и искоренение наркоманий, особенно среди молодежи. Усилить разъяснительную работу среди населения о тяжелых последствиях употребления наркотических веществ, активно пропагандировать здоровый образ жизни. Повысить действенность антинаркотической пропаганды: путем разработки брошюр, плакатов, баннеров в центре города, установка стендов в магазинах.

6. Автором разработан тренинг – профилактика наркомании (Приложение Д). Данный тренинг разработан с целью налаживания контакта клиентом и специалистом и помогает познать самые проблемные вопросы клиента, его окружения и помочь познать свой внутренний мир и направить работу то, чтобы наркоман задумался о содеянном и перестал употреблять наркотики. Самое главное для успешного избавления от наркозависимости – это правильная мо-

тивация самого пациента. Сама по себе она у него не сможет возникнуть. Как поступать в таких случаях родственникам и близким людям? Вы можете взять эту проблему под свой контроль. Для этого можно воспользоваться советами специалистов реабилитационного центра.

7. Применение системы тренингов арт-терапии как формы организации работы с наркозависимыми (Приложение Е). Данный тренинг предназначен для граждан уже употребляющих наркотические вещества и способствует избавлению от них, показав, что путем применения арт-терапии возможно получить наиболее глубокие эмоции от жизни, найти хобби и т.д.

8. *Автором предлагается организовать в учебных заведениях: СОШ, Су-зы, Вузы Книжно-иллюстративные выставки «Наркомания – путь в бездну».* На выставке представлены книги, журнальные статьи, иллюстрированный материал о наркомании, наркотиках, также есть адреса Интернет-сайтов, посвященных борьбе с наркоманией. (Приложение Ж).

9. *Разработаны лекции для родителей (Приложение З).*

10. *Автором разработан буклет о деятельности наркологического диспансера.* Данный буклет следует распространять среди населения в особо людных местах. Данный буклет будет способствовать информированности населения о том, куда и к кому можно обратиться с ситуации если требуется медико-социальная помощь по лечению наркозависимости (Приложение И).

Таким образом, очерчивается широкий круг социальных проблем, с одной стороны, непосредственно или опосредствованно обуславливающих массовое и индивидуальное злоупотребление наркотиками и развитие наркотических заболеваний, а с другой стороны, обусловленных неадекватным в социальном плане отношением к употреблению ПАВ или различными негативными проявлениями и последствиями наркологической патологии. Все эти проблемы требуют внимания со стороны общества и целенаправленной работы по их разрешению. При анализе комплекса социальных проблем, связанных с употреблением ПАВ, целесообразно вычленять те из них, которые формируются на доклиническом, преклиническом и клиническом уровнях, и те, которые являются

вторичными, производными от той или иной наркологической патологии. Это важно в плане определения направленности и содержания отдельных технологий социальной работы в этой сфере, дифференциации ее специфических видов, ориентированных на различные контингенты и группы населения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время чрезвычайно выражена потребность в медико-социальной помощи лицам, зависимым от наркотических веществ (химически зависимым), а также лицам, имеющим те или иные наркологические проблемы при отсутствии клинических признаков наличия наркологического заболевания, членам семей и ближайшего окружения больных, членам различных групп повышенного риска развития наркологической патологии.

В процессе подготовки бакалаврской работы были решены основные задачи, в связи с чем можно сделать следующие основные выводы:

1. В Злоупотребление наркотиками и другими психоактивными веществами является серьезнейшей проблемой современного общества. Согласно отчетам Всемирной организации Здравоохранения численность граждан, страдающих наркотической зависимостью, зависимостью от психоактивных веществ составляет около 500 миллионов человек, в данном случае не учитываются курильщики табачных изделий. Наркотическая зависимость распространяется на новые регионы, затрагивает все больше различных слоев населения (дети, подростки, женщины, пожилые люди).

2. Существенные медицинские и социальные проблемы, связанные с совместным проживанием с лицом, злоупотребляющим наркотиками и другими психоактивными веществами, имеют также члены его ближайшего микросоциального окружения. В целом же количество лиц, нуждающихся в различных видах медико-социальной помощи в связи со злоупотреблением наркотиками составляет более 12 млн. человек. Несмотря на все более возрастающую потребность в такого рода помощи, в Российской Федерации вплоть до настоящего времени не сложилась целостная система медико-социальной работы с лицами, страдающими зависимостью от наркотиков, в связи с чем, возникает потребность в большем изучении данной проблематики.

3. В Российской Федерации распространение наркомании возросло за последние десятилетия. Наркоманию приравнивают к процессу эпидемии, учиты-

вая темпы роста, распространения наркозависимых. В связи с этим все большую необходимость приобретает развитие практики медико-социальной работы в наркологии. Наркозависимым необходимо оказывать комплексную медико-социальную помощь, проводить медико-реабилитационные мероприятия, включающие психологическую, правовую поддержку. Требуется особый подход и работа по предоставлению педагогических и правовых мероприятий, не только лицам, страдающим наркотической зависимостью, но и членам их семей..

4. Наркомания – это заболевание, которое может проявляться постоянным приемом наркотических веществ, приводящее к их увеличению, психической и физической зависимости, в результате чего развиваются синдромы лишения – абстиненции – в случае прекращения их приема; происходит формирование наркотической зависимости – сильное, непреодолимое влечение к состоянию наркотического одурманивания, возникающее после нескольких приемов наркотических веществ.

5. В рамках деятельности сотрудниками социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» осуществляются специальные социальные обследования граждан, выявляют характер семейных, трудовых, производственных, бытовых и межличностных отношений и проблем.

6. Анализ медико-социальной деятельности ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» г.Благовещенска, с лицами, страдающими наркотической зависимостью, показал, что профилактика занимает особое место в работе социальной службы. Профилактика употребления наркотиков должна проводиться в различных учреждениях с разными возрастными категориями граждан..

Таким образом, была достигнута цель бакалаврской работы – изучена медико-социальная работа с лицами, страдающими наркотической зависимостью в г.Благовещенске» в ОГУЗ Амурском областном наркологическом диспансере» и разработаны предложения по ее усовершенствованию.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Абросимова, А.Н. Медико-социальная работа в наркологии / А.Н.Абросимова. – М.: Инфра-М. – 2012. – №5. – 444 с.
- 2 Альхимович, Т.О. Методы и формы социальной работы с наркозависимыми / Т.О.Альхимович. – М.: Ориентир. – 2010. – №7. – 111 с.
- 3 Бандуров, А.Г. Наркомания – это болезнь общества / А.Г.Бандуров. – Спб.: Мечта. – 2012 г. – 213 с.
- 4 Белозеров, Г.М. Организация медико-социальной помощи ветеранам ВОВ и ветеранам боевых действий / Г.М.Белозеров. – М.: Спектр. – 2013. – №6. – 45 с.
- 5 Бабаян, Э.А. Наркология / Э.А.Бабаян. – Спб.: Медицина. – 2012. – 336 с.
- 6 Белогуров, С.Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях / С.Б.Белогуров. – М.: Невский диалект. – 2011. – 213 с.
- 7 Васильков, Ю.В. Социальная педагогика / Ю.В.Васильков. – М.: Издательский центр «Академия». – 2011. – 440 с.
- 8 Габиани, А.А. На краю пропасти: наркомания и наркоманы / А.А.Габиани. – М.: Мысль. – 2012 г. – 220 с.
- 9 Гасанов, Э.Г. Наркотизм: тенденции и меры преодоления / Э.Г.Гасанов. – М.: Наука. – 2012 г. – 165 с.
- 10 Григорьев, С.Г. Теория и методология социальной работы / С.Г.Григорьев. – М.: Инфра-М. – 2013 – 334 с.
- 11 Гоголева, А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика / А.В.Гоголева. – М.: Наука. – 2013. – 239 с.
- 12 Галенина, А.Т. Введение в социальную работу: теоретические и прикладные аспекты: / А.Т. Галенина. – М.: Наука. –, 2013. – 150 с.
- 13 Галкин, Р.А. Организация медико-социальной помощи лицам старшего возраста в лечебных учреждениях / Р.А. Галкина. – М.: Ориентир. –2012. – №3. – 313 с.

- 14 Гехт, И.А. Организация медико-социальной помощи наркозависимым / И.А.Гехт. – СПб.: Медицина. – 2011. – №4. – 457 с.
- 15 Гончаренко, В.Л. Совершенствование управления социальной работой и повышение эффективности медико-социальной помощи / В.Л.Гончаренко. – М.: Москва. – 2011. – №3. – 179 с.
- 16 Гинецинский, В. И. Пропедевтика психогигиенической антропологии / В.И.Гинецинский. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. Ун-та, 2011. – 156 с.
- 17 Гурвич, И. Н. Выводы и рекомендации для программ первичной профилактики / И.Н.Гурвич. – СПб.: Нева. – 2011. – 156 с.
- 18 Дьяченко, В.Г. Некоторые подходы к совершенствованию медико-социальной помощи детям-инвалидам / В.Дьяченко. – М.: Здоровоохранение РФ. –2011. – №5. –19 с.
- 19 Исмуков, Н.Н. Без наркотиков. Программа предупреждения и преодоления наркотической и алкогольной зависимости / Н.Н.Исмуков. – М.: Фаир-Пресс. –2010. – 384 с.
- 20 Капранова, И.Л. Как снизить риск развития наркомании у подростков: методические рекомендации для родителей / И.Л.Капранова. – Барнаул: Азбука. – 2012. – 21 с.
- 21 Караганова, С.А. Наркомания в России: угроза нации / С.А. Караганова. – М.: Наука. – 2011. – 56 с.
- 22 Коробкина, З.В. Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи / З.В.Коробкина. – М.: Академия. – 2012.– 192 с.
- 23 Курек, Н.С. Нарушение психической активности и злоупотребление психоактивными веществами в подростковом возрасте / Н.С. Курек. – СПб.: Алетейя. – 2011. – 220 с.
- 24 Ливанец, Н.Н. Лекции по наркологии / Н.Н.Ливанец. – М.: Нолидж, 2010. – 60 с.
- 25 Лисецкий, К.С. Психология и профилактика ранней зависимости / К.С. Лисецкий. – Самара.: Просвещение. – 2011. – 260 с.
- 26 Караганова, С.А. Наркомания в России: угроза нации /

С.А.Караганова. – М.: Наука. – 2013. – 56 с.

27 Каткова, И.П. Научно-методические основы формирования службы медико-социальной помощи населению РФ / И.П.Каткова. – М.: Центр общечеловеческих ценностей. – 2012. – 231 с.

28 Лайтман, М. Наркотики как неизбежное побуждение / М.Лайтман. – Спб.: Просвещение. – 2014. – 214 с.

29 Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н.Леонтьев. – М.: Искра. – 2011. – 156 с.

30 Лисицин, Ю.П. Социальная ценность / Ю.П.Лисицин. – М.: Мысль. – 2010. – 270 с.

31 Максимова, Т.М. Здоровье различных групп населения трудоспособного возраста / Т.М.Максимова. М.: Инфра-М. – 2013. – №2. – 149 с.

32 Менделевии, В.Д. Психология девиантного поведения / В.Д.Менделевии. – М.: МЕДпресс. – 2012. – 432 с.

33 Максимова, Н.Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних / Н.Ю.Максимова. – М: «Мир книги». – 2012. – 384 с.

34 Мартыненко, А.В. Медико-социальная работа: Теория, технологии, образование / А.В.Мартыненко. – М.: Наука. – 2010. – 238 с.

35 Мартыненко, А.В. Проблемы становления в России медико-социальной работы / А.В.Мартыненко. – М.: Медицина. – 2010. – 414 с.

36 Мальцева, Н.А. Медико-социальная работа с наркозависимыми. – М.: Мед. Академия. – 2012. – 112 с.

37 Мамаева, И.В. А.В. Медико-социальная работа / И.В.Мамаева. – М.: Наука. – 2010 – 240 с.

38 Молецкая, А.Д. Социальная помощь наркозависимым / А.Д.Молецкая. – М.: Мед. Академия. – 2013. – 112 с.

39 Мустаева, Ф.А. Основы социальной педагогики / Ф.А.Мустаева. – М.: Академический проект. – 2012. – 416 с.

40 Найденова, И.П. Наркомания в России / И.П.Найденова. – М.:

ВЛАДОС-ПРЕСС. – 2013. – 352 с.

41 Надеждин, А.В. Профилактика наркомании основной путь решения проблемы молодежного наркотизма / А.В.Надеждин. – Спб.: Просвещение. – 2012. – 145 с.

42 Нафтульев, А. И. Развитие и формирование интеллекта: когнитивный структурно-деятельный подход / А.И. Нафтульев. – СПб.: Вестник. – 2010. – 197 с.

43 Немов, Р. С. Психология / Р.С.Немов. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС. – 2013. – 688 с.

44 Пронина, И.А. Основы медицинской работы / И.А.Пронина. –М.: Инфра-М. – 2012. – 145 с.

45 Перова, Е.А. Общественные науки и здравоохранение / Е.А. Перова. –М.: Наука. – 2011. – 262 с.

46 Прошкина, И.С. Профилактика в социальной работе с различными группами населения / И.С.Прошкина. – М.: Спектр. – 2014. – 156 с.

47 Проценко, Е.Н. Наркотики и наркомания / Е.Н.Проценко. – Спб.: Просвещение. – 2010. –112 с.

48 Пятницкая, И.Н. Наркомания / И.Н.Пятницкая. – М.: Медицина. – 2011. – 544 с.

49 Рамова, Е.А. Распространение наркомании в России – угроза безопасности семьи, женщин и детей / Е.А.Рамова. – Саратов.: Центр. – 2012. – 284 с.

50 Решетникова, О.С. Решение проблемы наркомании и наркотиков в России / О.С.Решетникова. – М.: Искра. – 2013. – 134 с.

51 Русакова, М.И. Наркотизм в молодежной субкультуре крупного города / М.И.Русакова. – М.: Инфра-М. – 2012. – 248 с.

52 Соловьев, Ю.А. От наркомании – к народной коме / Ю.А.Соловьев. – М.: Ориентир. – 2013. – 147 с.

53 Соломкина, А.Д. Социальные проблемы здравоохранения / А.Д.Соломкина. – М.: Спектр. – 2011 – 188 с.

- 54 Социальные проблемы здравоохранения / под ред. Ю.П. Лисицина. М.: Инфра-М. – 2011. – 207 с.
- 55 Справочное пособие по социальной работе / под ред. А.М. Панова, Е.И. Холостовой. – М.: Юрист. – 2010. – 168 с.
- 56 Сизова, И.В. Стационарная медицинская помощь (основы организации) / И.В.Сизова. – Москва.: «Медицина», 2012. – 349 с.
- 57 Социальная работа: теория и практика / под ред. Е.И. Холостовой / М.: ИНФРА-М, 2010. – 427 с.
- 58 Струим, Н.Л. Оценка мотивации возникновения ранних наркоманий как элемент эпидемиологического надзора и прогнозирования при ВИЧ-инфекции / Н.Л.Струим. – М.: Инфра-М. – 2013. – 138 с.
- 59 Теория и практика социальной работы: Отечественный и зарубежный опыт / под ред. Т.Ф. Яркина. – М.: СОЮЗ. – 2013. – 392 с.
- 60 Технологии социальной работы: Учебник / под ред. Холостовой Е. – М.: ИНФРА. – 2012. – 400 с.
- 61 Тишук, Е.А. Медико-демографические процессы в современной России / Е.А.Тишук. –М.: Здравоохранение. – 2011. – №1. – 368 с.
- 62 Фирсов, М.В. Введение в теоретические основы социальной работы / М.В.Фирсов. – М.: Воронеж. – 2011. – 256 с.
- 63 Фокина, И.М. Хрестоматия по технологиям социальной работы / И.М.Фокина. – М.: Спектр. – 2012. – 254 с.
- 64 Цетлин, М.Г. Наркологические проблемы у детей, находящихся в специализированных учреждениях социальной помощи / М.Г.Цетлин. – М.: Российское общество психиатров. – 2012. – 147 с.
- 65 Черношвитов, Е.В. Социальная медицина / Е.В.Черношвитов. – М.: Владос. – 2011. – 304 с.
- 66 Чорбинский, С.И. Социальная работа и социальные программы в США / С.И.Чорбинский. – М.: Центр общечеловеческих ценностей. – 2012. – 123 с.
- 67 Чупрова, А.В. Справочник для родителей и детей / А.В.Чупрова. – М.: Ориентир. – 2014. – 138 с.

68 Шипицина, Л.М. Старое и новое: Социальная защита в России / Л.М.Шипицина. – М.: Инфра-М. – 2013. – 42 с.

69 Шевцова, Е.С. Медико-социальная работа в наркологии / Е.С.Шевцова. – СПб.: Спектр. – 2012. – 239 с.

70 Ягудин, И.П. Социальная защита / И.П. Ягудин. – М.: Ориентир. – 2012. – 254 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

ПРОГРАММА СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

«Анализ организации медико-социальной деятельности ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» г.Благовещенска, с лицами, страдающими наркотической зависимостью»

Согласно отчетам Всемирной организации Здравоохранения численность граждан, страдающих наркотической зависимостью, зависимостью от психоактивных веществ составляет около 500 миллионов человек, в данном случае не учитываются курильщики табачных изделий. Наркотическая зависимость распространяется на новые регионы, затрагивает все больше различных слоев населения (дети, подростки, женщины, пожилые люди). Особую озабоченность вызывает устойчивый рост заболеваемости медико-социальных факторов негативно влияющих на организм человека.

Наркомания – это болезнь, которая в первую очередь характеризуется пристрастием к психоактивным веществам. А для самого наркомана эта пагубная привычка влечет за собой проблемы со здоровьем, испорченные отношения с родными и близкими и так далее. Зависимость является разновидностью наркомании, и ее легче предупредить, чем лечить. Но даже в том случае, когда речь идет о наркомании с большим стажем, шансы на удачный исход лечения есть. Самое главное – не откладывать эту проблему, а обратиться за помощью.

Объектом исследования – работники ОГУЗ «Амурского областного наркологического диспансера», г. Благовещенска.

Предметом исследования – организация медико-социальной работы с гражданами, страдающими наркотической зависимостью.

Цель исследования – изучение организации медико-социальной работы с гражданами, страдающими наркотической зависимостью в ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» г.Благовещенск.

Гипотезой данного исследования является то, что ранние меры по профилактике и борьбе с наркозависимостью позволят снизить уровень употребле

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

ния наркотиков.

Задачи исследования:

1. Проанализировать социально-психологические проблемы наркозависимых лиц.
2. Охарактеризовать основные направления деятельности ОГУЗ «АОНД» г. Благовещенска.
3. Изучить и проанализировать мероприятия осуществляемые на базе ОГУЗ «АОНД»
4. Выявить пути решения социально-психологических проблем наркозависимых лиц.

Интерпретация основных понятий

Диагностика – реализуется как в медицинском диагнозе, так и в диагнозе социальных аспектов лица страдающего пагубной привычкой к наркотическому веществу (семейное положение, отношения с родственниками, профессиональное положение, коренные причины, послужившие толчком к злоупотреблению наркотических веществ и т.д.).

Консультирование – это процедура, часто используемая в социальной работе, специалистами разных направлений с целью ориентации граждан, отдельных лиц, семей, групп путем советов, указания на альтернативные формы оказания помощи, в определении целей и обеспечении необходимой информацией.

Клиент социальной службы – гражданин, находящийся в трудной жизненной ситуации, которому, в связи с этим предоставляются социальные услуги.

Наркотизм – склонность индивида при определённых дезорганизационных моментах взаимодействия с окружающей социальной средой обращаться к различным наркотическим веществам, которые способны вне связи с реальностью продуцировать субъективно положительно окрашенные ощущения и пе

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

реживания.

Наркомания – это заболевание, которое выражается в физической или психологической зависимости от наркотиков, непреодолимом влечении к ним, что постепенно приводит организм к физическому и психологическому истощению.

Наркотическая зависимость – этот термин весьма точно отражает взаимоотношения наркоманов и наркотиков: часто в течение короткого времени возникает привычка к наркотикам, т.е. буквальное подчинение всей жизни их употреблению.

Помощь – поддержка в денежной или натуральной форме, предоставляемая с учетом законодательно установленных гарантий по социальному обеспечению.

Посредничество – специалисты социальных служб в процессе своей деятельности устанавливают и развивают функциональные связи с различными профильно-специализированными организациями и учреждениями, к которым они могут направлять клиентов.

Профилактика – это система комплексных государственных и общественных, социально-экономических и медико-санитарных, психолого-педагогических и психогигиенических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, на всемерное укрепление здоровья.

Работник социальной службы – лицо, непосредственно предоставляющее либо организующее предоставление социальных услуг клиентам социальной службы.

Социально-медицинская помощь – медицинская помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, перечень которых определяется законодательно. Медико-социальная помощь обеспечивает диспансерное наблюдение в лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

Социальная работа – профессиональная деятельность, связанная с применением социологических, психологических и педагогических методов и приемов для решения индивидуальных и социальных проблем.

Социальная реабилитация – это динамичная система деятельности, направленная на достижение полного или частичного восстановления личностного и социального статуса больного методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через его личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий.

Терапия – является особой процедурой технологии социальной работы, с помощью присущих ей методов оказывает воздействие на социальное поведение граждан, а значит, и на определенную социальную ситуацию, явление.

Эйфория – состояние, когда человек находится в болезненно – повышенном, беспричинно радостном настроении.

Заболевание – нарушение здоровья, не вызванное травмой, при котором имеются объективные проявления, позволяющие установить диагноз.

Здоровье – объективное состояние и субъективное чувство полного физического, психического и социального комфорта.

Социальная служба – предприятие или учреждение независимо от его ведомственной принадлежности и формы собственности, предоставляющее социальные услуги, а также граждане, занимающиеся предпринимательской деятельностью в области социального обслуживания населения без образования юридического лица.

Учреждение – организация, созданная органами государственной власти РФ, органами государственной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления для осуществления управленческих, социально-культурных, научно-технических или иных функций некоммерческого характера.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

Структурная операционализация



Рисунок А.1 – Структурная операционализация

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

Факторная Операционализация



Рисунок А.2 – Факторная операционализация

Метод исследования – экспертный опрос.

Сроки исследования: сентябрь – ноябрь 2016.

Таблица А.1 – Этапы исследования

	Содержание деятельности	Сроки
Начальный этап	1.Разработка программы	04.09. -13.09.
Основной этап	2.Разработка инструментария	14.09. -28.09.
	3.Проведение исследования	1.10. - 10.10.
	4.Обработка первичной информации	11.10. -25.10.
Завершающий этап	5.Обработка, анализ и интерпретация данных	26.10. -10.11.

База исследования – ОГУЗ «Амурский Областной Наркологический Диспансер», г. Благовещенск.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

АНКЕТА

«Анализ организации медико-социальной деятельности ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» г.Благовещенска, с лицами, страдающими наркотической зависимостью»

Уважаемый эксперт!

Современная социально – экономическая, морально-психологическая и духовная ситуация в России крайне противоречива и многоаспектна. Наркома-ния является одной из важных проблем нашего общества, вызвавшей острую необходимость решительных и активных действий. Вы, как специалист, имеете об этой проблеме компетентное мнение и можете дать надежную и достоверную оценку ситуации, сложившейся на данный момент. Просим вас ответить на предложенные ниже вопросы анкеты, по результатам, которой можно будет правильно оценить ситуацию, а так же пути возможного реше-ния проблемы. Убедительная просьба не оставлять не один вопрос без внима-ния. Будем очень признательны за подробные ответы.

1. Как Вы считаете на сколько актуальной является проблема распро-странения наркозависимости в г. Благовещен-ске? _____

2. Какие формы зависимостей, наиболее распространены в настоящее время в нашем городе?

- а) алкоголизм
- б) наркомания
- в) табакокурение

г) свой вариант ответа

3.Каковы на Ваш взгляд причины распространения наркозависимости?

3. Что, по Вашему мнению, в первую очередь должны делать государст

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

во и общество для предотвращения роста наркозависимости? (возможно несколько вариантов ответа):

- а) ужесточить уголовную ответственность за производство и распространение наркотиков;
- б) активизировать борьбу с наркобизнесом и наркопреступностью;
- в) ужесточить уголовную ответственность за употребление наркотиков;
- г) активизировать работу по выявлению и изоляции наркоманов;
- д) создать условия для учебы, спорта и культурного досуга молодых людей;
- е) решить социально-экономические проблемы молодежи (уменьшить безработицу, повысить уровень жизни);
- ж) больше вести разъяснительную работу на телевидении и в прессе о вреде наркомании;
- и) культивировать в обществе высокие нравственные ценности, духовность, здоровый образ жизни;
- л) родителям больше уделять воспитанию детей, объяснять им вред и опасность наркомании;
- м) развивать реабилитационные и лечебные учреждения для больных наркоманией;
- о) бесплатно лечить наркоманов;
- п) содействовать созданию общественных организаций, оказывающих помощь наркозависимым;
- р) легализовать продажу «легких» наркотиков, используя зарубежный опыт;
- с) ничего не нужно делать, так как бороться с наркоманией бесполезно;
- т) другое

5. Сколько специалистов в Вашем учреждении занимается профилактикой наркомании?

- а) 1 человек;
- б) 2-3 человека;

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

в) 3 и более.

6. Профилактическая работа в вашем учреждении ведется:

- а) на высоком уровне;
- б) на среднем уровне;
- в) на низком уровне.

7. По-вашему мнению, реализация мероприятий по профилактике наркозависимых в Благовещенске способствует уменьшению наркотизации?

- а) да, способствует;
- б) способствует в какой-то мере;
- в) заболеваемость наркоманией остается на том же уровне;
- г) не способствует;

8. Какие мероприятия по профилактике наркотизации населения проводятся вашим учреждением? (возможно несколько вариантов ответа):

- а) акции;
- б) беседы и лекции в учебных заведениях города;
- в) выпуск материалов (листовок, брошюр, газет, стенгазет) на антинаркотическую тему;
- г) акции;
- д) развлекательные мероприятия;
- е) другое

9. По-вашему, мнению, какой профиль должен иметь специалист, работающий по профилактике наркотизации населения?

- а) педагог;
- б) психолог;
- в) медицинский работник;
- г) специалист по социальной работе;
- д) сотрудник правоохранительных органов;
- е) без специального образования (волонтер);

ж) другое

10. Как вы считаете, в какой степени должны принимать участие специалисты по социальной работе в профилактике и реабилитации наркозависимых?

а) роль специалиста должна быть ведущей;

б) специалист по социальной работе должен вести тесное сотрудничество со медицинским персоналом наркологии;

в) специалист по социальной работе не должен принимать большое участие, он должен приглашаться только по необходимости;

11. Как вы считаете, какое место должно быть отведено специалисту по социальной работе в наркологии?

а) должны вести мощную пропаганду здорового образа жизни и просвещение населения о деятельности наркодиспансера;

б) должны проводить данную работу по мере необходимости (приурочив к каким-либо датам);

в) не должны вмешиваться в работу наркологии.

г) другое

12. Какие формы работы по профилактике наркотизации населения используют специалисты в рамках медико-социальной работы? (возможно несколько вариантов ответа):

а) разработка и внедрение социальных программ;

б) привлечение видных общественных деятелей и волонтеров к проблеме роста наркомании;

в) участие в подготовке и проведении мероприятий, направленных на профилактику и наркозависимости;

г) информирование населения о лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятиях, проводимых в учреждении;

г) подготовка и выпуск печатных материалов;

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

д) другое

13. Как вы считаете, какие организации необходимо постоянно привлекать к антинаркотической работе? (возможно несколько вариантов ответа):

а) общественные организации;

б) культурно-развлекательные центры;

в) политические организации;

г) молодежные объединения и организации;

д) предприятия города;

е) другое

14. Необходима ли в Благовещенске разработка и внедрение новых форм профилактической антинаркотической работы среди различных групп населения?

а) да;

б) нет;

в) другое

15. По вашему мнению, какой сфере необходимо уделить наибольшее внимание в вопросе профилактики наркотизации?

а) нет необходимости, в городе и так идет целенаправленная профилактическая работа;

б) необходимо уделить внимание профилактической работе с семьей;

в) необходимо уделить внимание организации профилактической работы в образовательных учреждениях города;

г) необходимо уделить внимание досугу, спорту, культуре;

д) необходимо уделить внимание разработке и внедрению аутрич-работы (уличная работа);

е) другое

16. Как вы считаете, должны ли принимать участие волонтеры в работе по профилактике наркотизации населения?

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

- а) да;
- б) нет;
- в) затрудняюсь ответить.

17. Предложения, которые Вы можете внести для эффективной реализации профилактической работы в городе Благовещенске: _____

Расскажите о себе:

Ваш пол:

Ваше образование:

Стаж работы в данной сфере:

Благодарим за сотрудничество!

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Должностная инструкция специалиста по социальной работе, работающего в социально-психологической службе, осуществляющей контроль за наркозависимыми лицами, прошедшими курс лечения в «Амурском наркологическом диспансере»

Должностная инструкция и функциональные обязанности специалиста по социальной работе

I. Основные положения.

1.1. Деятельность специалиста по социальной работе направлена на осуществление социальной защиты нуждающихся в ней лиц, на оказание им помощи и поддержки, на организацию работы по социальной реабилитации и социальной адаптации наркозависимых лиц, организация социального патронажа.

1.2. Специалисты по социальной работе являются сотрудниками отделения социально-правовой службы.

2. Целевые установки деятельности специалиста по социальной работе.

2.1 Выяснение социального статуса несовершеннолетнего.

2.2 Сбор необходимой документации.

2.3 Обеспечение социальной помощи нуждающимся в ней, наркозависимым лицам, оказание им поддержки.

3. Обязанности специалиста по социальной работе.

3.1. Производить прием наркозависимых лиц на обслуживание: фиксировать социальные показания, необходимые для приема, готовить соответствующий приказ директора, производить записи в Журнале учета и движения наркозависимых лиц, оформить социально-реабилитационную карту.

3.2. Вести личные дела наркозависимых лиц. Собирать и восстанавливать необходимые документы: обращаться в отделы ЗАГСов с просьбой о восстановлении актовых записей и выдаче дубликатов свидетельств о рождении, свидетельств о смерти родителей, в суды с просьбой о выдаче копий решений о лишении родителей родительских прав, о взыскании алиментов, запрашивать в паспортных столах справки о прописке, в школах - личные дела учащихся и пр.

3.3. Собирать данные о родителях и других близких родственниках.

3.4. Выступать от имени учреждения в суде в качестве истца по обвинению в нарушении прав наркозависимых лиц, в качестве третьего лица, свидетеля, представителя общественной защиты.

3.5. Осуществлять охрану имущества наркозависимого лица.

3.6. Апеллировать к паспортным службам с требованием об обеспечении контроля над жилой площадью наркозависимого лица и регистрации.

3.7. Обращаться в органы внутренних дел с заявлением о розыске лица, об уточнении его личности, о розыске его родственников.

3.8. Обращаться в страховые компании с просьбой о выдаче лицам страховых полисов.

3.9. Обращаться в районные администрации, в отделы по учету и распределению жилой площади для решения жилищных вопросов.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

3.10.Обращаться в отделы социального обеспечения по вопросам оформления пенсий.

3.11. Проводить обследование жилищно-бытовых условий жизни: лиц, проживающих в семьях групп социального риска

-семей, готовых открыть у себя семейные воспитательные группы.

-патрулируемых семей и бывших воспитанников приюта.

3.12. Помогать лицам в трудоустройстве и получении ими профессионального образования.

3.13. Осуществлять

-семей групп

-воссоединившихся семей,

социальный социального

патронаж: риска,

3.14.Обращаться от имени службы в прессу, в государственные органы, учреждения, общественные организации и благотворительные фонды по вопросам социальной защиты несовершеннолетних, оказания им помощи.

3.15.Вести социальный раздел в социально-реабилитационных картах.

3.16.Представлять материалы на Консилиум специалистов службы по социальному анамнезу и проблемам социальной реабилитации наркозависимых лиц.

3.17.Выдвигать предложения по составлению индивидуальных программ реабилитации наркозависимых лиц.

3.18.Координировать деятельность специалистов (психологов, медицинских работников) по созданию и курированию семейных воспитательных групп.

3.19.Повышать свою квалификацию, внедрять в практику современные методы социальной работы, вести методическую работу.

4. Права специалиста по социальной работе.

4.1.Специалист по социальной работе имеет право от имени Службы (приюта) представлять интересы наркозависимых лиц в суде и в различных государственных органах.

4.2.Специалист по социальной работе имеет право повышать свою профессиональную квалификацию, претендовать на повышение квалификационных разрядов по результатам экспертной оценки своего труда.

4.3.Специалист по социальной работе имеет право участвовать в общей жизни Службы, в педсоветах, конференциях, выдвигать предложения по совершенствованию работы учреждения, социальной службы.

5 Ответственность специалиста по социальной работе

5.1 Специалист по социальной работе несет административную и юридическую ответственность за последствия своих действий (или несвоевременность их), высказываний в отношении наркозависимых лиц и их родственников, а так же воспитателей семейных воспитательных групп.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

СОЦИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА

«Оптимизация деятельности наркологического диспансера».

Исполнитель

студент группы 361-сб

Н.М. Теликова

Исполнитель

ОГУЗ «Амурский Обла-
стной Наркологический
Диспансер», г. Благове-
щенск.

Благовещенск 2017

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

1 Проблема и ее аргументация

2 Субъект, объект и предмет Программы

3 Цель и задачи Программы

4 Основные этапы реализации Программы

5 Объемы и источники финансирования

6.Механизмы реализации программы и контроль за ходом ее выполнения

7.Ожидаемые результаты

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

ПАСПОРТ ПРОГРАММЫ

Наименование программы	Оптимизация социальной защиты военнослужащих
1 Основания для разработки программы	Усовершенствование деятельности «Амурского областного наркологического диспансера»
2 Заказчик программы	«Амурский областной наркологический диспансер»
3 Разработчик программы	Н.М.Теликова
4 Исполнители	Амурский областной наркологический диспансер
5 Цель программы	Профилактика и снижение употребления наркотических веществ
6 Задачи программы	<p>1 Реализация мер по повышению эффективности функционирования и координации деятельности учреждения.</p> <p>2 Создание условий для психолого-педагогической, медицинской, правовой поддержки и реабилитации наркозависимых лиц.</p> <p>3 Повышение уровня кадрового обеспечения системы социального реабилитации наркозависимых лиц.</p> <p>4 Формирование общественного мнения, поддерживающего цели и задачи системы социальной реабилитации наркозависимых лиц.</p>
7 Сроки и этапы реализации программы	01.01.2018-01.09.2019
8 Объем и источник финансирования	
Начальный	Областной и городской бюджет 15%
Основной	Областной и городской бюджет, внебюджетные источники (благотворительные средства) 70%
Заключительный	Областной и городской бюджет, внебюджетные источники (благотворительные средства) 15%
9 Система контроля за выполнением программы	Отчет исполнения мониторинга эффективности программы Н.М.Теликова
10 Ответ	Начальник , работники «Амурского областного наркологического диспансера»

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

ВВЕДЕНИЕ

В современном обществе проблемы наркозависимых приобретает все большую серьезность и значимость. Многие страны, в том числе и Россия испытывают общественные трудности в связи с тем, что в обществе присутствуют категории наркозависимых граждан, служащих негативным примером для подрастающего поколения. Согласно статистическим данным численность наркозависимых граждан с каждым годом стремиться к увеличению. Особую проблему приобретает зависимость от наркотиков детей, подростков и женщин. Зафиксировать точные данные о численности крайне тяжело, ведь очень много латентных наркоманов. Зачастую люди, попробовав наркотик 1-2 раза или употребляющих его редко, но периодически, не считают себя наркоманами. В большинстве случаев наркотики употребляют дети, подростки из вполне благополучных семей, живущих в достатке и даже относящихся к привилегированным слоям общества. Но есть много наркоманов среди населения с низким уровнем жизни, принадлежащих как правило к маргинальным слоям общества.

Отечественные исследования показывают, что социально-психологический портрет граждан, употребляющих наркотики можно охарактеризовать по возрастным характеристикам, так как периоды взросления, становления личности наиболее полно отображают проблемы человека, в связи с которыми лицо стало принимать наркотические вещества.

Программа представляет собой:

По сложности – монограмма.

По масштабу – средняя.

По сфере осуществления – социальная.

По форме программы – совместная.

По длительности – краткосрочная.

Сроки реализации - 01.09.18 - 01.09.19

1. ПРОБЛЕМА И ЕЕ АРГУМЕНТАЦИЯ

Наркомания – это заболевание, которое может проявляться постоянным приемом наркотических веществ, приводящее к их увеличению, психической и физической зависимости, в результате чего развиваются синдромы лишения – абстиненции – в случае прекращения их приема; происходит формирование наркотической зависимости – сильное, непреодолимое влечение к состоянию наркотического одурманивания, возникающее после нескольких приемов наркотических веществ.

В Российской Федерации распространение наркомании возросло за последние десятилетия. Наркоманию приравнивают к процессу эпидемии, учитывая темпы роста, распространения наркозависимых. В связи с этим все большую необходимость приобретает развитие практики медико-социальной работы в наркологии. Наркозависимым необходимо оказывать комплексную медико-социальную помощь, проводить медико-реабилитационные мероприятия, включающие психологическую, правовую поддержку. Требуется особый подход и работа по предоставлению педагогических и правовых мероприятий, не только лицам, страдающим наркотической зависимостью, но и членам их семей.

Современный опыт говорит о том, что наиболее действенным в достижении цели по реинтеграции наркомана в общество, его ресоциализации и реадaptации, является институт терапевтического пространства, в котором такая форма терапевтической помощи, как группы само- и взаимопомощи, занимает центральное место. В настоящее время в городе Благовещенске функционирует одна группа самопомощи для наркоманов, одна группа для родственников наркоманов, что не отвечает истинным потребностям города. Исходя из потребностей города, таких групп должно быть не менее 10-20 для наркоманов и столько же для их родственников. Таким образом, если ставить функционирование групп в центр общей схемы терапевтического пространства, то обнаруживается

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

невозможность развития института групп самопомощи без качественного развития всех остальных компонентов этой схемы.

Развитие всех этих компонентов является, по сути, развитием терапевтического пространства г. Благовещенска, и в частности – усовершенствованием деятельности Амурского областного наркологического диспансера.

2. СУБЪЕКТ, ОБЪЕКТ И ПРЕДМЕТ ПРОГРАММЫ

Субъектом данной программы является Амурской областной наркологический диспансер.

«Амурский областной наркологический диспансер» был образован в 2001 году на основании приказа Министерства здравоохранения РФ № 287 «О мерах по усовершенствованию наркологической помощи населению РФ». Цель социальной службы – комплексная социальная помощь наркозависимым лицам и членам их семей.

Задачи социальной службы:

1. Проводить первичную профилактику среди детско-подросткового и взрослого населения по вопросам наркотической зависимости.
2. Сотрудничать с государственными, общественными и частными организациями.
3. Координировать помощь пациентам, прошедшим лечение, в области решения социальных проблем путем сотрудничества с государственными, общественными и частными организациями.
4. Проводить санитарно-просветительную работу среди преподавателей, родителей по вопросам наркотической зависимости.
5. Осуществлять социальную помощь близким и родственникам наркозависимых, то есть созависимым.
6. Проводить социальный патронаж лиц, состоящих на диспансерном и профилактическом учетах.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

7. Проводить встречи с работниками предприятий, учреждений, организаций с целью оказания медико-социальной помощи.

В соответствии с поставленными задачами, социальная служба работает по двум направлениям:

Первое направление – первичная медико-социальная профилактика.

Первичная медико-социальная профилактика – комплекс мероприятий по превенции распространения наркомании в региональном социуме.

Объектом программы являются – наркозависимые лица

Предмет данной программы – оптимизация деятельности Амурского областного наркологического диспансера.

3. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ПРОГРАММЫ

Цель программы – сформировать отказ потребления, негативное отношение к наркотическим веществам и способствовать формированию здорового образа жизни.

Задачи программы:

- 1 Выявить социально-педагогические особенности наркозависимых лиц»;
- 2 Сформировать знания, умения, навыки здорового образа жизни;
- 3 Сформировать негативное отношение к потреблению наркотических веществ;
- 4 Включить подростков в общественно-полезную деятельность.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

4. ЭТАПЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

Таблица Г.1 – Этапы реализации программы

№ п/п	Этапы	Мероприятия	Сроки реализации	Ответственный
1	Начальный	<ol style="list-style-type: none"> 1. Определить цели и задачи программы. 2. Определить сроки реализации программы. 3. Разработка планов мероприятий, утверждение основных положений. 4. Подготовка договоров о сотрудничестве между органами и учреждениями системы социальной реабилитации наркозависимых лиц 5. Поиск финансовых средств 	сентябрь-октябрь2018г.	Амурский областной наркологический диспансер;
2	Основной (реализация программы)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Формирование команды (подбор специалистов). 2. Назначение руководителей. 3. Формирование ресурсов, при помощи которых будут осуществляться программные мероприятия. 4. Формирование фонда средств для реализации программных мероприятий 5. Реализация программных мероприятий в соответствии с планом. 6. Установление контроля над выполнением работ. 	Ноябрь2018 г. –июнь2019 г.	Амурский областной наркологический диспансер, руководители органов системы социальной защиты населения
3	Заключительный	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сравнение данных мониторинга, статистических данных на начало и конец периода выполнения социальной программы. 2. Анализ ошибок и неточностей, выявленных в ходе реализации программы с целью их дальнейшей коррекции. 3. Анализ проделанной работы в период реализации программы, опубликование отчета. 4. Сдача программы. 5. Расформирование команды. 	Июль-сентябрь2019 гг.	Амурский областной наркологический диспансер, руководители органов системы социальной защиты населения;

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

5. ОБЪЕМЫ И ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Таблица Г.2 – Объемы и источники

№ п/п	Этапы	Источник финансирования	Объем финансирования
1	Начальный	Областной и городской бюджет	15%
2	Основной	Областной и городской бюджет, внебюджетные источники (благотворительные средства)	70%
3	Заключительный	Областной и городской бюджет, внебюджетные источники (благотворительные средства)	15%
4	Итого:		100%

6. МЕХАНИЗМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ И КОНТРОЛЬ ЗА ХОДОМ ЕЕ ВЫПОЛНЕНИЯ

Таблица Г.3 – Механизм реализации

№ п/п	Мероприятие	Срок реализации	Ответственный
1	Проведение мониторинга наркозависимых лиц г.Благовещенска	Сентябрь 2018 г.	Амурский областной наркологический диспансер, УССЗН г.Благовещенск

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Продолжение таблицы Г.1

2	Проведение расширенного заседания с целью выработки стратегии межведомственной работы органами системы социальной защиты населения с учетом данных мониторинга	Октябрь 2018г.	УСЗН по г.Благовещенск и Благовещенскому району
3	Проведение конференции по привлечению к социальной реабилитации наркозависимых лиц общественных, некоммерческих и благотворительных организаций, а также средств массовой информации	Ноябрь 2018 г.	ГБУ УСЗН по г.Благовещенск и Благовещенскому району
4	Заключение договоров о межведомственном сотрудничестве по социальной реабилитации наркозависимых лиц в г.Благовещенске между общественными, некоммерческими и благотворительными организациями, средствами массовой информации	Декабрь 2018 г.	Амурский областной наркологический диспансер
5	Создание единой межведомственной электронной базы данных наркозависимых лиц	Январь 2018 г.	ГБУ УСЗН по г.Благовещенск и Благовещенскому району, Амурский областной наркологический диспансер
6	Разработка и опубликование методического пособия с включением материалов конференции, алгоритма межведомственного взаимодействия	Февраль 2018 г.	Органы системы социальной защиты населения, Амурский областной наркологический диспансер, общественные организации
7	Внедрение и работа по алгоритму межведомственного взаимодействия по социальной поддержке наркозависимых лиц	Март 2018 г.	Амурский областной наркологический диспансер, УСЗН
8	Организация и проведение обучающих курсов для специалистов Амурского областного наркологического диспансера, ГБУ УССЗН г.Благовещенска с целью повышения профессиональной подготовки, обучения современным методам работы с наркозависимыми лицами	Весь период	Органы системы социальной защиты населения, Амурский областной наркологический диспансер
9	Привлечение наркозависимых лиц, находящихся в социально опасном положении, к труду на предприятиях города	2018-2019 гг.	Центр занятости населения г.Благовещенска

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Продолжение таблицы Г.1

10	Временное трудоустройство бывших наркоманов	Весь период	Центр занятости населения г. Благовещенска
13	Проведение групповых консультаций в по профессиональной ориентации бывших наркоманов	Весь период	Специалисты Центра занятости населения г. Благовещенска, Амурский областной наркологический диспансер
14	Освещение в средствах массовой информации проблем наркозависимых лиц через разъяснение законодательства в области права, социальную рекламу, информационные ролики	Весь период	Амурский областной наркологический диспансер, средства массовой информации (по согласованию)
15	Проведение досуговых мероприятий с наркозависимыми лицами, направленными на пропаганду национальных традиций, здорового образа жизни, укрепление семьи, развитие физкультуры и спорта	Весь период	Управление по физической культуре, спорту и туризму администрации г. Благовещенска, управление здравоохранения администрации г. Благовещенска
16	Расширение штата сотрудников по работе с наркозависимыми лицами, а именно психологов и специалистов по социальной работе	Июнь 2019 г.	Администрация г. Благовещенска, Министерство социальной защиты населения Амурской области
17	Введение единой формы отчетности для органов системы УССЗН с включением статистических данных, проведенных мероприятий	Июль 2019 г.	Амурский областной наркологический диспансер

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

7.ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

В процессе реализации социальной программы должны быть достигнуты поставленные цели и задачи.

Итогом успешной реализация программных мероприятий будет являться:

- 1.Снижение количества выявляемых наркозависимых лиц
г.Благовещенске
2. Усиление и совершенствование межведомственного взаимодействия по социальной реабилитации наркозависимых лиц.
3. Формирование единого информационного пространства, включающего данные о наркозависимых лицах
4. Создание единого реабилитационного пространства для наркозависимых лиц
5. Улучшение социального здоровья общества
6. Полноценная система по подготовке равных консультантов по наркозависимости и по созависимости для работы в качестве волонтеров
7. Развитое сотрудничество между терапевтическим сообществом и остальными участниками терапевтического пространства (общественные организации, органы власти, наркологическая служба, представители образования, руководство предприятий города).

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

ТРЕНИНГ

Профилактика наркомании

Данный тренинг можем быть направлен как на наркозависимых граждан, так и их родственников

Цель тренинга – процесс становления контакта между клиентом и специалистом, восстановление условий жизнедеятельности, прекращение употребления наркотиков.

Проведение: группа садится в круг.

Специалист находится в центре круга. Специалист начинает диалог с группой.

Самое главное для успешного избавления от наркозависимости – это правильная мотивация самого пациента. Сама по себе она у него не сможет возникнуть. Как поступать в таких случаях родственникам и близким людям? Вы можете взять эту проблему под свой контроль. Для этого можно воспользоваться советами специалистов реабилитационного центра.

Найдите нужное время для разговора

Найдите то время, когда зависимость от наркотических веществ только стала проявляться. Именно в начале такого периода, зависимый будет способен вас услышать и понять, насколько опасной может стать ситуация для него.

Говорите спокойно

Не следует идти на поводу своих эмоций. Только четкая аргументация и рациональные объяснения, способны донести суть проблемы. Покажите, что вы беспокоитесь о его здоровье и желаете помочь. Лучше если такую речь вы подкрепите примерами из того, как влияет зависимость на его жизнь и отношения его с близкими людьми.

Четко объясните возможные последствия

Дайте понять наркоману, насколько негативными могут быть последствия, если он откажется от лечения. В соответствии с возрастом зависимого че

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

ловека, можно привести такие примеры, как отказ в финансировании, запрет на общение с друзьями, уход из дома и т.д. Можно упоминать только те угрозы, которые вы сможете выполнить в действительности.

Будьте готовы

Вы должны заранее узнать обо всех процессах, которые будут происходить во время лечения. Можете рассказать о самом заведении, о том, как будет проходить курс реабилитации. Главное - акцентируйте внимание на том, что ваш близкий сможет добиться успехов.

Не откладывайте проблемы на завтра

Как только зависимый даст свое согласие, сразу звоните и договаривайтесь о приеме. Согласие часто бывает кратковременным, поэтому нельзя упустить это время.

Старайтесь поддерживать вашего близкого в самые трудные моменты, но не отступайте и не поддавайтесь провокациям. Доказано, что зависимые люди умеют отлично манипулировать, ради очередной дозы и достижения желаемого. Если у вас опускаются руки, обратитесь за консультацией к нашим специалистам. Мы поможем вам выработать правильную стратегию и линию поведения с зависимым человеком.

Помните, чем скорее начнется процесс лечения, тем эффективней и быстрее наступит избавление от зависимости. Не пускайте такие ситуации на самотек. Не нужно терять время, проблемы легче всего решать при первых же признаках.

ТРЕНИНГ

Определение созависимости

Все окружающие, которые находятся в обществе с наркоманом, подвержены психологическому воздействию. Чаще всего подвергаются такому влиянию именно женщины – мамы, жены, дочери, сестры. Конфликты, которые обязательно возникают на фоне наркомании человека, чаще всего влияют на

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

психику всех близких (иногда даже больше, чем на самого наркомана).

Синдром созависимости может развиваться на фоне, когда человек начинает винить себя и считать причиной наркомании у близкого человека. Это очень опасное состояние, которое способно разрушить жизнь здорового человека, не зависимо от психотропных и синтетических веществ, но живущего рядом с наркоманом.

Созависимый человек имеет навязчивые попытки постоянно контролировать поведение наркозависимого. Конечно, все такие действия абсолютно неудачны.

Как определить созависимость:

Постоянное чувство страха, нервное напряжение;

Апатия к происходящему, депрессивное состояние;

Отказ от собственной жизни и своих увлечений, и полное переключение на жизнь наркомана;

Отстранение от родственников и друзей;

Отрицание существования проблем, в том числе и созависимости;

Позволение манипулировать своим поведением.

Процесс реабилитации стоит начинать с себя!

Прежде всего, следует осознать, что изменить жизнь наркомана, можно только, если изменить себя. От близких зависит, будет ли наркоман обращаться за профессиональной помощью или нет. Поэтому следует начинать только с себя – позвоните уже сегодня, и наши консультанты помогут вам найти пути решения этой проблемы.

Что следует делать, чтобы начать меняться?

В первую очередь следует осознать главные три вещи:

Вся ответственность за выздоровления лежит только на наркомане. Вы способны поддержать его и помочь принять правильное решение;

Любая помощь наркоману может быть эффективной, если вы начнете ме

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

нять себя. Только так вы поймете, что искоренить проблему зависимости вполне реально;

Не стоит проживать свою жизнь за наркомана. Ваша жизнь – всегда должна стоять на первом месте.

Как выявить созависимость у себя?

Мало, кто способен признаться себе, что имеет созависимость. Если вы ответите честно на данные вопросы, вы сможете оценить и узнать всю ситуацию.

Вы чувствуете свою вину в том, что близкий вам человек стал зависимым от наркотиков?

Вы пытаетесь отвечать за некоторые поступки и действия зависимого?

Вы испытываете стыд, когда осознаете всю суть проблемы?

Вы стали избегать встречи с родственниками или близкими друзьями?

Взяли ли вы на себя все функции за наркомана (работу по дому, обеспечение семьи и т.д.)?

Замечали ли вы, что одновременно поощряете и утешаете зависимого, но вместе с тем неоднократно вините и упрекаете его за такое поведение?

Если хоть на несколько этих вопросов вы ответили утвердительно, не оттягивайте обращение к специалистам. Помните, что только квалифицированная помощь станет отличным стартом к здоровью и благополучию семьи.

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

СИСТЕМА ТРЕНИНГОВ АРТ-ТЕРАПИИ

Система тренингов, в основе которых лежит арт-терапия предназначена для профилактики наркозависимости. Это инновационный метод профилактики наркозависимости. Арт-терапия представляет собой комплекс мероприятий, включающий: изобразительное искусство. Внутреннее состояние наркозависимого сложно и противоречиво. Арт-терапия поможет разобраться человеку в себе и понять его со стороны окружающих и решить внутренние проблемы человека.

Арт-терапия является искусством, которое играет существенную роль в формировании осознания себя наркозависимым подростком. Современная психология в поиске эффективных средств коррекции всё больше ориентируется на использование искусства в процессе психологической коррекции поведения наркозависимых подростков, указывают на возможности искусства в коррекции дезадаптивного поведения подростков, тем самым подтверждают идею «воспитания посредством искусства».

Занятия арттерапией наркозависимых подростков дают положительную динамику в осознании своего «Я – реального», формирует относительно адаптационное состояние в окружающем мире. Они обеспечивают становление произвольного внимания, знаково-символической функции сознания, коррекции психоэмоционального состояния, а также способствуют развитию многих компонентов личности наркозависимых подростков.

Цель: Вызвать у учащихся отвращение к наркотикам; показать все негативные стороны употребления наркотических веществ.

Наглядности: рисунки учащихся 5- 11 классов на тему "Мы против наркотиков".

памятки 20-25 штук.

План мероприятия:

1. Урон, наносимый семье в результате употребления наркотических веществ.
2. Отработка защиты от насильственного принуждения к употреблению наркотиков.
3. Быть человеком сегодня, завтра, всегда.

Выступления учащихся:

1-ый чтец: Слово "наркомания" происходит от древнегреческого слова "нарке", которое означает "неподвижность", "беспамятство". Наркотики очень коварны. К наркотикам человек привыкает довольно быстро. Что же происходит с человеком, который принимает наркотическое вещество?

2-ой чтец: В первую очередь у наркомана страдает мозг. Быстрое привыкание к наркотику влечёт за собой состояние, когда наркотик ему нужен как еда, вода, воздух. Это значит, что человек заболел наркоманией, он не может жить без дурмана. Его самочувствие зависит целиком от того, принял ли он наркотик или нет.

3-ий чтец: Без приёма наркотического вещества человек очень страдает-

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

испытывает сильнейшую жажду, озноб, тело бьётся и корчится в конвульсиях от боли, появляется рвота.

4-ый чтец: Вот он тащился, чуть не умирая

Через минуту ж-где достал, бог весть!-о радостях искусственного рая мир может на лице его прочесть!

А сколько их сейчас бредёт по свету, чья участь то сладка, а то тяжка!

И видимо уже спасенья нету от этого простого порошка....

5-ый чтец: С чего всё это началось?-

А началось с шампанского, с бокала,

Когда судьба улыбкой обласкала,

А после поскакала вкривь и вкось.

Теперь один и тот же тусклый круг,

Где все друзья друг друга "уважают"

И всякий раз нетрезвый свой досуг

Бездарно в неизвестность провожают...

6-ой чтец: Цвет лица землист. А он не старый...

В доме холод, грязь...И тишина.

Дети в школе умственно-отсталых

И в психиатрической жена...

Слаб и вял он, словно из мочала

Сотворен...А он, при всём при том,

Человеком тоже был сначала,

Тенью человека стал потом.

7-ой чтец: В тебе прокиснет кровь твоих отцов и дедов.

Стать сильным, как они, тебе не суждено.

И кожа сохнет, и мышцы ослабевают,

И скука вьётся в плоть, желания губя.

И в черепе твоём мечты окостенеют,

И ужас из зеркал посмотрит на тебя.

8-ой чтец:..Истощенное, с исколотыми венами тело.Отрешённый взгляд

ничего не выражающих глаз. Бессвязная речь, ответы невпопад на казалось бы, самые обычные вопросы. А главное полное безразличие

к происходящему вокруг, отсутствие интереса к жизни. И всё это в

14-16 лет! Да, страшная картина, название которой-наркомания.

Чтецы раздают всем присутствующим памятки о вреде наркотиков.

Далее беседа по плану

Памятка.

1.Помните, что наркомания- не сладостное занятие, не баловство в компании для времяпрепровождения, а страшная, мучительная болезнь!

2.При попытке уговорить вас принять наркотик, помните правило- не пробовать и не прикасаться!

3.Наркомания не возникает у подростков, увлечённых спортом, техническим и иным творчеством, учёбой, думающих о своём будущем.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

КАК МОТИВИРОВАТЬ ЗАВИСИМОГО

Наркотики и зависимость от них – это настоящая болезнь. С этим соглашаются врачи, близкие родственники наркомана, но не сам зависимый. Но для того чтобы добиться лучших результатов в лечении и реабилитации, необходимо, чтобы наркозависимый смог осознать факт болезни и свою неполноценность.

Признаки, что наркоман не признает проблемы:

Он утверждает, что способен в любой момент самостоятельно отказаться от наркотиков.

Он не считает, что употребляемые вещества являются чем-то опасным.

Он утверждает, что все вещества, которые он принимает, являются легкими и не вызывают привыкания.

Он не верит, что сможет избавиться от зависимости, и при этом приводит примеры своих друзей и знакомых.

Как поступать близким и родным наркомана?

Обратитесь за консультацией к нашим психологам, которые помогут выстроить линию поведения с наркоманом.

Используйте полученные советы и знания в общении с зависимым человеком.

Отправьте наркомана в центр реабилитации.

Если вы считаете, что способны самостоятельно решить проблему зависимости, тогда запаситесь терпением. Чтобы создать мотивацию, следует постоянно психологически воздействовать на зависимого (главное правильно).

Чего следует избегать:

Угроз и запретов;

Подкупа и шантажа (если ты пройдешь курс реабилитации, мы купим...);

Обещаний, которые вы не собираетесь или не в состоянии выполнить;

Изолирования и отказ в общении (я не буду с тобой общаться, пока ты не вылечишься).

Такие уловки не смогут никогда дать результат, а подействуют даже с противоположным эффектом. Нет никаких шаблонных правил, как создавать мотивацию у человека. Ведь причины употребления наркотиков могут быть разные, поэтому мотивация будет напрямую связана с ними.

Наши специалисты могут приехать к наркоману, и провести с ним беседу. Как показывает практика, в 100% случаях зависимый человек добровольно отправляется в центр реабилитации после разговора с психологом.

Задача арт-терапевта – выполнять свои функции косвенно, переносить фокус внимания наркозависимого подростка на самого себя, на взаимодействие со сверстниками, умение адаптироваться в создавшихся ситуациях.

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

КНИЖНО-ИЛЛЮСТРАТИВНАЯ ВЫСТАВКА «НАРКОМАНИЯ - ПУТЬ В БЕЗДНУ»

Выставка состоит из двух разделов:

- Наркомания: миф и действительность
- Наркобизнес: паутина зла.

Выставка «Наркомания – путь в бездну» представляет собой попытку осветить негативные последствия наркомании для физического и морального здоровья молодежи и социальной стабильности российского общества.

В первом разделе – «Наркомания: миф и действительность», вы найдете новую книгу известного психолога С. Б. Вайсова «Наркотическая и алкогольная зависимость», которая посвящена проблеме наркомании и алкоголизма среди детей и подростков.

А книга «Наркомания: методические рекомендации по преодолению наркозависимости» посвящена борьбе с наркоманией среди учащейся молодежи. В ней анализируется процесс распространения наркотиков в молодежной среде, раскрываются основные причины наркотизации школьников и студентов, приводятся меры профилактики и советы по преодолению наркозависимости.

Второй раздел выставки «Наркобизнес: паутина зла» поможет читателям найти ответы на вопросы, которые касаются проблемы по выявлению и пресечению незаконного оборота наркотиков, а также ознакомиться с подборкой нормативных актов по данной теме.

В разделе вы найдете первое открытое издание в России «Наркомания и наркобизнес: Выявление и пресечение незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ» Г. Н. Драгана.

Предлагаемая читателю книга Ю. Иванича «Наркотики и терроризм: паутина зла», посвящена двум страшным явлениям нашего времени – международному терроризму и наркоторговле. Используя обширный документальный материал, автор рассказывает об истории возникновения и деятельности многих международных террористических групп и организаций Европы, Ближнего Востока,

Азии и Латинской Америки, исповедующих радикальные политические и религиозные доктрины. Автор доказывает связь терроризма с наркоторговлей, убивающей и калечащей в сотни раз большее число людей, чем террористические акции.

В книге Тимофеева Л. М. «Наркобизнес: Начальная теория экономической отрасли» дан разносторонний анализ рынка запрещенных наркотиков. Подробно исследуются различные аспекты экономического поведения наркозависимых потребителей.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Лекция для родителей в целях профилактики употребления наркотиков среди учащихся общеобразовательных учреждений

«О вреде наркотиков»

Широко распространено заблуждение, что препараты конопли безвредны. Это миф. Конопля («травка»...) – несомненно, наркотик, и очень широко распространенный в молодежной среде. Из завязи, несозревших плодов, соцветий и листьев этого растения получают смолу, обладающую опьяняющим действием и являющуюся сырьем для изготовления наркотиков. Конопля, произрастающая на территории Амурской области, отличается высоким содержанием тетрагидроканнабиола (гашиша) – наркотического вещества. Гашиш или другие препараты смешивают с табаком и курят. В виде чистой смолы или в смеси с табаком жуют, добавляют в пищу или напитки. Риск пробы конопли у детей непомерно растет с началом табакокурения, так как слишком велико количество так называемых «заряженных» сигарет, где табак смешан с коноплей.

При вдыхании дыма такой сигареты эффект развивается в течение нескольких минут, при приеме конопли внутрь – через 30 минут, и пик эффекта возникает лишь через 2-3 часа. Нередко первые пробы вызывают отрицательные ощущения: тошноту, горечь во рту, слюнотечение, головокружение. На этом этапе происходит отсев лиц, начинающих потребление препарата. Под дурным влиянием опытных потребителей некоторые начинающие продолжают курение, и эти неприятные ощущения проходят.

Гашиш (анаша, марихуана, банг, план) вызывают состояние, напоминающее опьянение. В отличие от опьянения алкоголем, начальные проявления опьянения коноплей могут быть преодолены волей человека. Подросток может казаться нормальным, речь и ее содержание тоже могут быть нормальными. Как правило, действие препаратов конопли начинается с чувства жажды, сухости во рту. Постепенно по всему телу разливаются ощущение тепла. Появляется ощущение невесомости, желание прыгать, танцевать, принимать вычурные позы. Незначительные действия окружающих вызывают нелепый неудержимый смех. Становится невозможно сосредоточиться. Ассоциации возникают легко и быстро сменяют друг друга. Речь отличается набором фраз, часто незаконченных. Возникает быстрый поток мыслей. Это достоверный признак нарушения целостности и единства психических процессов в головном мозге человека. Все больше суживается контакт с окружающими, нарушается взаимопонимание, появляется импульсивность.

Возникают иллюзии, фантазии, все звуки приобретают особый резонанс, ощущение, что разговор идет в зале с усиленной акустикой. Прием конопли нарушает координацию движений, ощущения времени, пространства, дистанции до предмета, его цвета, у опьяневшего могут быть кратковременные потери памяти, нарушение бдительности. Опьянение при курении конопли сохраняется 2-3 часа, при приеме ее препаратов внутрь – 3-6 часов. Пытаясь скрыть от родителей употребление конопли, подросток приходит домой только после отрезвления. Взрослым следует заподозрить факт употребления конопли, если от

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ 3

одежды ребенка исходит запах ацетона или растворителя, которые используются при приготовлении наркотика из этого растения. Когда эффект опьянения коноплей пройдет, возникает общая физическая и умственная апатия, раздражение легко переходит в гнев, у подростка возникает слабость, иногда сон с яркими сновидениями. Это фаза угнетения. Во время этой фазы возникает сильное чувство голода и жажды.

Прием препаратов конопли нарушает течение психических процессов. В настоящее время имеются факты о принципиальной близости наркотиков, производных конопли, с веществами, найденными в крови у больных шизофренией.

При гашишном опьянении может возникнуть нарушение сознания в виде сумеречного расстройства. В таком состоянии человек испытывает какие-то сложные переживания, о которых невозможно судить окружающим. Иногда в таком состоянии человек совершает внешне упорядоченные действия, так, например, длительные путешествия, не привлекая к себе внимания окружающих. Пример: после выкуривания гашишной папиросы подросток уехал в деревню к бабушке и пытался устроить пожар. Придя в себя в больнице, он полностью забыл все, что с ним произошло после приема гашиша. Чаще же сумеречные расстройства протекают с возбуждением, немотивированной агрессией. В таком состоянии человек представляет для окружения опасность.

Употребление конопли может вызвать психоз со зрительными и слуховыми галлюцинациями, бредовыми идеями. Она действует на психику таким образом, что нарушается правильный ход мыслей, появляются неправильные умозаключения и суждения. При возникновении бреда опьяневшие становятся подозрительными, тревожными, пугливыми, со страхом оглядывают окружающих, иногда спасаются бегством от мнимых преследователей, а в некоторых случаях активно обороняются, нападая на них. Галлюцинации и иллюзии являются свидетельством грубейших нарушений психической деятельности. Иллюзии – это искаженное восприятие реально существующего объекта, например, столб принимается за человека. Галлюцинации – ложное восприятие при отсутствии реального объекта. В этом состоянии опьяневший опирается не на реальный мир, а на галлюцинаторные переживания, в связи с чем поведение его непредсказуемо для окружающих. Так, в состоянии гашишного опьянения подросток увидел огромного паука, подползающего к продавцу. Желая помочь продавцу, подросток разбил витрину и стал сражаться с воображаемым пауком.

Нередко в компаниях, находящихся в наркотическом опьянении, возникает паника. Это явление объясняется тем, что галлюцинаторные и иллюзорные переживания в данном случае являются следствием механизма взаимного внушения среди членов этой компании.

Прием препаратов конопли может сопровождаться болями в животе, головной болью, страхом, депрессией, беспокойством, неконтролируемой агрессией.

Перечисленные изменения в поведении и ощущениях могут продолжать

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ 3

ся в течение 12-24 часов после эйфории. При тяжелом отравлении возможен смертельный исход.

Следы этого наркотика (конопли, гашиша...) можно обнаружить в моче. После выкуривания одной сигареты их обнаруживают в течение 2-3 дней, а у постоянных курильщиков в период отмены в течение 4-х и более недель.

Признаки употребления конопли

- 1 покраснение склер глаз;
- 2 чувство усталости и разбитости;
- 3 повышенный аппетит, жажда;
- 4 сонливость;
- 5 частые простудные заболевания;
- 6 нарушения менструального цикла у девочек;
- 7 нарушения внимания и памяти («конопля сушит мозги»);
- 8 снижение способности к обучению и выполнению простых задач;
- 9 трудность подбора слов при объяснении;
- 10 необъяснимое исчезновение из дома;
- проблемы отношений в учебном заведении (драки...).

11 При длительном злоупотреблении препаратами конопли снижается интеллект, нарушается память. Каннабиес значительно ухудшает познавательные функции, и это ухудшение нарастает по мере увеличения дозы или усложнения задачи. Действия, требующие концентрации внимания и координации, такие, как вождение транспорта, становятся затруднительными. Чаще всего больные стремятся к уединению, одиночеству. Страх и тревога – типичные проявления при приеме препаратов конопли. Со временем доза нарастает, количество выкуриваемых сигарет становится настолько велико, что наркоман переходит на инъекционные наркотики.

Существует предположение о возможности генетического воздействия при потреблении препаратов из конопли. В эксперименте на животных обнаружено, что тетрагидроканнабиол при потреблении в первом поколении во время беременности вызывает в третьем поколении рождение уродов.

Дым конопли содержит значительно больше канцерогенов, чем дым табака. «Косяк» (папироса с коноплей) может содержать весьма токсичные добавки, при вдыхании которых может возникать бронхоспазм и даже токсический отек легких.

У подростков, хронически употребляющих препараты конопли, обнаруживают нарушения иммунной системы, что делает их более подверженными к различным инфекциям; задерживается и развитие половой системы.

ПОМНИТЕ! Вашему ребенку однажды предложат попробовать наркотик. предложения могут быть разными, в том числе «все употребляют, потому что это безвредно, зато «ловишь кайф», «...у тебя проблемы, покури «травку», и они исчезнут», «ты все еще ребенок, пора взрослеть» и т.д. к такой встрече ребенка надо готовить. гашиш – ступень к так называемым «тяжелым» инъекционным наркотикам.

ПРИЛОЖЕНИЕ И

Злоупотребление наркотиками и другими психоактивными веществами оказало вестимый и тревожащий характер пандемии. По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения только количество больных заболеваниями, связанными с зависимостью от наркотиков и других психоактивных веществ, составляет сегодня около 300 миллионов человек (без учета курильщиков табака). Наркомания поражает все новые регионы, все новые группы населения (дети, подростки, женщины, пожилые люди). Тревогу вызывает и устойчивая тенденция к росту всего спектра неблагоприятных медико-социальных последствий приема наркотиков.

Существенные медицинские и социальные проблемы, связанные с совместным проживанием с лицом, злоупотребляющим наркотиками и другими психоактивными веществами, имеют также члены его ближайшего **микросоциального** окружения. В целом же количество лиц, нуждающихся в различных видах медико-социальной помощи в связи со злоупотреблением наркотиками составляет более 12 млн. человек.



Адрес: г. Благовещенск, ул. Больничная, д. 32 (проезд автобусами: «К», № 9, 36, 3, 6)

Регистратура: 52-16-23
Телефон доверия (служба психологической поддержки): 52-16-23
Электронная почта: amurond@yandex.ru

ОГУЗ «Амурский
областной
наркологический
диспансер»



г. Благовещенск 3117



Амурский областной наркологический диспансер работает как самостоятельное подразделение с 1 января 1979 года.

В структуру Амурского областного наркологического диспансера входят:

- Экспертный отдел;
- Организационно-методический и консультационный отдел;
- Детско-подростковое отделение;
- Участковая служба;
- Психотерапевтические и социально-психологические кабинеты;
- Дневной стационар на 10 мест. Лечебно-консультационную помощь оказывают специалисты: психотерапевт, терапевт, невролог, педиатр, фельдшер.

ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» оказывает жителям Амурской области все виды наркологической помощи, входящие в систему государственных гарантий.

- Специалисты диспансера проводят экспертизу алкогольного и неалкогольного отравления.
- Осуществляется консультирование и лечение пациентов, страдающих зависимостью от алкоголя и других психоактивных веществ.
- Оказывается медико-социально-психологическая помощь.

Задачи первичной медико-социальной профилактики:

- информировать население о проблеме наркомании, ее распространении на территории области;
- разъяснять причины и по следствия употребления наркотиков и других психоактивных веществ;
- формировать у детей, подростков и молодежи навыки безопасного уверенного поведения, отрицания в ситуациях, связанных с употреблением наркотиков и других психоактивных веществ;
- исследовать динамику наркоситуации в области путем проведения опросов, мониторингов, наблюдений.

Социальная служба областного государственного учреждения здравоохранения «Амурский областной наркологический диспансер» была образована в 2001 году на основании приказа Министерства здравоохранения РФ № 287 «О мерах по усовершенствованию наркологической помощи населению РФ».

Цель социальной службы – комплексная социальная помощь наркозависимым лицам и членам их семей.

Задачи социальной службы:

1. Проводить первичную профилактику среди детско-подросткового и взрослого населения по вопросам наркологической зависимости.
2. Сотрудничать с государственными, общественными и частными организациями.
3. Координировать помощь пациентам, прошедшим лечение, в области решения социальных проблем путем сотрудничества с государственными, общественными и частными организациями.
4. Проводить санитарно-просветительную работу среди преподавателей, родителей по вопросам наркологической зависимости.
5. Осуществлять социальную помощь близким и родственникам наркозависимых, то есть **созависимым**.
6. Проводить социальный патронаж лиц, состоящих на диспансерном и профилактическом учете.
7. Проводить встречи с работодателями предприятий, учреждений, организаций с целью оказания медико-социальной помощи.

