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

СОДЕРЖАНИЕ И МЕТОДИКА СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ

сборник учебно-методических материалов

для направления подготовки 39.03.02 – Социальная работа

Благовещенск, 2017

Печатается по решению
редакционно-издательского совета
факультета социальных наук
Амурского государственного
университета

Составитель: Гостева Л.З.

Содержание и методика социально-медицинской работы: сборник учебно-методических материалов для направления подготовки 39.03.02 Социальная работа. – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2017.

Рассмотрен на заседании кафедры социальной работы

19.06.2017, протокол № 10.

© Амурский государственный университет, 2017

© Кафедра социальной работы, 2017

© Гостева Л.З., составление

СОДЕРЖАНИЕ

1. Краткое изложение лекционного материала 4
2. Методические рекомендации (указания) к практическим занятиям 63
3. Методические указания для самостоятельной работы студентов 64

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

5 СЕМЕСТР

1. Раздел – Теоретические основы социально-медицинской работы

Социально-медицинская работа как вид мультидисциплинарной и профессиональной деятельности. Объекты социально-медицинской работы. Базовая модель отечественной социально-медицинской работы. Принципы и технологии социально-медицинской работы.

Мировая практика свидетельствует о том, что специалист по социальной работе, профессионально оказывающий помощь своему клиенту, обязан владеть теоретическими и практичеспкими знаниями в области медицины и здравоохранения. Независимо от специализации и места работы, он участвует в решении проблем индивидуального и общественного здоровья, выступает в качестве «учителя здоровья».

В современных условиях усугубления социальных проблем возрастает объективная потребность решения взаимосвязанных задач медицинского и социального характера на качественно новом уровне. В этой связи в 90-е годы в России как качественно новое направление и вид профессиональной деятельности стала развиваться медико-социальная работа. Ее становление обусловлено современным состоянием здравоохранения, системой социальной защиты населения и других социальных институтов в условиях реформирования экономического уклада и структуры общественных отношений.

До рассмотрения основ социально-медицинской работы прежде всего уточним содержание понятий «медико-социальная помощь» и «социально-медицинская помощь».

Медико-социальная помощь представляет собой комплекс проводимых на государственном и муниципальном уровнях интегрированных мероприятий: медицинских, социальных, психологических, юридических, педагогических, направленных на укрепление социальной защищенности населения, особенно наиболее уязвимых его слоев.

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

В соответствии с “Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан” (1993 г.) медико-социальная помощь включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами.

Социально-медицинская работа – это профессиональная деятельность междисциплинарного характера, направленная на медико-реабилитационную, правовую, психологическую и педагогическую помощь клиенту в восстановлении и сохранении его физического, психического и социального благополучия.

Существуют и другие определения социально-медицинской работы:

Социально-медицинская работа – это вид социальной профессиональной деятельности медицинского характера, направленный на восстановление, сохранение и укрепление здоровья.

Социально-медицинская работа – это вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности социального характера, направленный на восстановление, сохранение и укрепление здоровья, а также на оказание социально-правовой и психологической помощи гражданам.

Социально-медицинская работа – это процесс диагностики проблемы жизнеобеспечения индивидуума, её коррекция, динамическое сопровождение и оценка воздействия.

Социально-медицинская работа межсекторальная сфера деятельности, виды, направления и организационные формы которой зависят как от политики государства в области охраны здоровья населения, так и от современной концепции здоровья и теорий социального обеспечения, являющихся базой медико-социальной помощи.

Цель социально-медицинской работы – достижение оптимально возможного уровня адаптации и функционирования лиц с физической, психической и социальной патологией. Как

правило, такие лица оказываются в трудной жизненной ситуации.

Объектом социально-медицинской работы являются различные контингенты лиц, находящиеся в состоянии социальной, медицинской или психологической дезадаптации (мигранты, безработные, осуждённые, лица, страдающие зависимостью от психоактивных веществ, инфекционные больные, психические больные, ВИЧ-инфицированные, онкобольные, инвалиды и пр. Работа с такими контингентами одинаково тяжела и малоэффективна как для медицинских работников, так и для специалистов социальных служб, поскольку неизбежно они оказываются перед кругом проблем, выходящих за рамки их профессиональной компетенции и препятствующих успешной узкопрофессиональной деятельности.

Одним из важнейших положений современной концепции социально-медицинской работы в России является необходимость четкого разграничения функций между медицинскими и социальными работниками. Систематизация многообразных функций такого специалиста представлена следующей обобщенной функциональной характеристикой: медико-ориентированные, социально-ориентированные и интегрированные функции.

К медико-ориентированным функциям относят:

–организации медицинской помощи и ухода за больными;

–оказание медико-социальной помощи семье;

–медико-социальный патронаж различных групп;

–оказание медико-социальной помощи хронически больным;

–организация паллиативной помощи умирающим;

–предупреждение рецидивов основного заболевания, выхода на инвалидность, смертности (вторичная и третичная профилактика);

–санитарно-гигиеническое просвещение;

–информирование клиента о его правах на медико-социальную помощь и порядке ее оказания с учетом специфики проблем и др..

К социально-ориентированным функциям относят:

- обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах здоровья и оказания медико-социальной помощи;

–представление в органах государственной власти интересов лиц, нуждающихся в медико-социальной помощи;

–содействие в предупреждении общественно опасных действий;

–оформление опеки и попечительства;

–участие в проведении социально-гигиенического мониторинга;

–участие в создании реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры для нуждающихся категорий поселений;

–обеспечение доступа клиентов к информации по вопросам здоровья, состояния среды обитания, качества продовольственного сырья и продуктов питания;

–информирование клиентов о льготах, пособиях и других видах социальной защиты;

–содействие клиентам в решении социально-бытовых и жилищ-ных проблем, получение пенсий, пособий и выплат;

–семейное консультирование и семейная психокоррекция;

–психотерапия и психическая саморегуляция;

–коммуникативный тренинг, тренинг социальных навыков и др.

Интегрированные функции включают в себя:

–комплексная оценка социального статуса клиента;

–содействие выполнению профилактических мероприятий социально зависимых нарушений соматического, психического о репродуктивного здоровья на индивидуальном, групповом, территориальном уровнях;

–формирование установок клиента, группы, населения на здоровый образ жизни;

–планирование семьи;

–проведение медико-социальной экспертизы;

–осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов;

–проведение социальной работы в психиатрии, наркологии, онкологии, гериатрии, хирургии и других областях клинической медицины;

–содействие предупреждению распространения ВИЧ-инфекций и обеспечение социальной защиты инфицированных и членов их семей;

–социально-правовое консультирование;

–организация терапевтических сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического, социально-правового характера;

–участие в разработке комплексных программ медико-социальной помощи нуждающимся группам населения на разных уровнях;

–обеспечение преемственности при взаимодействии специалистов смежных профессий в решении проблем клиентов и др.

Особенность социально-медицинской работы состоит в том, что как профессиональная деятельность она формируется на стуке двух самостоятельных отраслей – здравоохранения и социальной защиты населения. Несмотря на предпринимаемую координацию усилий в помощи лицам, имеющим как медицинские, так и социальные проблемы, реальная координация ведомственных действий недостаточно эффективна.

Оптимальное взаимодействие вырабатывается лишь после длительной совместной работе в смежном секторе, после соответствующей подготовки на основе выбора специальных форм работы, которые позволяют объединить действия представителей разных специальностей в лице нового специалиста – специалиста по социальной работе, получившего соответствующую медицинскую специализацию.

Медицинские работники на практике вынуждены выполнять ряд функций социальных работников, специалистов по социальной работе. В свою очередь специалисты по социальной работе в своей деятельности очень часто работают с клиентами, которые страдают и физической патологией, то есть выступать и в роли врачевателей.

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

Социальная работа является специальностью в системе высшего образования и имеет следующие специализации: медико-социальная работа с населением, медико-социальная помощь людям пожилого возраста и социальная работа в системе здравоохранения.

В литературе одинаково часто встречаются понятия социально-медицинская работа и медико-социальная работа в силу приверженности разных авторов к тем или иным парадигмам, или профессиональным стереотипам, что свидетельствует о неоконченной дискуссии по этому вопросу и становлении понятийного аппарата в этой области профессиональной деятельности.

Медико-социальная работа как профессиональная деятельность формируется на стыке здравоохранения и социальной защиты населения, имеет много общего с деятельностью медицинских работников. Содержание медико-социальной работы, по мнению А. В. Мартыненко, с учетом наших дополнений включает:

- осуществление государственной политики по обеспечению гарантий нуждающимся гражданам в области медико-социальной помощи;

- обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья;

- формирование здорового образа жизни; - оказание медико-социальной помощи семье и отдельным ее членам;

- организация медицинской помощи и ухода за больными;

- участие в проведении медико-социальной экспертизы;

- проведение медико-социальной реабилитации больных и инвалидов; - проведение социальной работы в психиатрии, наркологии, онкологии, гериатрии и других областях медицины;

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

- медико-социальный патронаж;

- участие в разработке целевых комплексных программ медико-социальной помощи нуждающимся группам населения;

- участие в обеспечении и контроле гарантированного объема и качества помощи и дополнительных услуг в системе социального и медицинского страхования.

Необходимо различать области компетентности социально-медицинской работы и клинической медицины. Специалист клинической медицины имеет контакт с больным человеком (пациентом), восстанавливая нарушенные функции, устраняет боль, патологический процесс.

Специалист социальной работы восстанавливает нарушенное социальное благополучие клиента, помогает устранить проблемы, возникшие с заболеванием, во время лечения и период восстановления здоровья.

Невозможно отрицать, что наибольшей потенциальной эффективностью повышения уровня общественного здоровья является индивидуальная профилактика, направленная на формирование здорового образа жизни человека, что открывает широкие возможности просветительской деятельности, ориентированной на укрепление и охрану здоровья отдельных лиц, семей, групп населения.

Образ жизни категория глубоко социальная. В социально-медицинской деятельности человек является объектом и субъектом действий и воздействий. Установлено, что здоровье человека до 50% зависит от образа жизни, как совокупности отношений в обществе – экономических, политических, социальных, биологических.

Социальная работа представляет собой бурно развивающуюся сферу профессиональной деятельности новой для России, официально признанной лишь в 1991 г. специальности. В ходе проникновения ее в практику российского здравоохранения естественно встает вопрос об уточнении и разграничении области профессиональных полномочий и компетенции, занятых в ней специалистов, что представляет собой проблему теоретического осмысления.

Опережающий характер практического применения профессиональной медико-социальной работы ставит серьезные задачи определения соотношения ее теоретической идентичности в системе научного знания.

Считается, что целью социально-медицинской работы является обеспечение профессиональной помощи людям, чьи возможности социального функционирования в сообществе с другими людьми нарушены или могут быть нарушены вследствие заболевания, ограничения возможностей или несчастного случая (А. В. Мартыненко, 1995). При этом главная задача состоит в том, чтобы помогать людям и их семьям справляться с социальными и эмоциональными проблемами, сопровождающими заболевание и состояние ограниченных возможностей.

Профессиональная социально-медицинской работа может эффективно осуществляться и в учреждениях социального обслуживания: центрах социального обслуживания, территориальных центрах социальной помощи семье и детям, социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних, социальных приютах для детей и подростков, геронтологических центрах, стационарных учреждениях социального обслуживания (домах-интернатах для престарелых и инвалидов, психоневрологических интернатах, детских домах, интернатах для умственно отсталых детей, домах-интернатах для детей с физическими недостатками) и др.

Вместе с тем, принципиальным является положение о том, что профессиональная социально-медицинской работа может проводиться не только в учреждениях здравоохранения или социального обслуживания. Подготовленные квалифицированные специалисты могут выполнять свои функции в любом учреждении, предприятии независимо от ведомственной принадлежности или формы собственности.

Таким образом, социально-медицинская работа является видом мультидисциплинарной и профессиональной деятельности, реализующейся в области интересов здравоохранения и социальной защиты населения.

2. Раздел – История, традиции и современное состояние социально-медицинской работы

Формирование основ социально-медицинской работы в России: проблемы и особенности.

Социально-медицинская работа в современной России – преемственность и динамика развития.

Современное развитие специальности «социальная работа», проходящее в русле социально-экономических преобразований в России на рубеже XX-XXI вв. неразрывно связано с историей государства и самой специальностью. Социальная работа в России – это сложный и многогранный процесс, имеющий тысячелетнюю историю становления и развития, постоянно изменяющийся в культурно-историческом плане и требующий междисциплинарного подхода в ходе его изучения.

На протяжении многих веков средоточием социальной помощи «сирым и убогим, увечным и больным» являлись церковь и монастыри. Киевский князь Владимир Церковным уставом от 996г. официально вменил в обязанность духовенству заниматься общественным призрением, определив «десятину» на содержание монастырей, больниц и богаделен. Монастыри содержали больницы, богадельни, детские приюты, училища.

Писцовые книги XIV-XVI вв. свидетельствовали о существовании богаделен едва ли не во всех церквях, а лечебниц с грамотными целителями монахами и дьяконами в каждом втором монастыре. Оказываемая монастырскими целителями медицинская помощь была «безмездной» – бесплатной, в то время как светские вольные врачи лечили за деньги. Можно сказать, что с древних времѐн и вплоть до конца XVIII в. церковный приход в России стал местом для разрешения социально-медицинских, социально-психологических и материальных проблем.

Спустя полвека, в эпоху Ивана Грозного, были намечены более решительные шаги в переходе к системе государственно-общественного призрения. Так, в составленных судебниках 1550г. впервые ставился вопрос о правомерности призрения лиц, не являющихся «клиентами церкви», т.е. торговых и городских людей, покупавших себе право жить в монастырях, ущемляя интересы нищих. Стоглавый собор в 1551г. обсудил и утвердил положение о строительстве в каждом городе мужских и женских богаделен, а в церковных уставах роль смотрителей за новыми учреждениями отводилась «добрым священникам, людям градским и целовальникам».

В ходе борьбы с массовыми и постоянными эпидемиями Иван IV впервые начал применять «полицейско-санитарные методы», организуя специальные заставы и определив круг их обязанностей.

Вместе с распространением государственных принципов социальной защиты, участием в них церковно-монастырских деятелей начинают осуществляться светские подходы к поддержке нуждающихся. Этот вид помощи получил название «частная благотворительность» и выражался, в первую очередь, в устройстве больниц для неимущих, их лечении, социальной и психологической помощи, уходе. Подобной социально-медицинской деятельностью стали заниматься различные люди – и бывший хранитель государственной печати А. Ордын-Нащокин, и опальный патриарх Никон, и боярин Фѐдор Ртищев, член кружка «ревнителей благосердия» и др.

Начало формироваться новое для того времени направление: социально-медицинская работа в частных благотворительных учреждениях. Если для лиц, состоящих на государственной службе, медицинская помощь являлась наградой за верность и мужество, то в нарождающихся традициях по отношению к «неслужилым людям» она обозначалась в ходе благотворительных акций, как идея христианского социального служения ближнему. Такую благотворительную деятельность можно назвать «христианской социальной работой». Тенденции благотворительности проявились в это время и в организации 8 благотворительных объединений и 62 принадлежавших им благотворительных заведений, из которых большинство предназначалось и решало социальные проблемы престарелых, убогих, неизлечимых больных.

Таким образом, к концу XVII в. постепенно не только развивался и определился спектр деятельности церковных и государственных управленческих органов, но и открылись богоугодные заведения в социальной сфере, призванные как никто иной заниматься социально-медицинской помощью.

В петровскую эпоху первой четверти XVIII в. стала активно формироваться государственная

социальная политика, направленная на оказание материальной и нематериальной помощи нуждающимся, создание сети светских социальных учреждений, учѐт и деление призреваемых на категории, упорядочение церковной и частной благотворительности. Характерно, что управление сферой общественного призрения в это время уже было поручено центральным и местным органам государственной администрации. Результатом их деятельности стало, в частности, значительное расширение сети медицинских и социальных учреждений во всей 51 российской губернии, в которых первостепенное значение занимала социально-медицинская помощь и поддержка, реабилитационные и адаптационные мероприятия, как для отдельных категорий взрослых, так и детей. Петром I был заложен фундамент социальных законов, социальных институтов и социальной работы в России. При этом приоритетная роль в организации призрения отводилась государству.

Продолжателями дела Петра I стала Екатерина II и возглавляемое ею правительство. В период 1762-96 гг. под влиянием идей французских просветителей в первые годы правления Екатерины были предприняты конкретные шаги по организации благотворительных учреждений нового типа. Одними из них стали воспитательные дома – закрытые учреждения (интернаты) для обучения и воспитания нового человека из числа подкидышей, внебрачных детей, социальных сирот. При воспитательных домах функционировали госпитали для бедных рожениц с анонимным отделением, где у женщины не требовали документов. Для работы с ними были учреждены должности повивальных бабок, а позже при Петербургском родильном госпитале открылось училище для подготовки акушерок.

История социальной работы начала XIX в. сохранила имена медицинских работников, которые пытались реализовать идею медицинской и социальной практической помощи людям, попавшим в экстремальную жизненную ситуацию. Так, благотворительной деятельности посвятил большую часть жизни врач-гуманист Ф.П. Гааз, безвозмездно лечивший больных в богадельных домах и тюрьмах. Будучи главным врачом московских тюрем, он выступал за справедливое, без напрасной жестокости, отношение к виновному, деятельное сострадание к несчастному и призрение больного. В 1832г. по ходатайству Ф.П. Гааза были отпущены средства на устройство одной из первых тюремных больниц на Воробьѐвых горах. Здесь он, оставляя ссылаемых на некоторое время в Москве «по болезни», разрешал снимать с них оковы и обязывал обращаться с ними как с людьми, прежде всего несчастными. В 1840-50 гг. доктор Ф.П. Гааз добился организации при ряде тюрем школ для детей арестантов. Доктор Ф.П. Гааз стал, фактически, одним из первых в России социально-медицинских работников, выполнявших квалифицированно одновременно две функции, одинаково необходимые для организации эффективной поддержки нуждающемуся человеку.

В целом, конец XVIII – первая половина XIX вв. были временем становления и развития государственного призрения различных форм и направлений частной благотворительности и общественной инициативы. На смену нищелюбию пришла адресная помощь инвалидам, престарелым больным, сиротам и т.д.

В период промышленного переворота, реформ в сельском хозяйстве и финансовой системе, военных конфликтов, роста общественного освободительного движения и наступления рыночных отношений, начавшегося в России в 1860г., возникла необходимость в новых формах и методах социальной политики и социальной работы, которая позволила бы кардинально улучшить жизнь населения. Первым реальным результатом намеченных преобразований при сохранившихся почти в нетронутом виде учреждениях стала передача дел призрения в руки новых местных органов самоуправления на местах – земств и городских дум. Отметим, что работа земств и городских дум на 3/4 относилась к сфере социального благоустройства нищих и нетрудоспособных и была провозглашена в этом направлении общественным делом. Это было необходимо и своевременно в условиях развития рыночных отношений со всеми его последствиями: аграрным перенаселением, распадом традиционного крестьянского уклада, безработицей, ростом числа городов и т.д. Деятельность земств была направлена не только на смягчение таких явлений, но и на их предупреждение. Наиболее широкое развитие это получило в становлении народного образования, совершенствовании медицинского обслуживания, санитарной службы, организации снабжения

продовольствием.

Не менее важным вкладом земств в социальные изменения на селе стало создание системы медицинского обслуживания населения практически отсутствующей ранее в провинции. В 1913г. эта сфера деятельности поглощала 25% земского бюджета и включала в себя развитие стационарных центров медицинской помощи с амбулаториями, больницами, фельдшерскими и акушерскими курсами. В них земские врачи, число которых составляло от 3 до 20 чел. на уезд, впервые в России начали проводить профилактическую работу: массовые вакцинации, санитарный надзор, борьбу с распространением инфекционных болезней. За счѐт этой работы заметно снизилась смертность населения: в 1867г. умирало 37 чел. из тысячи, в 1887г. – 34, в 1907г. – 28, а в 1917г. – уже 27 чел. из тысячи.

Значительных по тем временам успехов в медицинском обслуживании населения достигли и городские органы самоуправления. Повсеместно велось больничное строительство, совершенствовались старые медицинские учреждения, расширялась сеть амбулаторий и приѐмных пунктов. Появились первые специализированные санатории и лечебницы для туберкулѐзных больных, грудных детей. В муниципальных больницах плата за лечение не взималась, хотя больницы Приказа общественного призрения, Ведомства императрицы Марии брали с больных от 4 руб. 20 коп. до 6 руб. 60 коп. в год. С началом медицинского страхования, т.е. с 1912г., больничный сбор стал составлять лишь 1 руб. 25 коп. в год.

Несмотря на успехи в этой области, медицинскую помощь могли получать только больные с острыми или инфекционными заболеваниями, хронические больные, которых было в десятки раз больше, чем могли вместить койки в больнице. Земские и городские врачи нашли выход в так называемом «посемейном призрении больных» или патронаже.

Для организации и проведения социально-медицинской работы, которую осуществляли как земские врачи, так и фельдшера, стала функционировать система профессиональной подготовки. В конце XIX в. кроме университетов в Москве и Санкт-Петербурге, которые в небольшом количестве готовили врачей, появляются так называемые школьные фельдшера, которые прошли курс медицинского обучения в фельдшерских школах по специальной программе, разработанной и утверждѐнной медицинским Советом в 1872г. с последующими дополнениями в 1897 и 1903гг. Естественно, что 2/3 предметов, преподаваемых в школах, имело медицинскую направленность, и лишь фрагментарно в курсах религиоведения, ухода за больными и психологии давались основы социальной работы с больными. Большую часть социальных знаний и умений специалист медицинского профиля получал на практике, поскольку вынужден был брать на себя, помимо медицинских, решение социально-психологических и социально-бытовых вопросов, возникающих у людей. Кроме того, на тот период времени, земские врачи и фельдшера являлись, как и учителя, наиболее квалифицированными и компетентными специалистами в решении социальных вопросов.

Острейшей проблемой второй половины прошлого века являлось оказание социально-медицинской помощи детям. В 1876г. была открыта первая детская больница, построенная на пожертвования промышленника П.Г. фон-Дервиза, получившая название Владимирской. При больнице действовало благотворительное общество, на средства которого для бедных детей в летнее время организовывались так называемые летние колонии в подмосковных имениях. Общество выдавало ежемесячные пособия на улучшение содержания детей, на одежду, бельѐ и обувь для детей из бедных семей при выписке из больницы, приобретало учебные пособия и игрушки, оплачивало проезд бедных матерей с детьми домой, устраивало в больнице детские праздники.

Общество русских врачей было создано под руководством хирурга и терапевта, профессора Московского университета Ф.И. Иноземцева. Желание обеспечить медицинской помощью и бесплатными лекарствами беднейшее население города побудило членов Общества к созданию лечебницы для приходящих больных, в которой члены Общества русских врачей дежурили бесплатно. В том же 1883г. было организовано Русское общество охранения народного здравия. В числе активных его членов были А.П. Доброславин, Н.Е. Введенский, Ф.Ф. Эрисман, Д.И. Менделеев. Целью общества являлось содействие улучшению общественного здоровья и

санитарных условий. Обществом было образовано отделение по оздоровлению населѐнных мест, общественных, частных и промышленных предприятий. В обязанности отделения по гигиене образования и воспитания вменялось устройство яслей, бюро для кормилиц, изыскание средств призрения и т.п. Общество выступало инициатором устройства детских лечебных колоний для борьбы с детской смертностью. В 1902г. обществом была организована первая в России миссия «Капля молока», в рамках которой производилась не только раздача молока, но и создавались первые детские консультации. В 1913г. для борьбы с голодом Обществом была создана Пироговская врачебно-продовольственная комиссия для оказания помощи пострадавшим от неурожая, как пожертвованиями, так и личным участием. В пострадавшие районы направлялись врачебно-продовольственные отряды, которые оказывали врачебную и продовольственную помощь: амбулаторный приѐм, устройство временных больниц, столовых, пекарен, яслей.

Особое место среди благотворительных объединений занимало созданное в 1867г. Российское общество попечения о раненых и больных воинах, переименованное в 1876г. в Российское общество Красного Креста. С первого же года своего существования общество было принято под покровительство императрицы Марии Александровны, а в состав его вошли многие члены императорской фамилии и видные государственные деятели. Целеполаганием общества являлась медицинская, социальная, психологическая помощь несчастным людям в экстремальных условиях, содействие органам региональной власти в осуществлении ухода и их всесторонней поддержки. Согласно уставу, объектом благотворительной деятельности общества являлись воины отечественной и союзных армий, а также раненые и больные неприятельской армии, как во время боевых действий, так и в послевоенное время. В сферу деятельности общества входило также оказание помощи пострадавшим от землетрясений, пожаров, эпидемий, неурожаев. Отряды общества оказывали всестороннюю медицинскую и социальную по мощь пострадавшему населению: открывали лазареты, приюты, ночлежные дома, столовые.

В начале XX в. численность социально-медицинских учреждений, находящихся в ведении общества достигала порядка 250 единиц. Кроме того, в каждой административной территории России, начиная с уезда, были созданы местные отделения Российского общества Красного Креста.

В задачу деятельности Российского общества Красного Креста входила и подготовка персонала для оказания особой помощи населению во время массовых болезней, а также больным и раненым воинам. Программа, методы, направление обучения были апробированы в ходе работы общин сестѐр милосердия, появившихся в России ещѐ в 1840-е гг. Отметим, что начало сестринскому движению было положено великой княгиней Александрой Николаевной и принцессой Терезой Ольденбургской, которые в 1844г. в Санкт-Петербурге впервые в Европе создали женскую Никольскую общину, начавшую подготовку палатных сестѐр милосердия. При общине функционировало несколько самостоятельных социальных учреждений: больница, богадельня, детский приют, исправительная детская школа и так называемое отделение кающихся.

Движение сестѐр милосердия оказало огромную помощь врачам и фельдшерам в лечении и выхаживании больных. Но не менее важным можно считать тот спектр социально-медицинских, социально-психологических и даже социально-бытовых услуг, которые оказывали милосердные люди, объединявшиеся в сплоченную организацию для того, чтобы помочь тяжелобольным детям, инвалидам, престарелым людям. Все члены организации являлись не просто добровольцами, а проходили курс обучения по специально разработанной программе и начинали работать только после получения соответствующего аттестата. Так, в Александровской, Никольской, Покровской, Павловской и иных общинах в 1870-1890-е гг. были разработаны планы обучения сестѐр в течение 5-6 лет, в которых тесно переплетались теория и практические занятия. Приобретая опыт в образовательной деятельности, при общинах начинают открываться дополнительные учебные заведения социально-медицинского профиля. Так, при Александровской общине в Москве в 1878г. появилось четырѐхклассное женское училище, выпускницы которого зачислялись в разряд кандидаток сестѐр милосердия. В 1908-1910гг. при Покровкой общине сестѐр милосердия в Москве действовали учебные классы, а также социальный приют для детей и богадельни для малоимущих. Община работала в тесном взаимодействии с Московским обществом трезвости,

обменивалась опытом социальной помощи, технологиями социально-медицинской поддержки людей группы риска с низким уровнем доходов.

Несомненно, что основополагающим направлением социальной помощи в преддверии 1917г. стала социально-медицинская работа, соединившая в себе профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную деятельность с мерами социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, материальной поддержке, социально-психологическому, социально-педагогическому и даже правовому консультированию граждан на базе богаделен, убежищ для неизлечимо больных, лечебниц, больниц, общественных амбулаторий, фельдшерских пунктов, клиник, аптек, приютов и других социальных учреждений. Получили развитие страховая медицина, антисанитарные и противоэпидемические мероприятия, профилактические меры по борьбе с нуждой и голодом, а также реабилитация душевнобольных, инвалидов, бывших преступников, ставшие новыми явлениями в социальной работе не только в России, но и для всей Европы.

Формирование нового геополитического пространства СССР в период 1917-1991гг. основательно видоизменило систему государственно-общественного призрения, что было связано как с созданием иной политической и идеологической систем, структуры хозяйствования, так и с новыми общественными отношениями в стране.

Проводником политики в области государственного социального обеспечения и социальной работы стал Народный Комиссариат Государственного призрения. Новая структура начала свою деятельность с упразднения существовавших ранее органов помощи и перераспределения средств и имущества на нужды нового государственного жизнеустройства. В течение ноября 1917г. – января 1918г. были ликвидированы благотворительные учреждения и общества помощи инвалидам, Совет детских приютов Ведомства учреждений императрицы Марии, различные комитеты о раненых, Всероссийское попечительство по охране материнства и младенчества и др. благотворительные институты. Вместо упразднѐнных ведомств в Петербурге, Москве и других городах страны учреждались отделы, а также исполнительные комитеты, фонды, которые курировали в той или иной степени проблемы социальной помощи отдельных категорий нуждающихся.

Пристальное внимание стало уделяться устройству социального обеспечения детей. Первый народный комиссар государственного призрения А.М. Коллонтай, в первую очередь, декретом от 28 декабря 1917г. создала особую коллегию, которой вменялось в обязанность разрабатывать вопросы и неотложные меры по охране материнства и детства. С 1 января 1918г. в системе Наркомата государственного призрения начал функционировать Отдел охраны материнства и младенчества. Основными задачами Отдела стало объединение всех учреждений по охране материнства и детства в единую систему, разработка нового типа детских домов, построенных на общественно-трудовых принципах, и развитие ребѐнка как гражданина социалистического государства.

После преобразования Наркомата Государственного Призрения в Наркомат социального обеспечения в апреле 1918г. развитие основных видов социального обеспечения стало происходить в следующих направлениях:

– медицинская помощь нуждающимся, которая заключалась в бесплатной системе обслуживания населения, наличии сети аптек и домов отдыха, санаториев и других учреждений;

– выдача пособий и пенсий по старости, в связи с потерей трудоспособности, беременным и роженицам;

– обеспечение медицинской и социальной помощью увечным воинам;

– выдача продовольственных пайков;

– работа в детских домах;

– деятельность по обеспечению несовершеннолетних и их охране.

В первые годы после 1917г. молодой сохранившийся общественный Красный Крест принял активное участие в оказании помощи органам здравоохранения и социального обеспечения в налаживании социально-медицинского обслуживания населения, в борьбе с эпидемиями и голодом. Многие медицинские сестры Красного Креста участвовали на фронтах гражданской

войны в оказании медицинской помощи раненым бойцам и командирам. Красный Крест отправил на фронт 428 своих учреждений.

В 1920-30 гг. активизировали свою работу ещѐ некоторые общественные организации, зародившие в эти годы на базе дореволюционных. Среди них можно назвать Всероссийский Союз кооперации инвалидов, Всероссийское объединение глухонемых, Всероссийское общество слепых. Их главной задачей вплоть до сегодняшнего дня стало решение проблем инвалидов, начиная от трудоустройства и обучения и заканчивая социально-бытовой помощью.

При неудовлетворении элементарных бытовых потребностей людей, все лечебные мероприятия в 1941–1945 гг. могли носить лишь паллиативный характер. Поэтому деятельность по поддержанию здоровья населения проводилась в межсекторальном пространстве. На официальном уровне это выразилось в создании межведомственных институтов. В их числе были комитеты «помощи по обслуживанию больных и раненых бойцов и командиров Красной Армии», чрезвычайные полномочные противоэпидемические комиссии, медико-санитарные советы, лагерные советы и т.д. В регионах эти структуры создавались на областном, городском и районном уровнях.

Медико-санитарные советы начали организовываться при райздравотделах с ноября 1941г. на основании соответствующих директивных документов НКЗ РСФСР. Цель их создания определялось как оптимизация работы медицинских и профилактических учреждений района, выработка мероприятий по борьбе с эпидемическими заболеваниями, рассмотрение вопросов улучшения обслуживания эвакуированного населения, подготовки кадров и обмена опытом. Через деятельность медико-санитарных советов всесторонне проявилась социально-медицинская направленность здравоохранения в экстремальных условиях военного времени. В большей степени это касалось приоритетных групп населения: семей фронтовиков, эвакуированных, детей, инвалидов войны и труда. Помимо лечебной работы, медицинский персонал брал на себя обязанности по снабжению семей фронтовиков дефицитными медикаментами, устройству детей военнослужащих в детские дошкольные учреждения, прикреплению их к молочным кухням.

В 1950-60-е гг. система социального обеспечения и социальной работы приобрела новые черты и направления деятельности. В 1949г. вместо Народного комиссариата социального обеспечения образовалось Министерство социального обеспечения, функции которого в более расширенном виде были окончательно определены к 1961г. Так, Министерство стало заниматься не только пенсиями, но и организацией врачебно-трудовой экспертизы, трудовым устройством и профессиональным обучением инвалидов, предоставлением протезно-ортопедической помощи, социально-бытовым обслуживанием пенсионеров, многодетных и одиноких матерей. Фактически государство пыталось полностью взять на себя и большую часть внимания уделяло материальному обеспечению, основанному на принципах всеобщности, бесплатности и доступности.

На волне принятия Закона о пенсиях (1964г.), роста расходов на социальное обеспечение и страхование в РСФСР (в 1965г. – 40%, в 1967г. –45%), повышение средней продолжительности жизни до 70 лет (в 1950-е гг. – 67 лет), произошел своеобразный отход от того тесного взаимодействия между медициной и социальной работой, которое наблюдалось в экстремальных условиях 1941-45 гг. Медицинская помощь и социальное обеспечение продолжали развиваться и укреплять свои позиции, чаще всего независимо друг от друга. Вот почему во врачебно-трудовой экспертизе и протезировании главную роль играл один врач, а в материально-бытовом обслуживании пенсионеров, инвалидов, больных – люди с различными профессиями. Тем не менее, они настолько близко продолжали находиться друг к другу, что столь непродолжительного отчуждения практически было незаметно.

На рубеже 1970-1980-х гг. ряд позитивных результатов в деле социального обеспечения, в частности, рост зарплаты и пенсий, активное жилищное строительство, бесплатное медицинское обеспечение и образование, а также в социальном воспитании подрастающего поколения вывели проблему развития отечественной социальной работы на качественно новый этап еѐ решения. Однако развитие социальной работы продолжало сдерживаться еѐ организационной, кадровой, материально-технической и научной необеспеченностью. Экономический и политический кризис,

негативные общественные тенденции конца 1980-х гг. в России выявили и резко усилили социальную обездоленность значительной части семей, групп населения, отдельных граждан, поставив во главу угла проблему поиска путей коренного экономического и духовно-нравственного оздоровления общества как гарантии удовлетворения потребностей, защите интересов и прав каждой личности. Не менее актуальным стал вопрос о сохранении и восстановлении физического, психического и социального благополучия человека, являвшегося главнейшим объектом в формировании общественного здоровья.

В системе помощи и социальной защиты доминировало государство, а общественные организации, существовавшие лишь номинально, перестали принимать участие в данной деятельности. Такой подход к общественному призрению практически свелся к этому времени только к проблемам социального обеспечения. Произошло сужение парадигмы помощи, многие виды социального патронажа в общественной практике оказались утраченными.

Иными словами, за все годы советской власти координации между различными официальными социальными учреждениями и общественными организациями так и не наблюдалось, а органы управления, ведавшие социальным обеспечением и общественным здоровьем, так и не смогли справиться с растущим разнообразием социальных проблем.

3. Раздел - Организация социально-медицинской работы в российском здравоохранении

Виды систем и номенклатура учреждений здравоохранения. Организация социально-медицинской работы учреждений медицинской помощи.

В настоящее время система здравоохранения любого современного государства представляет собой необычайно ресурсоемкую отрасль, способную поглотить множество материальных, трудовых и финансовых ресурсов. В последние годы в Российской Федерации, также как и во всех развитых странах мира, наблюдается рост расходов на здравоохранение: с 3-6% ВВП в 50-е годы XX века до 18% в 10-х годах XXI века.

Тенденцию к росту расходов на Российское здравоохранение обусловливает ряд объективных факторов:

- постарение населения;
- появление новых и возврат старых болезней;
- развитие медицинской науки;
- изменение приоритетов (здоровье рассматривается как одна из главных ценностей и важнейшая составляющая качества жизни).

В настоящее время, по оценкам экономистов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), для полного обеспечения потребностей Российского общества в медицинском обслуживании и современном уровне качества медицинской помощи на здравоохранение необходимо выделять не менее 18,0% ВВП; для обеспечения основных потребностей и допустимом уровне качества – 10-12% ВВП. Критический уровень финансирования здравоохранения оценивается экспертами равным 5,0% ВВП.

Из выше сказанного, становится очевидно, что справедливое и сбалансированное финансирование системы медицинского обслуживания в условиях ограниченных ресурсов сегодня является одной из главных задач политического руководства Российской Федерации.

Всего известно четыре основных источника средств для финансирования медицинского обслуживания: налогообложение, взносы в систему социального страхования, взносы на добровольное медицинское страхование и прямые платежи населения.

Эти четыре источника формируют две основные группы систем здравоохранения: обязательные (или законодательно установленные) системы (социальное медицинское страхование и налогообложение) и добровольные системы (добровольное страхование и прямые платежи).

В зависимости от разных пропорций участия в финансировании здравоохранения государства, местных властей, предпринимателей и населения системы здравоохранения разных стран мира могут быть условно объединены в три большие группы:

1) частно-страховое здравоохранение. В мировой практике эта группа представлена прежде

всего Соединенными Штатами Америки, где частный сектор составляет около 30,0%, а подавляющее большинство больниц являются акционерными обществами и входят в состав крупных медицинских корпораций. В таких системах государственный сектор оплачивает до 50% расходов на медицинскую помощь за лечение бедных, престарелых и других незащищенных групп населения, а также общественные профилактические и противоэпидемические нужды;

2) страховое здравоохранение. Это наиболее многочисленная группа. Она представлена рядом западноевропейских стран (Германия, Франция), а также Японией. В таких системах частные и другие страховые компании действуют в жестких границах законов и инструкций (кроме системы добровольного страхования), а доля государственных дотаций в сфере страхования здоровья достаточно велика;

3) бюджетно-страховое здравоохранение. Третью группу систем прежде всего представляет Россия и другие восточноевропейские страны, а также Соединенное Королевство и Швеция. В этих странах страховые взносы собираются в форме обязательного налогообложения. Распределением финансовых средств занимаются уже не самостоятельные страховые организации, а государственная администрация.

В мире не существует идеальной системы здравоохранения. Каждая имеет свои преимущества и недостатки. Выбор системы определяется существующей в стране социально-экономической ситуацией. Эксперты ВОЗ в качестве оптимальной рекомендуют создание смешанной системы здравоохранения, в которой доля общественных расходов составляет не менее 60%, доля медицинского страхования - не более 30,0% и доля частной медицины - не более 10,0%.

Процесс предоставления медицинских и социальных услуг населению в Российской Федерации осуществляется в учреждениях здравоохранения разного типа. Одновременно в различных регионах создаются новые структуры, предназначенные для оказания медицинской и социальной помощи населению.

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

Отечественная система здравоохранения состоит из 4-х составляющих: государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

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

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

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

Введение с 1993 года бюджетно-страховой медицины в Российской Федерации потребовало внесения соответствующих изменений в номенклатуру действующей сети учреждений здравоохранения. В настоящее время она регламентирована приказом МЗ РФ №229 от 03.06.03 «О единой номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения».

Согласно указанной номенклатуре существуют следующие виды учреждений здравоохранения:

1. Лечебно-профилактические учреждения:

–амбулаторно-поликлинические (амбулатории, городские поликлиники, здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты, косметологические лечебницы, стоматологические

поликлиники и т. д.);

–больничные (городские больницы, детские больницы, центральные районные больницы, специализированные больницы и т. д.);

–диспансеры (врачебно-физкультурные, кардиологические, кожно-венерологические, наркологические, онкологические, противотуберкулёзные, психоневрологические и т. д.);

–учреждения по охране материнства и детства (родильные дома, дома ребёнка, ясли, молочные кухни);

–станции скорой и неотложной медицинской помощи и переливания крови;

–санаторно-курортные учреждения (санатории, детские санатории, курортные поликлиники, грязелечебницы, санатории-профилактории).

2. Санитарно-профилактические учреждения:

- санитарно-эпидемиологические учреждения;
- учреждения санитарного просвещения.

3. Учреждения судебно-медицинской экспертизы (бюро судебно-медицинской экспертизы);

4. аптечные учреждения:

- аптеки;
- аптечные киоски;
- базы и склады медицинской техники;
- магазины медицинской техники и оптики.

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

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

Виды социально-медицинской помощи распределяются следующим образом:

–первичная медико-санитарная помощь;

–скорая медицинская помощь;

–специализированная медицинская помощь;

–социально-медицинская помощь гражданам, страдающим социально-значимыми заболеваниями;

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

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) – это удовлетворение потребностей населения путём предоставления медицинских услуг при первом контакте с системой здравоохранения, комплексное обслуживание, приближенное к месту жительства и работе. ПМСП в настоящее время определяется как «зона первого контакта» населения с медико-санитарными службами, как первый этап охраны здоровья населения.

Именно ПМСП определяет осуществление основного принципа отечественного здравоохранения – профилактики, так как является наиболее массовой медицинской службой. Оказание ПМСП является одной из гарантий социально-медицинской помощи.

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

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

Объём ПМСП устанавливается региональными властными структурами в соответствии с

территориальными программами обязательного медицинского страхования.

Скорая медицинская помощь – это экстренная медицинская помощь больным и пострадавшим при угрожающих жизни и здоровью человека состояниях и травмах, которая оказывается на месте происшествия (на улице, в общественных местах, учреждениях, дома и в пути следования заболевшего в больницу).

Скорая медицинская помощь является одной из гарантий осуществления социально-медицинской помощи граждан. В нашей стране создана общегосударственная система организации скорой медицинской помощи, в которую входят станция скорой и неотложной помощи, больницы скорой помощи, санитарная авиация.

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

Станции скорой помощи оснащены специализированным санитарным транспортом, оборудованным аппаратурой для проведения срочной диагностики и лечения состояний, угрожаемых жизни. Работа станций скорой помощи организована побригадно.

В крупных городах обычно действуют следующие специализированные бригады: реанимационная, неврологическая, инфекционная, педиатричекая реанимационная, психиатрическая и т. д. Вся работа бригад документируется и хранится в организационно-методическом отделе.

Специализированная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий. Специализированная медицинская помощь является неотъемлемой частью организации социально-медицинской помощи населению.

От уровня специализации, форм и методов организации специализированных видов медицинской помощи зависит качество профилактики, диагностики и лечения различных заболеваний.

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

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

Диспансер представляет собой самостоятельное специализированное лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания лечебно-профилактической помощи определённым группам больным. В системе отечественного здравоохранения действуют следующие типы диспансеров: кардиологический, противотуберкулёзный, онкологический, кожно-венерологический, врачебно-физкультурный, психоневрологический, наркологический и др.

Диспансер состоит из поликлиники и стационара. Организация, содержание и характер работы диспансера зависит от его профиля.

Основные принципы работы любого диспансера: активное раннее выявление больных, патронаж, проведение общественной и индивидуальной профилактики.

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

Наряду с диагностикой, лечением и профилактикой важнейшей составляющей работы диспансеров является реабилитация.

Особое значение реабилитация приобретает в системе специализированной медицинской помощи кардиологической, онкологической, неврологической, травматологической и ортопедической служб.

Таким образом, согласно номенклатуре, в Российской Федерации функционируют многочисленные виды лечебно-профилактических учреждений, обеспечивающие медико-социальную помощь. Основными принципами их деятельности являются преемственность в

работе различных учреждений, и прежде всего поликлиник и стационаров, единство лечения и профилактики, участковый принцип обслуживания, диспансерный метод работы, общедоступность и специализация врачебной помощи.

Деятельность специалиста по социальной работе в учреждениях практического здравоохранения многообразна, что определяется многочисленностью социальных групп населения и различных патологических состояний, выраженностью нарушений функций организма, степенью утраты трудоспособности и работоспособности, а также ролью тех или иных социальных факторов в развитии заболеваний.

Увеличение доли пожилых и престарелых в структуре населения, числа больных хроническими заболеваниями, одиноких стариков с особенностями их образа жизни и вытекающими отсюда социальными проблемами выдвигает новые требования к оказанию социально-медицинской помощи.

Пожилые и старые люди наряду с непосредственно медицинской помощью, обусловленной тем или иным хроническим заболеванием, не в меньшей степени нуждаются в мероприятиях социально-медицинской реабилитации.

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

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

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

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

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

Рождение ребёнка в неполной семье, рождение второго ребёнка, прерывание беременности, продолжение учёбы или её прекращение ввиду опасности осложнения беременности – все эти вопросы входят в компетенцию социального работника и должны решаться как на приёме у врача, так и при индивидуальной, патронажной работе в семье с участием консультантов психолого-педагогического и социально-правового профиля.

По своей направленности деятельность специалиста по социальной работе медицинской ориентации имеет много общего с медицинской помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом. Но при этом она не превышает пределы своей компетенции, не претендует на выполнение лечебно-диагностических функций, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и четкое разграничение сфер ответственности.

Важной составляющей частью социально-медицинской работы специалиста по социальной работе является социально-медицинский патронаж (от греч. покровительство) – социально-медицинская работа профилактической направленности, которая проводится на дому; вид деятельности медицинских. Социальных и общественных организаций, осуществляемый с целью удовлетворения потребности в социально-медицинской помощи отдельных лиц, семей, групп

населения.

Задачами социально-медицинского патронажа являются:

- оценка условий жизни объектов социально-медицинской патронажа;
- выявление социально-медицинских проблем клиента;
- установление связи объекта социально-медицинского патронажа с медицинскими учреждениями, учреждения социальной защиты населения, отделением Российского общества Красного Креста, благотворительными организациями, фондами и пр.;
- контроль за выполнением программ реабилитации;
- повышение уровня санитарно-гигиенических и правовых знаний объектов социально-медицинского патронажа;
- динамическое наблюдение за состоянием здоровья объекта социально-медицинского патронажа;
- первичная и вторичная профилактика;
- формирование установок объекта социально-медицинского патронажа на здоровый образ жизни.

Целью социально-медицинского патронажа является социальная защита населения при решении проблем социально-медицинского характера, доступность социально-медицин6ской помощи для населения, осуществление непрерывности наблюдения за здоровьем соответствующего контингента лиц, помощь в осуществлении социально-медицинской адаптации.

Социально-медицинский патронаж осуществляют специалисты по социальной работе в следующих учреждениях: амбулаторно-поликлинических (участковые, детские поликлиники, женские консультации, поликлинические отделения диспансеров); отделах социальной защиты населения; отделениях Российского общества Красного Креста (РОКК); отделениях Российского детского фонда; отделениях Всероссийского общества инвалидов; региональных отделений Пенсионного фонда РФ.

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

Специалист по социальной работе при осуществлении социально-медицинского патронажа придерживается следующего алгоритма работы:

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

Специалист по социальной работе медицинской ориентации, взаимодействуя с учреждениями системы здравоохранения, может:

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

Кроме того, специалист по социальной работе оценивает демографические показатели региона и сопоставляет их с общероссийскими показателями (причины смерти, инвалидности и социально-медицинские проблемы социально-значимых заболеваний, их распространённость и

исход, способы и методы реабилитации); а также совместно с органами здравоохранения способствует формированию у населения определённых правил поведения, здоровых привычек, что способствует предупреждению хронических неинфекционных заболеваний, повторных обострений, прогрессирования уже имеющегося заболевания, развития осложнений и неблагоприятных исходов.

В своей профессиональной деятельности специалист в области социальной работы руководствуется как запросами самого населения, так и целесообразностью и полезностью их осуществления в конкретных условиях. Социально-медицинские услуги должны быть несложными в организации, доступными для всех слоёв населения и социально гарантированными по объёму и качеству.

Немаловажно заинтересовать и вовлечь само население в проведение социальных программ, а также обеспечить участие в их реализации представителей добровольных организаций, фондов, ассоциаций, служителей церкви.

Для успешной социальной работы необходимо получение полной информации о социальном положении населения, создание банка данных – социальной карты региона. К банку данных предъявляются определённые требования. В нём должны быть сведения не только об общей численности обслуживаемого населения, но и о количестве проживающих на данной территории семей. Из общего числа семей необходимо выделить неполные семьи, многодетные, малообеспеченные, семьи, имеющие в своём составе инвалида, наркологического больного, ребёнка-инвалида.

Очень важно определить социально-экономическую обстановку региона: его криминогенность, уровень заболеваемости социально опасными болезнями. На практике медицинские работники выполняют ряд функций социальных работников, поскольку не в каждом лечебном учреждении есть дипломированные специалисты по социальной работе.

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

Также специалист по социальной работе оказывает помощь жертвам бытового насилия, включая пострадавших от изнасилования и от жестокого обращения, в том числе супругов, детей и пожилых.

Помимо контактов и ухода за пациентами специалисты по социальной работе принимают участие в различных комиссиях, организуемых в больницах. Кроме того, они заняты обучением других сотрудников больницы своими приёмами и методами и участвуют в совместных исследованиях.

Таким образом, основная роль специалиста по социальной работе в рамках социально-медицинской работы, осуществляющего свою профессиональную деятельность в системе учреждений практического здравоохранения заключается в охране здоровья и жизни обслуживаемых лиц – пациентов/клиентов социальных служб.

4. Раздел – Организация социально-медицинской работы в учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы

Медико-социальная экспертиза: нормативная база, основные принципы и методы. Технология работы специалиста по социальной работе в учреждениях медико-социальной экспертизы.

Медико-социальная экспертиза в Российской Федерации является одним из видов медицинской экспертизы, устанавливает причину и группу инвалидности, степень утраты трудоспособности, определяет виды, объем, сроки проведения реабилитации, меры социальной защиты, дает рекомендации по трудовому устройству граждан. Указанные вопросы

урегулированы Федеральным законом от 24 ноября 1995 года N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

С введением данного закона в стране дано новое содержание понятия «инвалид» и новые основания к определению инвалидности. Это потребовало изменения методологических и методических подходов к установлению инвалидности, критериев ее оценки, формирования новых общих принципов и частных положений медико-социальной экспертизы.

Современные подходы медико-социальной экспертизы изложены в Правилах признания лица инвалидом, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» и в «Классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 августа 2005г. № 535. Помимо ограничений способности к труду на основании Международной номенклатуры, эксперты дополнительно оценивают еще и ограничение способности к обучению, самообслуживанию, передвижению, общению, ориентации, контролю за своим поведением.

Согласно вышеуказанным документам, инвалидом признается лицо, у которого имеется нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, возникшее в результате заболевания, последствия травм или дефектов.

Гражданину, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а гражданину лицу в возрасте до 18 лет - категория — «ребенок-инвалид».

Возможно установление взрослому человеку причины инвалидности: «инвалидность с детства» при условии, что имеются документальные подтверждения, что на период до достижения им 18-летнего возраста у него были признаки инвалидности (важный момент - не заболевание началось в детстве, а в детстве были признаки инвалидности по этому заболеванию, то есть - заболевание это еще в детстве протекало настолько тяжело - что по нему были основания для установления инвалидности в возрасте до 18 лет).

Ниже приведены два примера для разъяснения ситуации.

Пример 1.

Больной проживал в глухом сибирском поселке и в возрасте 12 лет получил при несчастном случае - травматическую ампутацию левой кисти на уровне лучезапястного сустава (т.е. - левая кисть отсутствует полностью). Рану обработали в местном здравпункте, затем к врачам и на МСЭ он не обращался - инвалидом - не признавался.

В возрасте 23 лет он впервые обратился на МСЭ - для установления группы инвалидности и представил выписку из здравпункта, из которой следует, что травматическая ампутация кисти произошла в возрасте 12 лет.

В этом случае - больному будет установлена 3-я группа инвалидности по причине "инвалидность с детства" бессрочно. Причина «инвалидность с детства» в данном случае будет установлена в связи с тем, что по представленным документам - признаки инвалидности имелись у него на период ДО 18 лет.

Пример 2.

Больной в детстве часто болел ангинами, после чего на фоне ревмокардита у него сформировался порок сердца (недостаточность митрального клапана с НК 1ст.). Лечился амбулаторно, несколько раз стационарно с диагнозом ревматического порока митрального клапана с НК 1ст. - инвалидом ранее не признавался и на МСЭ не обращался.

Постепенно - порок сердца у больного прогрессировал и в возрасте 35 лет степень НК (недостаточности кровообращения) у него выросла до 2А ст.

Больной в возрасте 35 лет впервые обратился на МСЭ - для установления инвалидности, представил детские выписки из стационара.

В этом случае - больному будет установлена 3-я группа инвалидности по причине "общее заболевание", сроком на 1 год. В данном случае - причина будет «общее заболевание», так как хоть он и болеет с детства, но признаки инвалидности у него появились только во взрослом возрасте (т.е у него не было признаков инвалидности в детском возрасте, поэтому установить

причину»инвалидность с детства» в данном случае - нельзя).

Болеет он с детства, а признаки инвалидности у него появились не в детстве, а уже во взрослом возрасте, поэтому - в данном случае - причина инвалидности будет: «общее заболевание».

В независимости от группы инвалидности основанием для признания гражданина инвалидом является сочетание следующих трех факторов:

1) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

2) ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

3) необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Наличие только одного из указанных факторов не является достаточным основанием для признания освидетельствуемого лица инвалидом.

При установлении гражданину группы инвалидности бюро МСЭ одновременно определяет причину инвалидности и степень ограничения его способности к трудовой деятельности (3, 2 или 1 степень ограничения), либо группа инвалидности устанавливается без ограничения способности к трудовой деятельности.

Инвалидность 1 группы устанавливается на два года, 2 и 3 группы на один год.

Степень ограничения способности к трудовой деятельности (отсутствие ограничения способности к трудовой деятельности) устанавливается на такой же срок, что и группа инвалидности.

Категория «ребенок- инвалид» устанавливается на 1 или 2 года, либо до достижения гражданином возраста 18 лет.

Без указания срока переосвидетельствования инвалидность устанавливается в случае выявления в ходе осуществления реабилитационных мероприятий невозможности устранения или уменьшения степени ограничения жизнедеятельности гражданина, вызванного стойкими необратимыми морфологическими изменениями, дефектами и нарушениями функций органов и систем организма.

Для гражданина, признанного инвалидом, специалистами бюро МСЭ разрабатывается индивидуальная программа реабилитации инвалида.

Медико-социальная экспертиза проводится с учетом комплексной оценки состояния здоровья и степени ограничения жизнедеятельности пациента на основании анализа:

- клинико-функциональных (медицинская диагностика);
- медико-психологических (психологическая диагностика);
- профессионально-трудовых и социально-бытовых данных (социальная диагностика).

Медицинская диагностика основана на традиционных положениях отечественной клинической медицины и медико-социальной экспертизы. Основанием для установления клинико-функционального диагноза является детальное изучение результатов обследования освидетельствуемого лица и соответствующих медицинских документов. Структура медицинского диагноза включает следующие основные параметры:

- клиническая (нозологическая) форма основного заболевания;
- осложнения основного заболевания;
- стадия патологического процесса;
- течение заболевания;
- характер нарушений функций организма;
- степень функциональных нарушений;
- клинический прогноз.

Клиническая (нозологическая) форма заболевания и его осложнения указываются в соответствии с Международной классификацией болезней, травм и причин смерти (МКБ) X пересмотра.

Стадия патологического процесса определяется при заболеваниях, имеющих клинические

классификации с рубрикацией стадийности процесса, номенклатура которой предусматривает либо стадии процесса (начальная, развитая, далеко зашедшая), либо числовые обозначения (первая, вторая и др.).

Течение заболевания (прогрессирующее, стационарное (стабильное), рецидивирующее) оценивается в зависимости от динамики процесса, темпа его прогрессирования, периодов обострения.

Характер нарушения функций предполагает определение функциональных расстройств по принадлежности к четырем основным группам функций:

1) психические функции (восприятие, внимание, память, мышление, речь, эмоции, воля, сознание и др.);

2) сенсорные функции (зрение, слух, обоняние, осязание и др.);

3) статодинамические функции;

4) основные жизненные функции (кровообращение, дыхание, пищеварение, выделение, обмен веществ и энергии, внутренняя секреция и др.).

Клинический прогноз может быть:

- благоприятный – это возможность стабилизации или улучшения состояния здоровья, уменьшения степени нарушений функций организма, приводящих к ограничению жизнедеятельности;

- неблагоприятный – это невозможность стабилизации состояния здоровья, остановки прогрессирования патологического процесса и уменьшения степени нарушений функций организма, приводящих к ограничению жизнедеятельности;

- сомнительный (неопределенный).

Психологическая диагностика основана на теоретических постулатах отечественной психологии. Она направлена на распознавание любого отклонения от нормального функционирования или развития личности.

Психологический диагноз устанавливается психологом на основании результатов психодиагностического исследования и включает оценку:

- состояния высших психических функций (память, внимание, мышление, речь, восприятие) и динамики психической деятельности (психический компонент);

- нарушений эмоционально-волевой сферы (чувства, аффекты, эмоции, настроения) в виде описания нарушений (неустойчивость, ригидность, возбудимость, тревожность) и степени выраженности (эмоционально-волевой компонент);

- особенностей личности (ценностная ориентация, мотивационная сфера, самооценка, уровень притязаний) (личностный компонент).

Социальная диагностика предусматривает анализ профессионально-трудовых и социально-бытовых данных освидетельствуемого лица.

Оценка профессионально-трудовых данных проводится с учетом следующих характеристик:

- уровень образования (общего и профессионального);
- основная профессия (специальность);
- квалификация;
- профессиональный маршрут;
- общий трудовой стаж;
- профессиональный стереотип;
- соответствие состояния здоровья психофизиологическим требованиям основной профессии;
- профессия на момент освидетельствования;
- условия и организация труда, рациональность трудоустройства;
- установка относительно трудовой деятельности;
- сохранность профессиональных знаний и навыков;
- уровень профессиональных притязаний, способность к приобретению знаний, овладению навыками.

На основе анализа этих данных выносится суждение о сохранности либо о нарушении

профессионально-трудового статуса освидетельствуемого лица. Нарушение в свою очередь возникает в результате ограничения способности к трудовой деятельности и/или способности к обучению, дифференцированной по трем степеням выраженности (сильная, средняя, слабая).

Анализ социально-бытовых факторов включает:

- семейное положение;
- социально-бытовые взаимоотношения;
- жилищно-бытовые условия;
- материальное положение;
- условия социально-бытовой и социально-средовой адаптации;
- возможность выполнения бытовой деятельности и/или ее зависимость от технических вспомогательных средств, других лиц;
- способность к независимому существованию, самостоятельному проживанию, в том числе способность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, способность контролировать свое поведение.

Анализ этих данных позволяет оценить социально-бытовой статус освидетельствуемого лица:

- социально-бытовой статус не нарушен;
- социально-бытовой статус нарушен вследствие ограничения отдельных категорий жизнедеятельности (способности к самообслуживанию, передвижению, общению, ориентации и др.) разной степени выраженности.

В результате обобщающей оценки всех позиций медицинской (клинико-функциональной), психологической и социальной диагностики выносится суждение о наличии и степени ограничения отдельных категорий жизнедеятельности у освидетельствуемого лица.

Под ограничением жизнедеятельности понимается — отклонение от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья. При медико-социальной экспертизе оцениваются основные, наиболее важные для социальной достаточности человека, категории жизнедеятельности. К ним относится способность к: самообслуживанию, самостоятельному передвижению, способность к обучению и трудовой деятельности, к ориентации, к общению, способность контролировать свое поведение. Содержание этих сложных интегрированных понятий дано в «Классификациях и критериях». Ограничение одной такой категории жизнедеятельности как способность к трудовой деятельности служит основанием для определения инвалидности. Сочетание ограничений отдельных категорий жизнедеятельности усугубляет социальную дезадаптацию и влечет более тяжелую степень инвалидизации.

Ограничения жизнедеятельности являются социальными последствиями нарушения здоровья. В зависимости от способности человека осуществлять ту или иную категорию жизнедеятельности выделяют три степени выраженности ограничений жизнедеятельности. Последние обусловливают необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Социальная защита инвалидов - это система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равной с другими гражданами возможности участия в жизни общества (ст.2 Федерального Закона «О социальной защите инвалидов»).

Основными причинами, обусловливающими нуждаемость инвалидов в мерах по социальной защите, являются их неспособность вследствие ограничения жизнедеятельности к самостоятельному проживанию, к поддержанию социальных связей, к обеспечению экономической независимости и др.

Реабилитация инвалидов - это система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности.

В научной литературе существует множество определений термина "реабилитация" с противоречивыми или аналогичными взглядами на понятие "инвалидность". По существу реабилитация как термин включает в себя две части: «ре» и «абилитация». Первая составляющая означает возвращение, вторая - способности как способу действия. Структура и содержание

способов действия человека на бытовом, профессиональном или общественном уровнях является основой для определения необходимых реабилитационных мероприятий.

Реабилитация инвалидов направлена на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество.

Основные направления реабилитации инвалидов включают в себя:

- восстановительные медицинские мероприятия, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;
- профессиональную ориентацию, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственную адаптацию;
- социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию; - физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Реализация основных направлений реабилитации, инвалидов предусматривает использование инвалидами технических средств реабилитации, создание необходимых условий для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам инженерной, транспортной, социальной инфраструктур и пользования средствами транспорта, связи и информации, а также обеспечение инвалидов и членов их семей информацией по вопросам реабилитации инвалидов.

Таким образом, комплексная оценка всех рассмотренных выше основных позиций медико-социальной экспертизы позволяет вынести обоснованное суждение о социальных последствиях нарушения здоровья, характере и степени выраженности основных взаимосвязанных и последовательно развивающихся состояний. В свою очередь это является основанием для определения потребности инвалида в соответствующих мерах социальной защиты.

Современный подход к определению инвалидности, охватывающий наиболее важные стороны жизнедеятельности человека, обусловливает необходимость участия в деятельности учреждений медико-социальной экспертизы широкого круга специалистов. В таких условиях обоснованным является введение в состав бюро МСЭ наряду с двумя другими специалистами (реабилитолог и психолог) и специалиста по социальной работе, принимающего экспертное решение.

Специалист по социальной работе в структуре общей технологии экспертно-реабилитационной работе занимает как бы промежуточное место между экспертом-клиницистом и специалистом по реабилитации. Не имея медицинского образования, он пользуется клинической информацией для организации своей деятельности. Со специалистом по реабилитации специалист по социальной работе взаимодействует на этапе разработке и реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов.

Специалист по социальной работе совместно с другими специалистами организует свою деятельность по следующим 4 основным направлениям:

1) реабилитационно-экспертная диагностика;

2) реабилитация (разработка индивидуальной программы реабилитации, ее коррекция и контроль);

3) государственная статистическая отчетность (формирование банка данных инвалидов);

4) профилактика инвалидности.

Ведущим направлением является проведение реабилитационно-экспертной диагностики. Под реабилитационно-экспертной диагностикой понимается:

- социальная диагностика;
- оценка структуры и степени ограничения жизнедеятельности;
- определение реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза;
- выявление потребности в мерах социальной защиты.

Технология проведения реабилитационно-экспертной диагностики представлена следующими этапами.

Первым этапом социальной технологии реабилитационно-экспертной диагностики является

формулирование социального диагноза. С этой целью осуществляется выяснение:

- социального статуса обследуемого. Он включает такие характеристики как пол, возраст, общее и профессиональное образование, социальную принадлежность (рабочий, служащий, пенсионер и т.д.). В последние годы появились новые характеристики социального статуса человека: беженец, иммигрант, переселенец, лицо без определенного места жительства, участник ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС и др.

Определение образовательного уровня обследуемого и характера его профессии предполагает установление занимаемой им должности и ее соответствие полученной профессии. От типа дефекта, формы патологии, вида и степени ограничения жизнедеятельности зависит решение проблемы переобучения и трудоустройства обследуемого.

Выяснение семейного положения является важным условием социальной технологии. Одинокое проживание в сочетании с выраженными, резко ограничивающими жизнедеятельность, функциональными нарушениями требует применения специальных мер социального защиты: услуг дневного отделения центра социального обслуживания либо обслуживания на дому, либо стационарного учреждения социального обслуживания. Более благоприятная ситуация складывается при проживании обследуемого в семье. Семью специалист по социальной работе рассматривает как микросоциальную реабилитационную среду. В зависимости от семейного статуса обследуемого (иждивенец, кормилец) меняется и тактика специалиста по социальной работе. В частности, статус единственного кормильца требует решения проблемы эффективного трудоустройства и выбора места трудоустройства.

Важным условием является выяснение внутрисемейных отношений, а также позиции членов семьи и самого обследуемого. В случае сложных межличностных отношений и напряженной семейной обстановки необходимо проведение психологической консультации и психокоррекционного воздействия.

- социально-бытовой ситуации, а точнее социально-бытового статуса обследуемого: характер жилища (собственный дом, квартира, комната в коммунальной квартире, комната в общежитии, снимаемая жилплощадь и др.), этаж поселения, благоустроенность, комфортность, наличие коммунальных удобств, наличие условий для выполнения работы на дому, оснащение вспомогательными приспособлениями для самообслуживания и передвижения, приготовления и приема пищи, досуговых занятий.

Для этого специалист по социальной работе посещает (при необходимости) инвалида на дому и непосредственно изучает жилищно-бытовые условия, объективно оценивая возможности инвалида к самообслуживанию. Совместно с реабилитологом он определяет необходимость подбора технических средств реабилитации и приспособления среды жизнедеятельности к нуждам инвалида (устранение порогов в квартире, устройство широких дверных проемов для передвижения на кресле-коляске, необходимость достаточной площади для маневрирования кресла-коляски в прихожей и др.).

- социально-средовой ситуации, т.е. изучение социально-средового статуса. Он включает выяснение состояния оборудования и размеры лестничной площадки, дающей возможность маневрирования кресла-коляски, широкого дверного проема лифта и площади кабины, высоты расположения кнопочного устройства, позволяющей самостоятельно пользоваться им человеку в коляске. Далее выясняется состояние подъезда, оборудование его пандусом, перилами, навесом.

Вторым этапом социальной технологии реабилитационно-экспертной диагностики является оценка структуры и степени ограничения жизнедеятельности. Данная оценка включает анализ обеспечения таких возможностей как:

- персональный уход (соблюдение личной гигиены, возможности самостоятельного приема пищи и пользования одеждой);

- персональная сохранность (пользование газом, электричеством, туалетом, ванной, транспортом, лекарствами и др.);

- социальные навыки (приготовление пищи, уборка помещения, стирка белья, посещение магазинов и др.);

- социальная независимость (самостоятельное проживание, пользование гражданскими

правами, участие в общественной деятельности и др.);

- социальное общение;
- личные проблемы (половое воспитание, контроль рождаемости и др.);
- занятие физкультурой, спортом и другой культурно-досуговой деятельностью.

В результате проведенного анализа, специалист по социальной работе должен выяснить нуждаемость инвалида в обучении навыкам —жизни с инвалидностью, то есть в обучении: пользованию вспомогательными средствами различного назначения, навыкам самообслуживания, безопасности жизни, передвижения, пользованию информацией и др.

Третьим этапом социальной технологии реабилитационно-экспертной диагностики является определение реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза инвалида.

- реабилитационный потенциал - комплекс биологических и психофизических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности и
- реабилитационный прогноз - предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала.

Реабилитационный потенциал организма включает:

- организменно-медицинский (генетико-конституционный и патогенетический потенциалы);
- реабилитационный потенциал личности (интеллектуальный, эмоционально-волевой и мотивационный потенциалы);
- реабилитационный потенциал в рамках системы "Человек - Общество" (научно-технический, нравственно-этический и социально-правовой потенциалы в обществе).

Реабилитационный потенциал может быть высоким, средним и низким. Высокий характеризуется полным или почти полным восстановлением или компенсацией конкретного вида жизнедеятельности. Средний – частичным восстановлением или компенсацией конкретного вида жизнедеятельности. Низкий – отсутствием или незначительным восстановлением или компенсацией конкретного вида жизнедеятельности.

Реабилитационный прогноз, по сути, предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала и предполагаемый уровень интеграции инвалида в общество расценивается как:

- благоприятный - возможность полного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности;
- относительно благоприятный - возможность частичного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности при уменьшении степени их ограничений или стабилизации;
- сомнительный (неопределенный);
- неблагоприятный - невозможность даже частичного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности и уменьшения степени их ограничений.

Реабилитационный прогноз в основном зависит от характера заболевания, степени выраженности ограничений жизнедеятельности, реабилитационных возможностей и предполагаемого влияния внешних факторов.

Четвертым этапом социальной технологии реабилитационно-экспертной диагностики является выявление потребности в мерах социальной защиты.

Выявление потребности инвалида в мерах социальной защиты включает определение конкретных способов и методов, при помощи которых имеющиеся нарушения функций и ограничения жизнедеятельности могут быть устранены, компенсированы или замещены, в т.ч. мерами реабилитационного характера.

Важным условием социальной защиты является финансовое обеспечение инвалидов (пенсии, пособия), а также предоставление им льгот, социальных услуг и других форм социальной помощи в виде лекарственных препаратов, протезно-ортопедических изделий, средств передвижения, вспомогательных технических средств (культурно-бытового, информационного, образовательного, производственного назначения, физкультуры и спорта) и др.

Специалист по социальной работе совместно с другими специалистами участвует также в разработке индивидуальной программы реабилитации, её коррекции и контроле.

Разработка индивидуальной программы реабилитации инвалида осуществляется с учетом рекомендуемых мероприятий по медицинской реабилитации, указанных в направлении на медико-социальную экспертизу медицинской организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь гражданину.

В случае необходимости по приглашению руководителя бюро (главного бюро, Федерального бюро) в формировании индивидуальной программы реабилитации инвалида могут участвовать с правом совещательного голоса специалисты учреждений здравоохранения, государственных внебюджетных фондов, государственной службы занятости населения, работодатели, педагоги и другие специалисты.

В случаях, требующих применения сложных видов экспертно-реабилитационной диагностики, гражданин может быть направлен для разработки или коррекции индивидуальной программы реабилитации инвалида в вышестоящее федеральное государственное учреждение медико-социальной экспертизы.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида может быть разработана на 1 год, 2 года и бессрочно, индивидуальная программа реабилитации ребенка-инвалида может быть разработана на 1 год, 2 года и до достижения гражданином возраста 18 лет.

При необходимости внесения дополнений или изменений в индивидуальную программу реабилитации инвалида спустя один месяц оформляется новое направление на медико-социальную экспертизу и составляется новая индивидуальная программа реабилитации инвалида.

Замена технических средств реабилитации по истечении установленного срока пользования в период действия индивидуальной программы реабилитации инвалида осуществляется исполнительным органом Фонда социального страхования Российской Федерации или органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющего функции в области социальной защиты населения по месту жительства инвалида при наличии заключения об отсутствии противопоказаний к обеспечению инвалида техническим средством реабилитации, выдаваемого врачебной комиссией лечебно-профилактического учреждения.

Сформированная индивидуальная программа реабилитации инвалида подписывается руководителем соответствующего бюро (главного бюро, Федерального бюро) и инвалидом либо его законным представителем, заверяется печатью и выдается на руки инвалиду (его законному представителю).

В случае отказа инвалида (его законного представителя) подписать сформированную индивидуальную программу реабилитации инвалида она приобщается к акту медико-социальной экспертизы гражданина. Копия индивидуальной программы реабилитации инвалида в данном случае может быть выдана инвалиду (его законному представителю) по заявлению инвалида (законного представителя).

В случае несогласия с решением бюро о рекомендуемых реабилитационных мероприятиях инвалид (его законный представитель) может обжаловать данное решение в соответствующем порядке.

Исходя из всего вышесказанного, можно заключить, что специалист по социальной работе в оказании медико-социальной и реабилитационной помощи инвалидам в бюро медико-социальной экспертизы, занимает ключевое место – выступает не только как организатор и контролер, но и как активный участник реализуемых мероприятий и программ.

5. Раздел – Правовые основы медико-социальной помощи населению

Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников. Правовые основы медико-социальной работы. Этика и деонтология медико-социального работника.

Становление в России специализированного вида социальной работы, оказания социально-медицинской помощи, концептуально обозначено и закреплено нормативно-правовой базой.

К нормативно-правовым актам международного уровня относятся документы обобщающего социально-правового характера:

–Всеобщая декларация прав человека, ООН, 1948 г.;

–Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, 1966 г.

–Декларация социального прогресса и развития, 1969 г.;

–Декларация о правах инвалидов, 1971 г.;

–Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей, 1990 г.;

–Конвенция и рекомендации о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов, 1993 г.;

–Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, ООН, 1979 г.;

–Конвенция о правах ребенка. ООН, 1989 г.;

–Международная программа действий в интересах пожилых, Совет Европы (СЕ), 1995 г.

–Профессионально этический кодекс социальных работни-ков (принципы и стандарты), Международная федерация социальных работников, 1994 г.

Важными политическими документами для развития основных положений медико-социальной помощи являются Алма-Атинская декларация 1978 г. и Оттавская Хартия укрепления и сохранения здоровья, в которых было отмечено, что проблема оказания медицинской помощи населению может быть решена с учетом не только органов здравоохранения, но и дру-гих социальных служб. С этих позиций в реформе здравоохранения РФ учитывается необходимость создания системы первичной медико-социальной помощи (ПМСП), которая должна обеспечить:

· гарантированный минимум медицинской, психологи-ческой и социальной помощи;

· доступность медицинских и социальных услуг для всех слоев населения;

· комплексность обслуживания;

· согласованность с другими службами здравоохранения;

· непрерывность наблюдения пациентов в различных лечебно-профилактических и социальных учреждениях;

· информированность пациентов о состоянии их здоровья, методах и ожидаемых результатах реабилитации и лечения.

Приоритетным направлением в развитии первичной медико-социальной помощи становится оказание не только медицинской, но и профилактической психологической и социаль-ной помощи. Для межведомственного сотрудничества в системе первичной медико-социальной помощи наряду с врачом общей прак-тики вводится специалист по социальной работе, имеющий социально-медицинскую подготовку.

К основополагающей нормативно-правовой базе, научным исследованиям, предпосылкам необходимости развития социально-медицинской работы могут быть отнесены многочисленные документы и научные разработки международного и отечественного значения:

материалы ООН о значимости развития социальной поли-тики, направленной на обеспечение экономической и социальной защиты населения в условиях кризиса, и

· необходимости отработки механизма реализации социальных гарантий граждан, в том числе с участием здравоохранительных учреждений;

· материалы первой международной конференции по укреплению здоровья, 21 ноября 1986 г.;

· стратегия Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в целях достижения «здоровья для всех к 2000 году», обосновывающая важность интеграции медицинской и социальной деятельности в этом направлении, а также необходимость развития межотраслевого сотрудничества;

· результаты отечественных комплексных научных исследований проблем здоровья и образа жизни, раскрывающих методологические и методические основы изучения здоровья населения, отдельных групп, семьи, индивидуума, проблем здоровья и образа жизни и факторов, их обусловливающих;

· современные подходы к реформированию здравоохранения в Российской Федерации, позволяющие создать правовой механизм ответственности и заинтересованности за состояние здоровья населения со стороны государства и гражданина, предприятия, лечебно-профилактического учреждения и других социальных объектов;

· особенности развития социального обслуживания населения в Российской Федерации на основа-нии многофакторной социальной политики, учета адресности социальной поддержки,

оказания социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг, проведения социальной адаптации и реабилитации граждан, нахо-дящихся в трудной жизненной ситуации;

· исторические традиции благотворительности и милосердия в России, позволяющие рассматривать их как опыт становления и основу отечественной медико-социальной работы;

· зарубежный опыт профессиональной социальной работы, сложившийся в последние десятилетия в экономически развитых государствах.

В основах законодательства РФ об охране здоровья граждан указывается, что за социальными работниками так же, как и за медицинскими, закреплена в качестве правовой нормы профессиональная обязанность оказания медико-социальной помощи.

Эта правовая норма позволяет разрабатывать отраслевые нормативно-правовые документы по медико-социальной работе с различными группами населения в различных сферах деятельности социального работника.

Существуют следующие нормативно-правовые акты, направленные на реализацию социально-медицинской помощи населению:

1) федеральный закон «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации от 10 декабря 1995 г. № 195-ФЗ;

2) Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ;

3) Семейный кодекс Российской Федерации;

4) федеральный закон «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 2 августа 1995 г. № 122-ФЗ;

5) закон РСФСР от 4 ноября 1991 г. «О государственном обязательном медицинском страховании населения РФ»;

6) закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июня 1992 г. №3185-1;

7) указ Президента РФ от 25 марта 1993 г. № 394 «О мерах по профессиональной реабилитации и обеспечению занятости инвалидов»;

8) указ Президента РФ от 14 сентября 1995 г. № 492 «Об утверждении основных направлений государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации до 2000 года»;

1) указ Президента РФ от 13 июня 1996 г. № 883 «О федеральной целевой комплексной программе «Старшее поколение» на 1997 – 1999 годы»;

2) указ Президента РФ от 01.06.96 № 1011 «О мерах по обеспечению государственной поддержки инвалидов»;

3) постановление Правительства Российской Федерации «О порядке признания граждан инвалидами» от 13 августа 1996 г. № 965;

4) примерное положение об учреждениях государственной медико-социальной экспертизы, утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации «О порядке признания граждан инвалидами» от 13 августа 1996 г. № 965.

К документам Министерства здравоохранения РФ, формирующим нормативную базу социальной работы в учреждениях здравоохранения, относятся:

1) приказ «О психиатрической и психотерапевтической помощи» от 30 октября 1995 г. № 294;

2) примерное положение об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы (утверждено постановлением Правительства Российской Федерации» от 13 августа 1996 г. № 965);

3) приказ «О подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи» от 28 июля 1997 г. № 226;

4) Приказ «О мерах по совершенствованию наркологи-ческой помощи населению

Российской Федерации» от 29 сентября 1997 г. № 287;

5) приказ «О создании научно-методического совета по социальной работе в здравоохранении» от 13 октября 1997 г. №301;

6) приказ «О подготовке врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников для работы в наркологических реабилитационных центрах (отделениях)» от 17 декабря 1997 г. № 373;

7) указание «О штатно-организационной структуре центров планирования семьи и репродукции» от 23 марта 1998 г. № 219-у;

8) решение коллегии «О подготовке специалистов по социальной работе и медицинских психологов и проблемах их практического использования» от 3 апреля 1998 г. № 10;

9) решение коллегии Министерства общего и профессионального образования Российской Федерации от 9 февраля 1999 г. № 3/1 «О психолого-педагогической и со-циальной реабилитации лиц с ограниченными возмож-ностями здоровья в системе образования»;

10) приказ «Об организации работы учреждений медицинской и социальной реабилитации подростков и взрослых с последствиями детского церебрального паралича» от 16 октября 1999 г. № 378;

11) научные разработки авторского коллектива НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко Российской академии медицинских наук (О.П. Щепин, И.П. Каткова, Л.П. Чичерин и др., 1992 г.), в которых направления дея-тельности социальных служб разработаны на основе на комплексном подходе с участием различных ведомств: здравоохране-ния, социального обеспечения, социальной защиты, прави-тельственных и неправительственных организаций, инфра-структуры служб и др.

Профессия социально-медицинского работника, став в начале 90-х годов нашего столетия объективным явлением профессиональной деятельности в структуре социальной ра-боты, требует как определения необходимых для успешной работы этико-деонтологических норм поведения, — форми-рования конкретного, четкого профессионального поведен-ческого стереотипа, так и выявление истоков его порождения в социокультурных пространствах прошлого.

Квалификационный уровень социально-медицинского ра-ботника зависит в равной степени и от знаний, умений и навыков в области социальных и медицинских технологий, и от морального облика, определяющего личностные каче-ства и поведенческий стереотип. В свою очередь, морально-этический облик и поведенческий стереотип социально-медицинского работника совмещают в себе элементы и соци-ального, и медицинского работников.

Общечеловеческие нормы и правила, регулирующие по-ведение человека в его общественной и личной жизни, и по-ведение профессиональное, изучающиеся соответственно этикой и деонтологией, тесно связаны и взаимообусловлены.

Несмотря на универсальный характер этических законов, модель профессиональной этики социального работника не сводится только к распространению принципов общечелове-ческих этических норм на морально-этический облик специа-листа: для него характерны и свойственны также присущие только ему нравственные нормы, которые или ограничива-ют, или углубляют действие общих морально-этических принципов.

Разумеется, представления о долге, справедливости, совести, чести, о добре и зле, наконец, о счастье и смысле жизни, определяя морально-нравственный облик личности, являются, в конечном счете, основополагающими для профессионального поведения социально-медицинского работника. Поэтому в формировании профессионального облика социально-медицинского работника значительное место занимает обогащение его личности изучением диахронических срезов социокультурных контекстов порождения этико-моральных качеств, соответствующих профессиональным нормам поведения.

Одновременно, личностно-нравственные качества, моральные нормы и принципы поведения социально-медицинского работника могут быть скорректированы не только путем ре-конструкции и генезиса в национальных традициях этических взаимоотношений, зафиксированных в социокультурных временных пластах России (произведения литературы и искусст-ва, деятельность служителей церкви, сферы общественного призрения, благотворительности,

меценатства и др.), но и с позиций деонтологических принципов поведения врача, фор-мировавшегося как поведение профессиональное. Одной из главных особенностей профессии социально-медицинского работника является то, что он оказывается максимально приближенным к деятельности врача, буквально "держащего в руках" здоровье и жизнь пациента. В связи с этим воспитание социально-медицинского работника невозможно без обращения к многовековому опыту, накопленному человечеством в области профессиональной медицинской этики.

Медицинская деонтология прошла большой и сложный путь развития. Истоки деонтологии уходят в глубокую древность. Известный хирург Б. В. Петровский пишет: "Можно думать, что первый человек, который оказал медицинскую по-мощь своему ближнему, сделал это из чувства сострадания, стремления помочь в несчастье, облегчить ему боль, иначе говоря, из чувства гуманности. Вряд ли нужно доказывать, что именно гуманность всегда была особенностью медицины и врача - ее главного представителя". Культурно-исторические памятники древних народов свидетельствуют о поисках, размышлениях и спорах людей, занимавшихся врачеванием, о профессиональном поведении.

Принятые в настоящее время нормы медицинской этики основаны на знаменитой и известной каждому врачу "Клятве" Гиппократа (около 460-370 гг. до н.э.), врача античности, который впервые сформулировал морально-этические и нравственные нормы поведения врача.

Одно из основных качеств личности врача для Гиппократа — преданность искусству врачевания и моральная чисто-та: "чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство". Главное для врача, от которого зависит жизнь человека, - не приносить вреда больному: "В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, неправедного и пагубного...". Принципы поведения врача, по Гиппократу, основаны на главном качестве его личности — желании вылечить больного, основанном на глубоком чувстве гуманизма.

Разумеется, меняющиеся культурные эпохи накладывали свой отпечаток на представления врачей о нормах профессионального поведения, но, несмотря на кажущуюся наивность обращения клятвы Гиппократа к богам Древней Греции, покровителям медицины Апполону, Асклепию, Гигее и Панаксее, участники I Международного конгресса по медицинской практике и деонтологии (Париж, 1969 г.) сочли возможным дополнить ее только одной фразой: "Клянусь обучаться всю жизнь".

Русские врачи в XIX — начале XX вв. давали обещание: "... в течение всей жизни ничем не омрачать чести сословия". В понятие чести русского врача входило: "Помогать по лучшему моему разумению прибегающим к моему пособию страждущим; свято хранить вверяемые мне семейные тайны и не употреблять во зло оказываемого мне доверия...".

В Женевской декларации (1948 г.), в Присяге врача Совет-ского Союза (1971 г.), в Хельскинско-Токийской декларациях врачей (1964 г., 1975 г.) сформулированы морально-этические принципы поведения врача, определена его роль в социально-культурном пространстве цивилизации.

Человек — высшая ценность из всех ценностей мира — таков принцип гуманизма, важнейший принцип медицинской деонтологии, который объединяет документы, формулирующие основы медицинской деонтологии. В системе ценностей личности социального работника также "представление об абсолютной ценности каждого человеческого существа пере-ходит здесь из разряда философского понятия в категорию базисного психологического убеждения".

Более ста лет тому назад русский врач М. Я. Мудров, определяя личностные качества врача, на первое место ставил гуманное отношение к больному. Писатель и врач А. П. Чехов, не склонный к патетическим преувеличениям, тем не менее, акцентировал внимание на уникальности профессии, связанной с гуманным, подчиняющим себе жизнь человека, отношением к людям: "Профессия врача — подвиг. Она требует самоотвержения, чистоты души и величия помыслов. Не всякий способен на это".

Профессиональное поведение врача, подчиненное основ-ному принципу медицинской деонтологии: человек – высшая ценность из всех ценностей мира, при всем многообразии

личностных вариантов поведения, имеет свою модель, определенную любовью к человеку. Опыт истории медицины показывает, что гуманное отношение к человеку постоянно подтверждается повседневным трудом врачей, поднимающихся подчас на высоты духовной самоотверженности.

На протяжении тысячелетий цивилизации, в том числе и русская, вырабатывали определенные нормы поведения, закрепленные в этических учениях, конечным результатом которых, в сущности, у всех культур была одна — помочь человеку как субъекту общества выжить, а человечеству в целом сохраниться как вид.

Говоря о социокультурном генезисе профессии социального медицинского работника, следует обратиться также к традициям государственной социальной деятельности в России, не с точки зрения социальной политики, но как к факту культуры и феномену порождения современных этико-деонтологических норм поведения социального медицинского работника.

Наряду с частной благотворительностью, которая была развита в России как средство помощи социально обездоленным людям, история свидетельствует также о внимании государства к "сирым и убогим". Процесс развития государственного призрения начал устанавливаться в России с оформлением государственности. Идея расширения государственной благотворительности нашла отражение в целом ряде документов XV—XVIII вв. При Петре I начинает активно формироваться государственная политика, направленная на оказание помощи нуждающимся, создание сети светских социальных учреждений, учет "просящих милостыню и вспоможение", упорядочение церковной и частной благотворительности. Количество благотворительных учреждений не только Увеличивается, но и упорядочивается структура управления, финансирования и функционирования сети благотворитель-ных учреждений, этот процесс продолжался вплоть до XX в. Происходило слияние частных, сословных и государственных "богоугодных" заведений. Известное государственно-общественное благотворительное объединение Ведомство учреждений императрицы Марии, учрежденное Павлом I в 1796г., за 30 лет попечительской деятельности было доведено императрицей Марией Федоровной почти до числа 60 учреждений. В конце XIX в. под эгидой Ведомства функционировало 700 благотворительных обществ и учреждении.

Частная, общественная, государственная благотворительность, принимая различные формы, привлекала наиболее милосердных граждан России, влияя на социокультурный контекст: порождала и закрепляла в сознании людей принципы гуманного отношения к обездоленным, одновременно формируя поведенческий стереотип служителя благотвори-тельных учреждений. Внимание государства к благотворительным учреждениям, углубляя позитивное отношение в обществе к людям, занимающимся помощью обездоленным, работающим в домах призрения и др., создавало необходимое для личности чувство причастности, потребности в его деятельности для народа как гражданина.

Бурное развитие биологии и медицины предъявляет к врачам, медицинским и социальным работникам все новые требования, в частности, пересмотр некоторых этико-деонтологических основ. Уже давно, с середины XX в. дискутируют о том, что в наше время меняется содержание даже такого основополагающего понятия, как гуманизм медицины, что его следует заменить рационализмом. Многие ученые, общественные деятели, журналисты заявляют о том, что в новых условиях современной жизни нерационально жестко придерживаться извечного гуманистического принципа — "врач борется за жизнь больного до последнего его вздоха". "Иллюзию жизни" можно сколь угодно поддерживать с помощью современных аппаратов. Нужно ли это? Нужно ли возвращать к жизни ребенка, родившегося без признаков жизни, если думать о том, как велика вероятность его не-полноценности в будущем?

Проблемы эти трудные и запутанные. Несмотря на кажущуюся принадлежность только медицине, они имеют глубокие исторические корни в культуре мировой цивилизации. Так, с конца II тысячелетия до н. э. на Востоке распространяется одна из древнейших религий мира — зороастризм. Она названа так по имени пророка Зороастра (по-древнеирански — Зоратуштра). При всей сложности философского постижения бытия этой религией, для осмысления проблем гуманизма — рационализма обратимся к одной из идей, которая является следствием миросозерцания древних зороастрийцев.

Для восстановления изначально присущих человеку чис-тоты и святости, которые делали его достойным неба и звезд, человек должен исполнять законы. Самый важный закон: "се-ять на земле хорошие крепкие семена". Сеять — значит уничтожать зло, — очищать в огне человеческую природу, искореняя всех, кто не соответствует чистоте и святости. На протяжении двух тысяч лет христианская мудрость противопоставляет свою идею о всепрощении и любви к ближним жесткой "мудрости" искоренения зла огнем, выпалывания "дурных" семян, провозглашенной в религии зороастризма. В современной медицине, когда появилась возможность спасать мертворожденных детей — сохранять жизнь заведомо неполноценным дебильным детям, у которых дебильность развивается с гипоксией мозга (лишь 10% из них, возможно, будут нормальными), острота проблемы приобретает особый смысл. Вероятно, и здесь аргументы сторонников реанимации более гуманны, более соответствуют основам христианской морали и традиционной медицинской деонтологии.

С особой остротой в этике современной медицины вста-ли вопросы давней медицинской проблемы — эвтаназии. По-видимому, эвтаназия сформировалась в пе-риод средневековых войн, когда на поле боя без всякой Помощи оставались раненые и их убивали якобы из жалос-ти и сострадания особыми короткими мечами с рукояткой в Виде креста "мизерикордия" (милосердие). В гитлеровской Германии в 1939г. было издано потрясающее по своей антигуманности и варварству постановление об эвтаназии с программой уничтожения неизлечимых пациентов.

В настоящее время вопрос об эвтаназии вновь принимает особую остроту, основанием для этого служат успехи в диагностике смерти мозга, которая приравнивается к биологической смерти. Развитие медицины может отодвинуть смерть мозга — барьер неизбежной истинной смерти. Перед медиками всего мира, как и перед человечеством в целом, встали вопросы, решение которых представляется в крайней степе-ни актуальным, ибо затрагивают проблемы жизни и смерти.

Социальный медицинский работник должен быть готовым к решению проблем, связанных с жизнью и смертью клиента не умозрительно, но практически. Он должен помнить и о возможных ошибках врачей в диагнозе пациента, и о недобросовестности работников, стремящихся спасти жизнь од-ному пациенту за счет другого, ко многим ситуациям, прогноз которых невозможен заранее. Социальный медицинский работник, воспитанный в традициях гуманизма, должен руководствоваться одним незыблемым его принципом: "Самое ценное на земле — жизнь каждого человека".

С введением платной медицинской помощи врач, как и социальный работник, сталкиваются с конфликтными ситуациями трагического характера: отсутствие у больного денег на дорогостоящую, но необходимую операцию, на лекарства, на клинические обследования и т. д. Врач оказывается беспомощным без медикаментов, аппаратуры и пр. Помочь и боль-ному, и врачу в этой ситуации способен социальный работник: он оценивает степень необходимости и обеспечивает уровень медицинской помощи клиенту из средств государственного бюджета.

Но возникает не менее сложная проблема. Разумеется, что средства, отпускаемые на бесплатную медицинскую по-мощь, малы по сравнению с количеством нуждающихся в ней. С проблемой целесообразности и выбора медики сталкивались и в прошлом, и медицина имеет достаточный опыт в решении таких задач, требующих, однако, всегда глубоких гуманных принципов поведения. Так, великий русский хирург Н. И. Пирогов предложил сортировать раненых на поле боя по принципу тяжести ранения. Ограниченные возможности медицины XIX в. не позволяли врачу оказывать реальную помощь при многих сложных ранениях. Поэтому его внимание сосредоточивалось на лечении более легких ранений.

Научно-технический прогресс усложнил подобные проблемы. И реальная необходимость вынуждает врача, а теперь и социального медицинского работника делать выбор, устанавливать очередность. И здесь единственный критерий — целесообразность, основанная на медицинских соображениях. Установление медицинской целесообразности в каждом конкретном случае — сложный и трудный выбор, который ложится на человека.

Вместе с тем, современное положение с медицинской помощью в стране выдвинуло ряд проблем, при решении которых принцип высшей ценности человеческой жизни становится

наиболее острым. Так, до 90-х гг. в нашей стране привлекались к уголовной ответственности люди, занимающиеся практикой лечения всех болезней, но не имеющих медицинского образования. Нетрадиционная медицина, широко распространенная сейчас, привлекает все большее количество больных, отчаявшихся излечиться. Больному трудно поверить, что его болезнь неизлечима, и он подчас попадает в руки шарлатана, основной целью которого является только обогащение за счет больных. Не вдаваясь в сложность и противоречивость проблемы, которую должны решать специалисты, следует все-таки напомнить, что традиционно люди, занимающиеся знахарством в России, никогда не обогащались, принимая в дар от больного только самое не-обходимое для жизни (продукты питания, одежду и т. д.) и были известны односельчанам (а именно среди крестьян было распространено знахарство) особой непритязательностью и бытовой скромностью.

Социальному работнику медицинского учреждения, разумеется, придется сталкиваться и со служителями белой и черной магии, и с экстрасенсами, и с различными колдунами. Клиент может обратиться за советом к социально-медицинскому работнику о целесообразности обращения к знахарю. При всей сложности определения эффективности лечения немедицинским работником, следует помнить о главном принципе врача — "не вреди" — и оценить искусство знахаря с этой точки зрения.

Следует упомянуть еще об одной околомедицинской проблеме, связанной с "недобросовестным" распространением всевозможных медицинских приборов, лечебных средств. Не-чистоплотные люди, называясь работниками социальных служб, общества Красного Креста, других благотворительных организаций и пользуясь доверчивостью пожилых людей, продают им втридорога продукцию сомнительного качества. Социально-медицинский работник должен быть подготовлен к решению этих вопросов, вооружен соответствующими знаниями и профессионально должен убедить пожилого человека не поддаваться внушению таких людей.

Эпоха научно-технического прогресса со всей очевидностью показала уязвимость человека, его здоровья от взаимодействия с окружающей средой. Именно медицине дано комплексно оценивать последствия безжалостно уничтожающего природу научно-технического прогресса на жизнь и здоровье человека. Медицинская деонтология в этих условиях приобретает особую значимость, более широкое качественное содержание — происходит расширение сферы ее влияния на все области человеческой деятельности. Именно социальный медицинский работник, поставивший во главу угла самоценность жизни и здоровья человека, неукоснительно следуя принципам гуманизма, должен вести активную деятельность по сохранению здоровой окружающей среды.

Как уже говорилось, особое положение социального медицинского работника в структуре медицинской и социальной помощи требует от него тех качеств, которые являются основополагающими в этике и поведении врача. Андре Моруа писал об особом положении врача в обществе: "Завтра, как и сегодня, понадобятся врачи, ... он (врач) будет утешать страдальцев и ободрять павших духом. ... Завтра, как и сегодня человек в медицинском халате будет спасать жизнь стра-дающему, кто бы он ни был — друг или недруг, правый или виноватый. И жизнь врача останется такой же, как и сегодня, трудной, тревожной, героической и возвышенной". Анд-ре Моруа, говоря об особых нравственных качествах врача, подчеркивает одно из них - врачебный долг.

Долг врача, его обязанность — ставить интересы больно-го, страдающего человека выше своих личных. Этот смысл, вероятно, вкладывал В. В. Вересаев, врач и писатель, в слова о том, что научиться медицине также невозможно, как научиться поэзии или сценическому искусству. С. П. Боткин полагал, что душевный мир больного не менее важно учитывать, чем знать анатомию и физиологию по данной патологии. "Добросовестный врач, — писал Боткин, — как истинный друг выслушает, ... войдет во все мелочи бед его ...". Действительно, врачи чаще всего и больше других знают о бедах людей, но в силу своих ограниченных профессиональных и временных возможностей не могут, кроме ободрения, помочь больно-му. Медицинской работник, имеющий подготовку по социальной работе, разумеется, сможет оказать клиенту-боль-ному необходимую социальную помощь. Часто, если не всегда, социально неустроенный, к тому же больной человек

имеет сложный, трудный характер, обусловленный его прошлым, отягощенный настоящим. Наркоман, больной СПИДом, пьяница, инвалид войны, бездомный, брошенный родителя-ми подросток и брошенный детьми старик могут и не про-явить доброжелательности к протянувшему руку помощи, более того, они могут проявить не только враждебные чувства, но и агрессивные действия. Разобраться в противоречиях психологии такого пациента может только психотерапевт или психоаналитик. Социальный работник в случае необходимости обращается к их помощи, но терпимость, внимание и спокойные отношения с пациентами необходимо сохранять всегда.

Взаимоотношения с пациентом должны складываться так, чтобы он поверил в искренность и бескорыстие социального работника в стремлении помочь, потому что может случиться так, что этот человек, социальный работник, будет после-дней ниточкой, связывающей попавшего в беду человека с миром.

Социальный работник, принимая активное участие в лечении больного (проведение различных медицинских манипуляций на дому, покупка лекарств и т. д.), одновременно помогает больному и в духовном исцелении: вселяет в него глубокую веру в благоприятный исход болезни, заряжает его оптимизмом и любовью к жизни. Подчас страдания больного столь велики, что социальному работнику потребуется немало мужества, чтобы облегчить страдания, а когда и это не-возможно — посочувствовать, подготовить пациента достойно встретить конец жизни. Страдания умирающего, лишенного поддержки близких, должны быть облегчены сочувствием социального медицинского работника.

Великий врач С. П. Боткин, обращаясь к выпускникам Военно-медицинской Академии 7 декабря 1887 г., подчеркивал: "... врач не должен смущаться ни страхом незаслуженного обвинения душевно расстроенного общества, ни увлекаться мнимой возможностью быть спасителем той или другой жизни... При сознании добросовестного отношения к своим обязанностям врач не будет нравственно угнетен не-справедливыми обвинениями и не впадет в самообольщение при своих успехах". Эти слова с полным правом могут быть отнесены и к нравственности социально-медицинского работника, его психологическому статусу в отношении с пациентами.

Разумеется, для успешного решения таких непростых задач социальный медицинский работник, в первую очередь, сам должен быть оптимистично направленной личностью, эмоционально уравновешенным "биофилом" в самом прямом понимании этого слова. Только глубокая внутренняя вера в высшее, непреходящее предназначение чело-века внешне трансформируется в спокойное, ровное, терпимое отношение с пациентом, определенное, прежде всего, состраданием к нему. Именно сострадание к больному поможет сохранить самообладание в самых критических ситуациях.

Активно помогая врачам в лечении больного, социальный работник в отношениях с врачом должен следовать правилам взаимоотношений, выработанным медицинской деонтологией.

Одна из главных заповедей врача, зафиксированная во всех международных декларациях — "Не вреди" — должна неукоснительно выполняться и социальным медицинским работником. И здесь речь идет не только о четком выполнении назначений врача, которые зачастую придется выполнять социальному работнику, но и никогда, ни при каких условиях не обсуждать в присутствии пациента диагноз и правильность назначения врачом лечения. В случае недоверия, сомнений необходимо обратиться к медицинскому юристу, которого будет предоставлять страховая медицина, или к другому врачу в отсутствие больного. Сомнение, неверие во врача может нанести большой вред пациенту.

Корректность в отношениях не только с врачом, но со всеми окружающими — главный принцип поведения социального медицинского работника. Культура поведения социального работника, вписывающаяся в общепринятые этикетом нормы, вместе с тем, отличается большей сдержанностью и корректностью, обусловленными спецификой обслуживаемого контингента.

Профессия социально-медицинского работника, призванного совместить в себе элементы традиционного поведенческого стереотипа с профессиональным долгом, накладывает на чело-века, избравшего путь социально-медицинской помощи населению, определенные обязательства постоянного жесткого самоконтроля поведения и самовоспитания.

6. Раздел – Теоретические основы практической профессиональной подготовки специалистов по социально-медицинской работе в ВУЗе

Социальная работа как профессиональная деятельность. Подготовка специалиста по социально-медицинской работе в высшем образовательном учреждении.

В России 1995 год оказался в деле подготовки социальных работников юбилейным годом. Впервые десять российских вузов осуществили выпуск 300 профессиональных социальных работников, которым были вручены дипломы «Специалист социальной работы».

Как известно, ныне специалисты по социальной работе трудятся практически во всех странах мира. В ряде западных стран их начали готовить еще в начале нашего века, но особенно масштабный характер эта работа приняла в середине и второй половине XX в.

В России в квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих Госкомвуза квалификационная характеристика «Специалист по социальной работе» была введена в 1991 г. и открыта новая специальность 03.12 «Социальная работа» для высших и средних специальных заведений (см. приказ Госкомобразования от 7 августа 1991 г. № 376).

Начиная с 1991 г. в России сеть высших учебных заведений, приступающих к подготовке и переподготовке специалистов по социальной работе, постоянно расширялась. Если в 1990/91 учебном году таких вузов было 8, то в 1994/95 учебном году — 70. Подготовку специалистов по социальной работе осуществляли также б средних специальных учебных заведений.

Исследование, проведенное группой Совета учебно-методического объединения вузов в области социальной работы, показало, что к подготовке социальных работников проявляют все больший интерес не только многопрофильные образовательные учреждения университетского типа, но и многие ведомственные вузы различных министерств.

По состоянию на март 1994 г. среди учебных заведений, занятых подготовкой и переподготовкой кадров для системы социальной защиты населения, было б государственных академий, 24 государственных университета, 21 институт социального и гуманитарного профиля, 4 учебных кадровых центра, 3 колледжа, 1 лицей, б техникумов.

Подготовку специалистов по социальной работе на базе общего и среднеспециального образования осуществляли 28 вузов, на базе высшего образования — 26 вузов, кроме того, 18 вузов осуществляют переподготовку социальных работников.

Всего в вузах по очной, заочной и очно-заочной формам обучается около 4 тыс. будущих социальных работников.

В целом по стране можно выделить несколько уровней подготовки кадров.

1. Курсовая или допрофессиональная подготовка на курсах, в школах, лицеях. Выпускники со средним образованием пополняют ряды социальных работников отделений по обслуживанию больных, престарелых, одиноких. Им предоставляется также право поступить в средние специальные учебные заведения или соответствующие вузы.

2. Обучение в средних специальных учебных заведениях. После их окончания можно работать бригадирами отделений по обслуживанию больных, одиноких, престарелых, социальными педагогами и т.д.

3. Обучение в университетах, академиях, отраслевых вузах (педагогических, медицинских и др.) на дневных, вечерних и заочных отделениях (срок обучения от 3 до б лет), на спецфакультетах (имеющие высшее образование обучаются 1—3 года).

Что касается высшего профессионального образования, то здесь также выделяются три ступени: подготовка бакалавров (4 года), специалистов (5 лет) и магистров (6 лет). Последние после получения диплома имеют право вести учебно-педагогическую и научно-исследовательскую работу.

Специализация выпускников, как правило, учитывает профильную направленность высших учебных заведений. Большая часть вузов готовит специалистов-организаторов, управленцев социальной работы с населением, некоторые вузы — специалистов в службе занятости, по работе с семьей, молодежью, детьми, пожилыми людьми, в трудовых коллективах и т.д. Ряд вузов готовит специалистов в области медико-социальной помощи населению.

В подготовке специалистов по социальной работе участвует более тысячи преподавателей.

В их числе более 200 докторов наук и профессоров, примерно 550 кандидатов наук и доцентов, более 300 педагогов социально-гуманитарного профиля и специалистов-практиков различных социальных служб.

В стране создано несколько профессиональных объединений, в состав которых входят специалисты по социальной работе: Межрегиональная Ассоциация работников социальных служб, Ассоциация коллективов вузов и школ социальной работы, Ассоциация социальных работников и др.

С марта 1993 г. начал работу Совет учебно-методического объединения (УМО) вузов Российской Федерации в области социальной работы. Основными задачами УМО являются: координация деятельности педагогической общественности вузов и специалистов научно-исследовательских учреждений, формирование перспективных планов, подготовка учебников и учебных пособии, разработка Государственных стандартов в соответствии с Законом об образовании, обеспечение интеграции высшей школы в мировое академическое сообщество.

В момент его создания в УМО входили представители 42 вузов, научно-исследовательских и учебных центров, осуществляющих подготовку и переподготовку кадров по специальности «Социальная работа». Ныне число таких вузов и центров возросло до 70.

«Государственная система социальной помощи семье и детству» — основное программно-методическое обеспечение, на базе которого началась подготовка специалистов по социальной работе. Оно было осуществлено Временным научно-исследовательским коллективом (ВНИК), учрежденным в 1991 г. Министерством образования и Госкомитетом по делам семьи и демографической политики Российской Федерации. Этим научно-исследовательским коллективом были разработаны учебные планы по шести специализациям, а также более 100 учебных программ по различным дисциплинам.

Важное значение в подготовке кадров высшей квалификации имеют утвержденные в качестве Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования требования к обязательному минимуму содержания и уровню подготовки бакалавра, специалиста и магистра по направлению 521100 «Социальная работа». В соответствии с Государственным стандартом усилиями УМО, вузовских коллективов обновляются имеющиеся учебные программы, разрабатываются новые.

По проблемам теории и практики социальной работы за последние годы подготовлено большое количество учебных пособий, брошюр и статей. Особенно большой вклад в решение задачи обеспечения учебной литературой внесли Московский государственный социальный институт (МГСИ), Алтайский государственный университет» Институт молодежи и Пермский государственный университет.

Большую научно-исследовательскую работу развернул созданный в 1994 г. Институт социальной работы. В стране выпускается ряд периодических изданий по проблематике социальной работы, в том числе «Российский журнал социальной работы». Систематически проводятся научные и научно-практические конференции международного, всероссийского и межрегионального уровня.

В некоторых вузах открыта аспирантура по подготовке специалистов высшей квалификации.

Все это свидетельствует о том, что процесс становления социальной работы как науки и учебной дисциплины идет успешно. По существу создана целостная система подготовки и переподготовки специалистов в одной из актуальных областей человеческой деятельности — социальной сфере.

Однако имеется еще немало проблем, нерешенных вопросов. Чрезвычайно остро стоит проблема кадров. Вот только одна цифра: на 89 территориях России в социальной сфере трудится 117 980 человек (данные на начало 1995 г.). Многие из них получили узкоспециальное профессиональное образование (медики, педагоги, психологи, социологи и т.д.), но не имеют подготовки социального работника.

В МГСУ действуют курсы повышения квалификации для практических социальных работников. Но прием на них небольшой:

25 человек (нет общежития). Основная работа должна проводиться на местах. Поставлена задача создать в УМО по социальной работе секцию по проблемам повышения квалификации (обеспечение методическими материалами и т. п.). При МГСУ функционируют также курсы по переподготовке преподавателей социальной работы.

В числе актуальных проблем подготовки социальных работников отметим следующие:

1. Более тесная связь обучения выпускников с их будущей профессиональной деятельностью. Ведь специфика теории и методики социальной работы как научной и учебной дисциплины состоит в единстве знаний и умений. Без такого единства не может состояться социальный работник.

2 Подготовка социальных работников, предусматривающая получение общих знаний и умений и какой-то узкой специализации(специализаций) с учетом объектов и направлений социальной работы (скажем, организатор социальной защиты населения, юрист социальной службы, социальный педагог социальной службы, специалист по социальной работе с людьми пожилого возраста и т.д.). Сочетание универсальной (общей) и специальной профессиональной подготовки дает возможность социальным работникам более успешно решать свои проблемы на рынке труда.

3. Расширение географии подготовки социальных работников. Сейчас высшее образование получают в 40 субъектах Российской Федерации из 89. Конечно, эта задача может быть решена лишь со временем.

4. Обновление существующих программ, создание новых, подготовка учебников и учебных пособий по учебным дисциплинам, предусмотренным Государственным стандартом.

5. Конституирование социальной работы как новой дисциплины. Это позволит осуществлять подготовку социальных работников высшей квалификации, без чего успешное развитие этого актуального направления невозможно.

6. Получение, хранение и распространение социальной информации.

Необходимо решить проблему оформления социального и юридического статуса социальных работников, определить их права, гарантии деятельности, ввести данную специальность в штатное расписание всех служб и учреждений.

В сфере социальной защиты населения должность специалиста по социальной работе введена в штатное расписание девяти видов учреждений. В настоящее время в России действуют около 600 центров социального обслуживания, 115 центров социальной помощи семье и детям, 36 центров психолого-педагогической помощи населению и экстремальной психологической помощи по телефону, 132 социальных приюта для детей и подростков, 41 социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних, 8 центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей, 40 реабилитационных центров для детей и подростков с ограниченными возможностями, 35 учреждений для лиц без определенного места жительства и занятий и другие учреждения. В них трудятся несколько тысяч специалистов по социальной работе.

Теперь не только из теории, но и из практики стало ясно, что социальная работа — это многопрофильная деятельность. Поэтому подготовка специалистов в этой области базируется на целом комплексе дисциплин. Набор таких дисциплин в разных странах неодинаков, но в большинстве из них студенты в обязательном порядке изучают социологию, педагогику, психологию (включая ее различные подразделы), право, медицину, теорию управления. Кроме этих дисциплин, на факультете социальных технологий студенты изучают философию, экономическую теорию, историю, культурологию, политологию, основы деловой речи, социальную экологию и другие предметы, предусмотренные и не предусмотренные Государственным стандартом.

Некоторые из этих предметов (социология, психология и др.) изучаются студентами всех факультетов. И это вполне оправданно, так как подготовка специалистов в сфере быта и услуг — это составная часть социальной работы, понимаемой в широком смысле.

В этом плане поучителен опыт подготовки и открытия особого отделения в Институте техники сервиса. Ученые и преподаватели этого института обеспечивают подготовку радиоинженеров по сервисному обслуживанию бытовой радиоэлектронной аппаратуры, а

факультет социальных технологий готовит их как специалистов по социальной работе. Это нашло свое отражение в подготовке бакалавров — специалистов в области информационно-бытового сервиса.

По некоторым специальностям в других институтах академии (государственное и муниципальное управление) введен курс «Основы социальной работы».

Кафедра социологии и социальной работы, являясь выпускающей, активно участвовала в разработке проекта Госстандарта и учебного плана по направлению «Социально-культурный сервис и туризм». Заведующий кафедрой принимает непосредственное участие в работе УМО по образованию в области социальной работы в качестве члена президиума.

Кафедра возглавляет работу по координации учебных планов по социальной работе. Ведущие преподаватели факультета социальных технологий входят в методический совет по социальной работе.

В подготовке учебно-методических материалов участвуют и студенты. Так, многие плакаты и другие материалы по социологии, психологии и другим дисциплинам сделаны с помощью студентов.

Помимо традиционных форм обучения практикуются и другие более эффективные виды: конференции, собеседования, деловые игры, практические занятия и т.д. Многие студенты, сверх официально отведенных 6 недель на практику в конце учебного года, систематически работают совместно с социальными службами.

Эффективность учебного процесса повышается, если студенты включаются в научно-исследовательскую работу. Студенты участвуют в социологических исследованиях, подготавливают и проводят студенческие конференции. Тематика их докладов — основные направления социальной работы преимущественно с учетом практического опыта социальных служб г. Москвы, Пушкинского, Мытищинского, Чеховского, Калининградского и других районов Московской области.

С целью повышения качества образования, учета возможностей студентов в 1995/96 учебном году осуществлено деление 4-го курса на две подгруппы: тех, кто желает и может (по мнению преподавателей и самих студентов) обучаться 5 лет и получить диплом специалиста, и тех, кто заканчивает учебу по истечении 4 лет и получает диплом бакалавра.

Новые возможности в подготовке специалистов по социальной работе появляются в связи с открытием в октябре 1995 г. на кафедре аспирантуры. Уже сейчас на кафедре обучаются 8 соискателей и 13 аспирантов.

На базе трех кафедр (социологии и социальной работы, права и социального управления и философии) открыта магистратура. Причем подготовка магистров будет осуществляться не только в ГАСБУ, но и в Высшей католической школе г. Мюнхена, с которой заключено соглашение о совместной деятельности.

Подготовка социальных работников ведется не только всеми кафедрами факультета социальных технологий, но и кафедрами других институтов.

6 СЕМЕСТР

1. Раздел – Организация социально-медицинской работы в учреждениях планирования семьи

Работа службы планирования семьи. Социальные аспекты беременности в подростковом возрасте. Правовое обеспечение планирования семьи. Социальная обусловленность искусственного прерывания беременности Половое воспитание и сексуальное образование.

Планирование семьи - совокупность социально-экономических, право-вых, медицинских мероприятий, направленных на рождение желанных для семьи, здоровых детей, профилактику абортов, сохранения репродуктивного здоровья, достижения гармонии в браке.

В 1952 г. была создана Международная Федерация планирования семьи - МФПС, которая является крупнейшей неправительственной организацией, имеющей консультативный статус при экономическом и социальном совете ООН.

Планирование семьи, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), - это обеспечение контроля репродуктивной (детородной) функции для рождения только желанных детей; в соответствии с этим определением «планирование семьи» означает те виды деятельности, которые имеют целью помочь отдельным лицам или супружеским парам достичь определенных результатов: избежать нежелательной беременности, произвести на свет желанных детей, регулировать интервалы между беременностями, контролировать выбор времени деторождения в зависимости от возраста родителей и определять количество детей в семье.

Реализация права на планирование семьи на государственном уровне обеспечивается созданием специальной службы, необходимой для реализации этого права, предоставлением населению доступной и полной информации о всех аспектах планирования семьи, обеспечением соответствующей медицинской и социальной помощью, возможностью широкого использования контрацепции, формированием культуры сексуального и репродуктивно го поведения населения.

Решение проблем планирования семьи как проблем государственной важности в нашей стране было начато в 90-е годы, когда Указом президента Российской Федерации от 18.08.94г. №1696 была утверждена президентская программа «Дети России», в состав которой вошла федеральная целевая программа «Планирование семьи».

В настоящее время в России на федеральном, региональном и муниципальном уровнях сформирована структура службы планирования семьи (СПС).

На федеральном уровне координирующую роль в организации службы осуществляют Минздрав РФ, Республиканский центр планирования семьи и репродукции и Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. Для координации работы при МЗ РФ создан Координационный совет, утверждены положение о нем, состав экспертов, являющихся представителями различных министерств, ведомств и общественных организаций. Координационный совет решает вопросы распределения средств, выделяемых из федерального бюджета, осуществляет контроль за их целевым использованием обсуждает ход исполнения отдельных этапов мероприятий программ.

На федеральном уровне в реализации программы также участвуют и не государственные структуры: Российская ассоциация "Планирование семьи", Международный женский центр, Российское общество по контрацепции, другие научные общества и ассоциации, неправительственные организации, представительства фармацевтических компаний и их информационные центры.

На региональном уровне в целях координации деятельности различных ведомств, участвующих в реализации программы, при административных органах власти целесообразно создание межведомственных советов, которые могут функционировать как на общественной, так и на постоянной основе.

В состав межведомственного совета могут входить представитель органов исполнительной власти, главный акушер гинеколог, руководитель центров планирования семьи и репродукции, представители заинтересованных ведомств, организаций (в том числе Комитета по делам молодежи), общественных структур, средств массовой информации и др. Межведомственный

совет разрабатывает и представляет на утверждение администрации про грамму планирования семьи своей территории (республика, округ, край, область, город), осуществляет контроль и координацию выполнения программы, деятельности различных ведомств, использования финансовых средств.

На главного акушера-гинеколога, входящего в межведомственный совет, возлагаются организационно-методическая и контрольная функции по реализации программы планирования семьи в системе здравоохранения.

На региональном уровне в системе государственной СПС основная роль принадлежит центрам планирования семьи и репродукции (ЦПСиР), которые внесены в номенклатуру учреждений здравоохранения. Центры планирования семьи и репродукции создаются в целях развития службы планирования семьи, создания эффективной системы охраны репродуктивно го здоровья, совершенствования медико-социальной помощи подросткам и взрослому населению. ЦПСиР играет важную организационно-методическую роль в создании и развитии службы планирования семьи на конкретной территории.

Создание центров планирования семьи и репродукции рекомендуется осуществлять на базе консультаций «Брак и семья», профильных больниц, перинатальных центров и других ЛПУ. ЦПСиР может иметь самостоятельный юридический статус. Штатное расписание центров определяется органами управления здравоохранения, исходя из потребностей региона.

На региональном уровне создается сеть структур общественных организаций: филиалы Российской ассоциации "Планирование семьи" (являются соучредителями молодежных центров в некоторых регионах), Российского общества по контрацепции и т. п.

Цель деятельности специалиста по социальной работе в области планирования семьи – добиться того, чтобы каждый человек, пришедший к нему на прием, стал сознательнее относиться к своему репродуктивному поведению, чтобы беременность перестала быть случайностью и неожиданностью в жизни женщины, чтобы каждый ребенок был желанным в семье.

Обязанности специалиста по социальной работе в области планирования семьи следующие:

1) разработка совместно с врачом индивидуальных планов социальной реабилитации подростков после прерывания непланируемой беременности, оказание психологической помощи на разных этапах беременности, в послеродовом периоде;

2) формирование у подростков и других клиентов ответственности за ре продуктивное здоровье, социальное поведение и поведение партнера, разработка и организация мероприятий по их социальной защите и поддержке, их трудовому и бытовому устройству;

3) выявление лиц, испытывающих негативное воздействие социального окружения по месту жительства, учебы, работы, оказание им необходимой помощи, проведение с ними индивидуальной работы по сексуальному поведению и ответственности за планирование семьи;

4) оказание содействия детям и взрослым, нуждающимся в устройстве в лечебные учреждения по профилю планирования семьи, в получении материальной, социально-бытовой и иной помощи, потребность в ко торой связана с беременностью и рождением ребенка;

5) направление на консультации по вопросам планирования семьи, оказание психологической и социальной помощи молодым супругам, бес плодным семьям;

6) оказание помощи в трудоустройстве и заключении трудовых договоров о работе на дому беременным женщинам и женщинам, имеющим несовершеннолетних детей;

7) информирование о правах беременных женщин, льготах для беременных женщин и женщин, имеющих детей;

8) участие в защите интересов детей при усыновлении, организация общественной защиты несовершеннолетних, выступление в качестве общественного защитника в суде;

9) организация взаимодействия учреждения со средствами массовой ин формации и населением с целью формирования адекватного отношения к проблемам планирования семьи, охраны репродуктивного здоровья женщин, детей и подростков, профилактики заболеваний, передаваемых половым путем, сексуального образования подростков;

10) обеспечение взаимодействия различных государственных и общественных организаций по оказанию необходимой социальной помощи населению, связанной с планированием семьи;

11) организация учебы, проведение консультативной и организационно методической помощи работникам службы;

12) взаимодействие со специалистами системы образования, социальной защиты населения и других министерств и ведомств и др.

Специалист по социальной работе, работающий в системе планирования семьи, снимет с акушеров-гинекологов обязанность выполнять ряд не свойственных функций по оказанию социальной помощи и поддержке.

Деятельность специалиста социальной работы в службе планирования семьи должна способствовать развитию у клиентов следующих представлений и установок:

1. Репродуктивное здоровье представляет ценность не только для самого человека, но и для окружающих – оно играет роль в построении благополучных семейных отношений, оказывает огромное влияние на здоровье его детей.

2. Использование средств контрацепции должно стать нормой в половой жизни в те периоды, когда человек не намерен иметь детей.

Для достижения своей главной цели социальному работнику необходимо, прежде всего, поднять уровень знаний, информированности клиентов на более высокую ступень, что послужит условием формирования сознательного отношения клиента к своему репродуктивному здоровью.

Существуют различия в предмете и методах работы медицинского и социального работников.

Медицинские работники проводят диагностику состояния здоровья, с помощью лечебных манипуляций подготавливают организм женщины к применению того или иного средства контрацепции.

Социальные работники обращается к сознанию клиента. Он побуждает клиента задуматься о своем здоровье и предпринять конкретные шаги по его улучшению; осознать значимость собственных поступков, совершаемых сегодня для дальнейшей жизни; способствует пробуждению чувства собственного достоинства, любви и уважения к себе, что, в конечном счете, является необходимым условием для правильного репродуктивного поведения

Основным методом социально-медицинской работы в службе планирования семьи является консультирование.

Социальное консультирование – квалифицированный совет, помощь лицам, испытывающим различные проблемы, с целью их социализации, восстановления и оптимизации их социальных функций, выработки социальных норм общения.

Стоит отметить, что в службе планирования семьи консультирование проходит по четырем основным направлениям:

1) консультирование по вопросам контрацепции;

2) психологическая подготовка беременных женщин к рождению ребенка и сознательному родительству (используется преимущественно групповая работа), а также психологическая подготовка будущих отцов к рождению ребенка;

3) индивидуальное консультирование по вопросам преодоления супружеских конфликтов;

4) социально-правовое консультирование по правам матерей и беременных женщин, закрепленных российским законодательством.

Консультирование по вопросам контрацепции – это процесс двустороннего общения между специалистом и клиентом в решении проблем планирования семьи.

Специалист по социальной работе в процессе консультирования помогает:

- в выборе подходящего метода планирования семьи;
- в принятии решения о применении наиболее благоприятного для него средства контрацепции;
- в снятии всех вопросов о том, как пользоваться данным методом контрацепции.

Указанное социальное консультирование состоит из 6 этапов:

На первом этапе важно внимательно выслушать клиента, создать атмосферу доверия, дать клиенту понять, что все, сказанное им, останется только между ним и специалистом.

Цель второго этапа – получить наиболее полную информацию о клиенте. С этой целью во

многих консультационных центрах используются «Карточки клиентов». Сюда входят возраст, семейное положение, основные медицинские сведения о здоровье, число беременностей, число родившихся детей, методы контрацепции, которыми женщина пользовалась ранее и пользуется теперь.

Далее желательно выяснить: сколько всего детей она и ее супруг хотят иметь, что она знает о контрацепции и что ее интересует, осознанно ли она относится к планированию своей семьи, предполагает ли какие-то конкретные, желаемые сроки беременности.

3.Выполнение третьего этапа консультирования потребует от специалиста специальных знаний в области контрацепции. Клиент должен узнать от специалиста обо всех методах планирования семьи. В беседе необходимо отметить, в чем состоит суть метода, как достигается противозачаточный эффект, каковы основные преимущества и недостатки выбранного метода, а также возможные побочные явления.

Четвертый этап – это этап выбора метода контрацепции. Беседу необходимо построить так, чтобы клиент сам сделал осознанный правильный выбор. Необходимо помочь клиенту в выборе метода контрацепции, который лучше всего соответствует, с одной стороны, желанию женщины, а с другой – отвечает ее семейным планам.

5. На пятом этапе в обязанности специалиста входит объяснение клиенту, как пользоваться выбранным методом контрацепции. Это предусматривает:

- дать клиенту исчерпывающую информацию о правилах, позволяющих исключить случайный риск;
- убедиться, что все сказанное специалистом понято правильно (для этого необходимо уточнить некоторые детали беседы);
- назначить время для следующей встречи;
- объяснить клиенту, что он может прийти раньше назначенного срока, если появятся какие-то сомнения по поводу сделанного выбора или если возникнет желание встретиться со специалистом дополнительно.

6. Последний шестой этап служит для закрепления контактов с клиентом. Нужно убедить клиента обязательно прийти на следующую встречу, объяснив, что это нужно, прежде всего, самому клиенту. Специалисту необходимо показать, что он будет рад вновь встретиться с клиентом и ответить на интересующие вопросы. При повторной встрече специалист должен откровенно поговорить с клиентом о применяемом средстве контрацепции, ответить на возникшие вопросы

Важно отметить, что клиент при консультировании в центре планирования семьи – не только женщина, как это принято зачастую считать, но и мужчина. Вовлекаясь в процесс обсуждения контрацепции и будущей беременности, мужчина чувствует большую ответственность в происходящем. Так в Британии родилось такое направление социальной работы как «Think Father» – «Думай, отец», направленный на воспитание ответственного отца, полностью вовлеченного в процесс воспитания детей и заботы о них.

Консультирование с целью психологической подготовки беременных женщин к рождению ребенка

Перинатальной медицине и перинатальной психологии уже многое известно о связи между эмоциональным содержанием ожидания ребенка и его последующим развитием и обучением.

Позитивные материнские эмоции благотворно влияют на развитие не только сенсорики, но и предпосылок психического и физического здоровья, внутриутробного самосознания, отношения к окружающему миру, формирование сугубо человеческих качеств.

Беременность – это не только вынашивание плода, но и процесс становления системы взаимоотношений, связывающих ребенка с матерью, а через нее – с культурным сообществом людей, и, вместе с тем, процесс возникновения предпосылок внутреннего мира ребенка.

На сегодняшний день назрел вопрос об организации психосоциальной подготовки беременных женщин к рождению ребенка и сознательному родительству.

Основной метод работы – работа с группой. В ходе работы женщина приобретает навыки поведения во время родовой деятельности, по уходу за ребенком после его появления на свет и

необходимые знания по правильному грудному вскармливанию.

Кроме того, такие программы предусматривают и работу с будущими отцами, так как здоровье женщины во время беременности, ее готовность к родам подвергаются положительному или отрицательному влиянию, гармонии или разладу, которые царят в доме.

Социально-правовое консультирование по правам матерей и беременных женщин, закрепленных законодательством РФ

В соответствии со статьей 23 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан государство обеспечивает беременным женщинам право на работу в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья.

Каждая женщина в период беременности, во время и после родов обеспечивается специализированной медицинской помощью в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (Статья 23 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1).

Женщины во время беременности и в связи с рождением ребенка, а также во время ухода за больными детьми в возрасте до 15 лет имеют право на получение пособия и оплачиваемого отпуска в установленном законом порядке.

Для женщин, вставших на медицинский учет на ранних сроках беременности (до 12 недель) предусмотрено дополнительные единовременные выплаты в размере 543,67 руб.

Размер пособия по беременности и родам в 2015 году для работающих женщин не может быть больше 228 602,74 руб. при отпуске 140 дней (254 728,77 руб. при 156 и 316 778,08 руб. при 194 днях больничного).

Жена военнослужащего, проходящего службу по призыву, после наступления 180-ти дневного срока беременности, получает право на единовременное пособие, размер которого в 2015 году составляет - 22 958,78 руб.

Женщины, попавшие под сокращение и вставшие в установленном порядке на учет в Центре занятости, также имеют право на получение пособия по беременности и родам, но выплачивается оно в 2015 году в размере 543,67 руб. в расчете на месяц региональными Управлениями соцзащиты, что соответствует:

2 536,8 руб. — при обычных родах (140 дней больничного);

2 826,72 руб. — при осложненных родах (156 дней больничного);

3 515,28 руб. — при многоплодной беременности (194 дня).

Кроме этого, женщины, которые учатся по очной форме обучения в профессионально-технических учебных заведениях, а также получают высшее образование, имеют право ежемесячно получать выплаты по беременности и родам в учебном учреждении. Декретные пособия устанавливаются по месту обучения и выплачиваются в размере стипендии.

Женщинам безработным и женщины, обучающиеся по очной форме обучения полагается:

- единовременное пособие при рождении ребенка в фиксированном размере (14497,80 руб. в 2015 году);

- пособие по уходу за ребенком в минимальном установленном раз-мере (в 2015 году соответственно 2718,35 руб. на первого ребенка и 5436,67 руб. — на второго и последующих).

При усыновлении ребенка (детей) в возрасте до трех месяцев пособие по беременности и родам выплачивается со дня его усыновления и до истечения 70 (в случае одновременного усыновления двух и более детей – 110) календарных дней со дня рождения ребенка (детей).

В случае, если в период нахождения матери в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет у нее наступает отпуск по беременности и родам, она имеет право выбора одного из двух видов пособий, выплачиваемых в периоды соответствующих отпусков. Например, у матери растѐт годовалый сын и она получает пособие по уходу за ребенком, в момент наступления отпуска по беременности у неѐ есть право выбора только одного из двух видов пособий, которые будут выплачиваться в периоды соответствующих отпусков.

Государство гарантирует беременным женщинам, кормящим матерям, а также детям в возрасте до трех лет полноценное питание, в том числе в случае необходимости обеспечения их

продуктами через специальные пункты питания и магазины по заключению врачей в соответствии с порядком, устанавливаемым Правительством РФ, правительствами республик в составе Российской Федерации.

Запрещения и ограничения применения труда женщин на отдельных видах работ.

1) запрещается применение труда женщин на тяжелых работах и на работах с вредными условиями труда, а также на подземных работах, кроме некоторых подземных работ (нефизических работ или работ по санитарному и бытовому обслуживанию) – (статья 160 КЗоТ РФ);

2) запрещается переноска и передвижение женщинами тяжестей, превы-шающих установленные для них нормы (статья 160 КЗоТ РФ). (единожды 10 кг или 7 кг в течение всей смены);

3) привлечение женщин к работам в ночное время не допускается, за исключением тех отраслей ночного хозяйства, где это вызывается особой необходимостью и разрешается в качестве временной меры (статья 161 КЗоТ РФ).

Беременные женщины не допускаются к работе в ночное время (ночным считается время с 10 часов вечера до 6 часов утра) (статья 48 КЗоТ РФ).

По просьбе беременной женщины администрация обязана установить ей неполный рабочий день или неполную рабочую неделю. Оплата труда в этих случаях производится пропорционально отработанному времени или в зависимости от выработки. Работа на условиях неполного рабочего времени не влечет для работницы каких-либо ограничений продолжительности ежегодного отпуска, не влияет на исчисление трудового стажа и другие трудовые права (статья 49 КЗоТ РФ).

В соответствии со статьей 162 КЗоТ РФ не допускается привлечение к работам в ночное время, к сверхурочным работам и работам в выходные дни и направление в командировку беременных женщин и женщин, имеющих детей в возрасте до трех лет.

До решения вопроса о предоставлении беременной женщине в соответствии с медицинским заключением другой, более легкой и исключающей воздействие неблагоприятных производственных факторов работы она подлежит освобождению от работы с сохранением среднего заработка за все пропущенные вследствие этого рабочие дни за счет предприятия, учреждения, организации.

В соответствии со статьей 164 КЗоТ РФ женщины, имеющие детей в возрасте до полутора лет, в случае невозможности выполнения прежней работы, переводятся на другую работу с сохранением среднего заработка по прежней работе до достижения ребенком возраста полутора лет.

Согласно части 1 статьи КЗоТ РФ запрещено отказывать женщинам в приеме на работу и снижать им заработную плату по мотивам, связанным с беременностью или наличием детей. При отказе в приеме на работу беременной женщине или женщине, имеющей ребенка в возрасте до 14 лет (ребенка-инвалида до 16 лет), администрация обязана сообщить ей причины отказа в письменной форме. Отказ в приеме на работу указанным категориям женщин может быть обжалован ими в суд.

Кроме этого необходимо также напомнить, что отказ в приеме на ра-боту или увольнение с работы женщины по мотивам ее беременности, а равно отказ в приеме на работу или увольнение с работы матери, имеющей детей в возрасте от трех лет, по этим мотивам преследуется в уголовном порядке (статья 145 УК РФ).

Регулирование вопросов медицинского обследования в рабочее время в связи с беременностью.

В соответствии с Федеральным Законом Российской Федерации от 24.11.1996 года № 131-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Кодекс законов о труде Российской Федерации» в КЗоТ РФ внесена статья 170.1 «Гарантии при прохождении обязательного диспансерного обследования беременным женщинам» следующего содержания: при прохождении обязательного диспансерного обследования в медицинском учреждении за беременными женщинами сохраняется средний заработок по месту работы. Указанный закон вступил в силу с 01.01.1997 года.

Индивидуальное консультирование по вопросам преодоления супружеских конфликтов.

Различают три основных пути развития и преодоления семейных конфликтов:

Во-первых, обострение конфликтной ситуации, ее деструктивная динамика, приводящая к разрушению брака.

Во-вторых, перманентное, текущее состояние семейного конфликта.

В-третьих, успешное, конструктивное преодоление конфликтной ситуации - стратегия «выигрыш/выигрыш» как полностью этичная и одновременно эффективная.

Наиболее часто встречающимися способами конфликтного поведения в системе семейных отношений выступают:

1. Противоборство (конфронтация) характеризуется достаточно высоким уровнем соперничества и низким уровнем сотрудничества в семье. Данный вариант выхода из конфликтной ситуации характеризуется нежеланием супругов принимать во внимание позицию каждого из них. Такая ситуация ведет к накоплению раздражения, личным оскорблениям, угрозам, а иногда и к рукоприкладству.

2. Компромисс характеризуется средним уровнем сотрудничества и соперничества в семейных отношениях. Это достаточно шаткое равновесие, которое постоянно нарушается.

3. Уклонение (избегание) - низкий уровень сотрудничества и низкий уровень соперничества, проблемы семейной жизни не разрешаются, а накапливаются, что значительно усложняет их разрешение. В целом такой прием нельзя признать правильным, так как развязка лишь оттягивается, а конфликт остается, однако появляется время для обдумывания возникшей ситуации, причин разногласий и окончательного принятия решения.

4. Приспособление - достаточно высокий уровень сотрудничества, но в то же время достаточно низкий уровень соперничества, односторонние уступки долго продолжаться не могут. Данный исход конфликта характеризуется волевым навязыванием такого выхода из конфликтной ситуации, которое устраивает лишь одного из членов семьи (очень часто инициатора конфликта) и приспособлением другого. Такой авторитарный прием имеет самые неблагоприятные последствия: ущемляются права одного из партнеров его достоинство, достигается внешнее благополучие, а на самом деле в любой момент может наступить кризис.

В свою очередь при разрешении семейных конфликтов необходимо стремиться к реализации схемы «выигрыш-выигрыш». В семейных отношениях не должно быть проигравших сторон.

Х. Корнелиус и Ш. Фэйр определили 4 последовательных шага по реализации этой схемы при разрешении семейных конфликтов:

1-й шаг - установить, какая потребность стоит за желаниями другой стороны;

2-й шаг - узнать, в чем разногласия компенсируют друг друга;

3-й шаг - разработать новые варианты решений, наиболее удовлетворяюшие потребности каждого;

4-й шаг - сделать это вместе, явно показывая, что конфликтующие - партнеры, а не противники.

Тактика разрешения семейного конфликта, как правило, предполагает:

- поддержание чувства личного достоинства. В старых русских интеллигентных семьях существовал обычай: при ссорах и конфликтах супруги переходили от родственного «ты» к холодно официальному «вы». Такой переход позволял сохранять чувство собственного достоинства и не унижал достоинства другого человека;

- постоянную демонстрацию взаимного уважения и признательности;

- стремление вызвать подъем, энтузиазм у другого супруга, сдерживание в себе проявлений раздражительности, злобы, гнева;

- не акцентировать внимания на ошибках и просчетах своего партнера;

- не упрекать прошлым вообще, в том числе в совершенных ошибках;

- снятие или торможение нарастающего психического напряжения различными приемами;

- разрешение назревающего конфликта отвлечением на другие безопасные темы, переключение внимания на другие менее конфликтные проблемы;

- гасить в себе подозрения в неверности партнера, его измене, сдерживать себя от самообвинений, ревности, мнительности;

- понимание того, что в брачной и семейной жизни в целом необходимы огромное терпение, снисходительность, доброжелательность, внимание и другие положительные качества.

В психологии семейных отношений оформились несложные практические принципы разрешения семейных конфликтов:

- не ворчать по поводу и без причины;

- не пытаться с ходу перевоспитать других, поскольку любой человек имеет право отстаивать свою индивидуальность;

- не увлекаться критикой друг друга;

- искренне восхищаться достойными качествами своего партнера, ребенка;

- уделять близким, родным и вообще окружающим людям постоянное внимание;

- быть предельно вежливым к другому с правом ожидания вежливости от него.

Выделяют следующие виды психологической помощи при разрешении семейных конфликтов:

1. Самопомощь;
2. Совместная семейная помощь;
3. Специализированная помощь семье.

Самопомощь - это оказание помощи любым взрослым членом семьи (мужем, женой, ребенком в юношеском и старшем возрасте) самому себе психологическими методами и средствами в целях достижения психического здоровья, собственной личной зрелости и благополучных гармоничных отношений в семье.

Совместная семейная помощь рассматривается как вид психологической помощи, в процессе которой взаимно с супругом (-ой) происходит преодоление семейных проблем с применением доступных, понятных обоим психологических форм и методов с соблюдением необходимых правил зрелой семейной жизни.

Специализированная психологическая помощь - это помощь одному члену семьи или семье в целом специалистами — семейным психологом, психотерапевтом, психиатром, психологом, прошедшими специальную подготовку в области семейной психологии, психотерапии и др.

Значительную помощь молодоженам могут оказать семейные советы - оригинальная форма группового руководства семейными делами, включая детей и других родственников, проживающих совместно с нуклеарной семьей.

Это определенная система планирования различных вопросов жизнедеятельности семьи и преодоления семейных проблем в открытом всестороннем общнении, сопоставлении позиций всех членов семейной системы.

Алгоритм достижения договоренности между супругами, другими членами семьи на семейном совете включает в себя:

- выносится тема;

- договариваются о сроках;

- обязательно подводят итоги;

- ставят достижимые цели, обсуждают их со всеми представителями системы.

Может использоваться и такая форма взаимопомощи, как совместное обсуждение супругами специальной литературы (научной, научно-популярной, художественной) по психологии семьи, сексологии, семейной конфликтологии, любви, и повышение общей культуры супругов и детей, их представлений о красоте, доброте, гармонии, межличностных отношениях.

В крайнем случае, может быть использована методика «искусственного развода».

Она предусматривает сознательное разъединение, расхождение на определенное время в общении, проживании, в проведении свободного времени, в том числе за счет организации альтернативного отдыха вне семьи. Это создает предпосылки для осознания сложившейся семейной ситуации, семейной проблемы, истинного отношения супругов, детей друг к другу.

Аналогична ей методика «конструктивных ссор». Ее авторы – психологи Ян Готлиб и Кэтрин Колби предлагают ссориться конструктивно. В этом случае нет необходимости:

- извиняться раньше времени;
- уклоняться от спора, заниматься саботажем или индуцировать молчание;
- использовать знание интимной сферы партнера для издевательств;
- притягивать вопросы, не имеющие отношения к делу;
- симулировать согласие, развивая обиду;
- объяснять другому его чувства;
- нападать опосредованно, критикуя кого-либо или что-то, представляющее ценность для партнера;
- «подкапываться» под другого, угрожая бедой, усиливать его мнительность, неуверенность.

Осуществление данной методики предполагает соблюдение следующих основных условий:
- ссориться наедине, без детей;
- ясно формулировать семейную проблему и уметь повторить аргументы партнера по-своему;
- раскрывать свои позитивные и негативные чувства;
- с готовностью и вниманием выслушивать отзывы о своем поведении;
- выяснять сходства и различия друг друга и то, что наиболее значимо для каждого партнера в семье;
- задавать вопросы, помогающие партнеру подбирать необходимые слова для выражения собственных интересов;
- ждать, пока спонтанные эмоции утихнут сами собой;
- выдвигать положительные предложения по взаимному «изменению».

Особого внимания вследствие опасности для семейных отношений заслуживает конфликт, обусловленный изменой одного из супругов.

В целях сохранения супружеской жизни в случае измены и предотвращения распада семьи следует поступать в соответствии с «6-шаговой» методикой У. Харли.

Шаг 1. Прежде всего, задать себе вопрос: «Хочу ли я сохранить брак?». Выдержать семейную бурю, не поддаваться искушению обвинить во всем другую сторону, принять тезис о том, ЧТО не один только изменивший супруг во всем виноват.

Шаг 2. Не откладывайте решение проблем на будущее если вы узнали об измене. В случае желания снова соединиться необходимо предпринять определенные действия. Например, жене занять более твердую, независимую позицию, возможно отделится на время от мужа до того момента, пока супруги не разрешал конфликтную ситуацию. Главное - на определенный период продемонстрировать изменившему супругу непримиримость к измене.

Шаг 3. Найти хорошего семейного консультанта специалиста по семейным проблемам. Скорее всего, вы не сможете самостоятельно покончить с изменой и быстро разрешить ситуацию, нужны объяснения арбитра-специалиста.

Шаг 4. Супругам предпринять искренние усилия по изменению своего поведения к лучшему.

Шаг 5. Надо осознавать, что восстановление отношении будет нелегким и потребует больших душевных усилий. Это долгий и трудный процесс. Примечательно, что, например, после возвращения изменившей жены в семью бывший любовник может не искушать ее, если муж удовлетворяет ее потребности.

Шаг 6. Брак и любовь могут станут крепче, если супруги 6удут полностью контролировать себя, свои последующие действия.

Особого внимания заслуживают проблемы, возникающие в так называемых «смешанных» семьях, т.е. возникших в результате повторного брака одного или обоих супругов. Психологи Ж. Лафас, Д. Сова в целях снижения уровня конфликтности рекомендуют следующие правила совместного проживания таких семей:

1. Осознайте, что повторный брак не способен функционировать так, как первичная семья.

2. Помните, что бывших родителей не существует, а есть всегда только бывшие супруги (в случае наличия в первом браке детей).

3. Осознайте тот реальный факт, что воспитываемые вами дети - не ваши и воспринимать вас как своего родителя они не могут.

4. Будьте готовы к конфликту из-за противоречий между вашей сексуальной и родительской привязанностями.

5. Примите во внимание, что отдавать все душевные и физические силы только родительским обязанностям - не лучший способ решения семейных проблем.

6. Считайте, что обязанности по выработке правил, норм поведения в семье лежат на обоих партнерах.

7. Желательно для каждого члена семьи, включая детей, определить его обязанности и меру ответственности за семейную жизнь.

8. Вы должны признать на самом раннем этапе ваших супружеских отношений возможность возникновения конфликта на основе сложившейся верности ребенка отсутствующему родителю.

9. Сохраняйте в себе чувство юмора и почаще пользуйтесь им в новой семье.

Итак, семейно-психологическое просвещение означает двусторонний процесс, входе которого достигается: распространение специалистами знаний и достижение ясности, успокоенности в мыслях, сознании и чувствах членов семей в области семейной психологии, семейных проблем; обеспечение влияния этих феноменов на психическое здоровье; использование психологических методов преодоления личностных и семейных трудностей.

Таким образом, служба планирования семьи, соединяя в себе социальные и медицинские услуги в единое целое, обеспечивает, таким образом, наиболее значимую для клиента форму обслуживания.

Аборты – одна из главных причин низкой рождаемости и отрицательного естественного прироста населения. Значительное количество абортов в нашей стране связано, прежде всего, с экономической ситуацией

Абортом определяют изгнание плода прежде, чем он достигает жизнеспособности. Из-за различных критериев определения жизнеспособности в разных странах, Всемирная организация здравоохранения рекомендовала принять, что плод считается жизнеспособным, когда срок беременности достиг 22 и более недель, или когда плод весит 500 гр. и более.

По уровню абортов РФ много лет устойчиво занимает лидирующее положение в мире. Число абортов на 100 родов в нашей стране составляет более 200, численность абортов на 1000 женщин фертильного возраста – около 35. Данная ситуация важна с позиций понимания социально-медицинской работы в ее решении.

Основными причинами высокого уровня искусственных абортов в стране являются: сложившийся исторически стереотип отсутствия должного полового самосохранительного поведения в популяции в целом, слаборазвитая система планирования семьи, отсутствие программ полового воспитания и сексуального образования и т.д.

Искусственный аборт косвенным образом (за счет увеличения уровней вторичного бесплодия и выкидышей) влияет на рождаемость.

В большинстве стран мира аборты разрешены законом. Лишь для 25,0% женщин мира производство легального аборта недоступно. В законодательстве СССР (РФ) по вопросам легализации аборта можно выделить три этапа:

I этап (1920-1936 гг.) – легализация аборта;

II этап (1936-1955 гг.) – запрещение аборта;

III этап (с 1955г. по настоящее время) – разрешение аборта.

В настоящее время в России любая женщина может произвести аборт при сроке беременности до 12 недель. Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям проводится с согласия женщины независимо от срока беременности. Перечень медицинских показаний определен Приказом МЗ РФ №302 от 12.12.93 г. Медицинские показания к прерыванию беременности устанавливаются комиссией в составе врача акушера гинеколога, врача той специальности, к области которой относится за болевание беременной, и руководителя

учреждения (отделения) здраво охранения.

В соответствии с Приказом МЗ РФ от 11.08.03г, искусственное прерывание беременности в срок до 22 недель беременности с согласия женщины может быть произведено по социальным показаниям:

1. наличие инвалидности I-II группы у мужа или смерть мужа во время беременности;
2. пребывание женщины в местах лишения свободы;
3. наличие решения суда о лишении или ограничении родительских прав;
4. беременность в результате изнасилования.

14 февраля 2012 г. Минздравсоцразвития сократило перечень социальных показаний для бесплатных абортов, оставив возможным лишь прерывание беременности, наступившей после изнасилования.

В Минздравсоцразвитии считают, что прерывание беременности на поздних сроках необходимо проводить только при наличии медицинских показаний либо при изнасиловании, поскольку операция может сопровождаться рядом осложнений.

В свете выше сказанного задачей медицинских, социальных работников является формирование контрацептивного поведения населения, о котором сегодня говорит все большее количество исследователей.

Работа по формированию контрацептивного поведения женщин репродуктивного возраста осуществляется в рамках Российской федеральной программы «Планирование семьи», которая в первую очередь и рассчитана на уменьшение числа абортов, предупреждение нежелательной беременности, сохранение здоровья супругов.

В рамках федеральной программы «Планирование семьи» в России создана развитая сеть учреждений и информационных службу для населения по вопросам охраны репродуктивного здоровья, которая оснащена необходимой медицинской техникой и аппаратурой.

В реализации федеральной программы наряду с государственными организациями и учреждениями участвуют также и общественные организации, в том числе Российская ассоциация «Планирование семьи» (РАПС), созданная в 1991 г. при поддержке Правительства Российской Федерации.

В рамках программы «Планирование семьи» РАПС осуществляет информационное обеспечение деятельности по проблеме, издавая литературу для специалистов и населения, одобренную Министерством здравоохранения России и ведущими специалистами в этой области. При подготовке этой литературы используется накопленный отечественный и международный опыт в области планирования семьи.

Программа «Планирование семьи» является первой попыткой защиты на государственном уровне детей и подростков от вредного воздействия социальной среди, особенно от того неуправляемого потока бульварной печатной продукции, которая обрушилась на не оформившуюся психику детей и подростков.

Несомненно, половое воспитание в школе должно вестись умело и деликатно квалифицированными специалистами педагогами с учетом мнения родителей. Только на нравственное, гигиеническое и половое воспитание можно рассчитывать, заботясь об уменьшении сексуальных инфекций, СПИДа, эпидемии абортов.

Можно обсуждать различные аспекты полового воспитания, необходимо учитывать культурную практику и традиции народа, но нельзя отмахиваться от проблемы и отказываться от ее конкретного решения.

К сожалению, вместо того чтобы искать пути конструктивного сотрудничества, некоторые представители религиозных организаций, и, как это ни парадоксально, средств массовой информации пытаются активно искать врагов среди педагогов и медиков, которые сегодня являются защитниками интересов и здоровья детей.

Абсолютно необоснованными и даже вредными являются указания на якобы имеющий место риск онкологических заболеваний в результате применения гормональных контрацептивов. Более чем 30-летний опыт широкого применения во всем мире этих средств контрацепции показал, что они снижают риск таких заболеваний.

Не выдерживают критики и высказывания авторов публикаций о нецелесообразности затрачивать государственные средства на реализацию программы «Планирование семьи». Предотвращенный ущерб здоровью населения, ставший возможным в результате внедрения программы планирования семьи (уменьшение числа абортов и связанных с этим расходов на их проведение и лечение осложнений), намного превышает вложенные затраты.

И это подтверждают многочисленные экономические расчеты отечественных и зарубежных специалистов — вложенные в планирование семьи средства дают экономию в среднем 1:200, что позволит решать другие важнейшие проблемы здравоохранения.

При организации социально-медицинской работы по формированию контрацептивного поведения женщин репродуктивного возраста в рамках программы планирования семьи, специалист по социальной работе взаимодействует со специалистами таких организаций и учреждений как:

- органы социальной защиты населения;
- судебные органы;
- центры занятости населения;
- центры социального здоровья семьи;
- благотворительные фонды;
- предприятия;
- средние профессиональные учебные заведения;
- средние учебные заведения;
- детские дошкольные учреждения;
- детские консультации;
- родильные дома;
- женские консультации и пр.

В рамках социально-медицинской работы во время диспансерного наблюдения по поводу беременности, в программу занятий по подготовке к родам, включены беседы о методах контрацепции с целью подбора метода и выработки мотивации к его использованию.

После проведенных занятий и бесед в индивидуальной карте беременной, а также в обменной карте делается пометка о выбранном методе. В послеродовом отделении, при наличии возможности и отсутствии противопоказаний у рожениц, осуществляется контрацепция в соответствии с существующими рекомендациями (медицинская стерилизация, инъекционные контрацептивы, имплантаты, ВМС, оральные контрацептивы, барьерные методы и др.).

При выписке из родильного дома в корешке обменной карты делается отметка о проведенной или запланированной после выписки контрацепции.

При передаче информации из родильного дома в женскую консультацию с целью обеспечения преемственности по телефону сообщается аналогичная информация, учитываемая при патронаже на дому врачами акушером гинекологом и педиатром, а также средними медицинскими работниками.

Необходимо отметить, что успешно себя зарекомендовал опыт введения в практику проведение индивидуальных бесед с женщинами по поводу применения средств контрацепции после аборта. В этих целях специалист, направляющий женщину на прерывание беременности, делает отметку в выданном в учреждении направлении о про веденной беседе и о том методе, который выбрала женщина (с учетом противопоказаний). Указанные сведения также заносят в карту прерывания беременности.

В соответствии с существующим положением, при наличии условий и подготовленных специалистов, возможно проведение медицинской стерилизации сразу после операции прерывания беременности. Необходимо предусмотреть обеспечение преемственности в наблюдении за женщиной, использующей контрацепцию после аборта, и проведение ей в последующем реабилитационных мероприятий.

Таким образом, планирование семьи является одной из важнейших направлений социально-медицинской работы, реализуемых в современной России. Решение этой проблемы направлено на охрану здоровья населения и прежде всего репродуктивного; создание условий для рождения

только здоровых и желанных детей и тем самым — сохранение генофонда нации. Проблема планирования семьи касается каждого гражданина нашей страны и относится к разряду проблем, обеспечивающих национальную безопасность страны, так как связана со здоровьем будущего поколения.

2 Раздел - Социально-медицинская работа в педиатрии

Социально-медицинская работа в неонатологии и перинатологии. Средства воспитания плода. Интерперсональный подход к становлению психобиологической системы «мать-ребѐнок». Социальная поддержка и медицинская помощь детям и подросткам.

Благодаря ученым, современное общество имеет возможность получить те знания, которые помогут понять, что многие черты характера будущего человека формируются в процессе внутриутробного периода, ибо новорожденный к моменту своего появления на свет уже прожил девять месяцев, которые в значительной степени определяют направления его дальнейшего развития. Способность к добру и сопереживанию, чувство любви или неприязни, спокойствие или агрессивность, как и многие другие свойства личности, воспитываются в человеке с момента его зачатия.

Мать - это первая земная вселенная ребенка, поэтому все, через что она прошла за свою жизнь и проходит в период беременности, испытывает и плод. Чувства и эмоции матери передаются ему, оказывая либо положительное, либо отрицательное влияние на формирование его психики и характера.

Организм будущего ребенка строится из материалов, которые поставляются ему из организма матери, следовательно, образ ее жизни, культура питания, отсутствие или наличие вредных привычек закладывают основу здоровья плода.

Именно неправильное поведение матери, ее чрезмерные эмоциональные реакции на стрессовые факторы, которыми насыщена наша тяжелая и напряженная жизнь, служат причиной огромного числа таких послеродовых заболеваний, как неврозы, тревожные состояния, многочисленные аллергические заболевания, отставание в умственном развитии и многие другие патологические состояния.

Мать и ребенок в идеале - это единое сознание, единая энергетическая система, которая формируется во время беременности, а роды - это завершение процесса взаимного развития матери и ребенка. Если эта система сформировалась неправильно, то между матерью и ребенком после родов не буде согласия и взаимопонимания.

Здесь некоторые могут усмотреть неразрешимость ситуации: действительно, можно ли избавить мать и дитя от влияния исковерканной окружающей среды, социальных и экономических потрясений, общественных эмоций, пожирающих душу и тело? Однако следует подчеркнуть, что все трудности вполне преодолимы. Но возможно это лишь в том случае, если будущая мать осознает, что только она служит ребенку средством абсолютной защиты, для которой неисчерпаемую энергию дает ее любовь.

Совсем немаловажная роль принадлежит и отцу. Отношение к жене, ее беременности и, конечно, к ожидаемому ребенку - один из главных факторов, формирующих у будущего ребенка ощущения счастья и силы, которые передаются ему через уверенную в себе и спокойную мать.

Несмотря на занятость, родители всегда могут найти время для "свидания" со своим будущим ребенком и для разговора с ним. Именно в этот момент они могут рассказать ему о том, с каким нетерпением ждут они его появления на свет и каким здоровым и сильным они хотят его видеть. Природа отблагодарит родителей за их сознательные усилия, и одной из форм этой благодарности будет здоровый и крепкий малыш.

Часто отмечаются взаимосвязи между определенными событиями, происходившими во время беременности, или самочувствием матери в этот период и какими-то отклонениями, чем-то необычным, по их собственному мнению, в характере или поведении ребенка.

Результаты исследований, проведенных в последнее десятилетие учеными различных специальностей, подтверждают наличие этой взаимосвязи и указывают на ее важность.

После рождения ребенка процесс его воспитания характеризуется тремя

последовательными этапами: впитывание информации, подражание и личный опыт. В период внутриутробного развития опыт и, вероятно, подражание отсутствуют. Что касается впитывания информации, то оно максимально и протекает на клеточном уровне. Ни в один из моментов своей дальнейшей жизни человек не развивается столь интенсивно, как в пренатальном периоде, начиная с клетки и превращаясь всего через несколько месяцев в совершенное существо, обладающее удивительными способностями и неугасимым стремлением к знанию.

Нельзя отрицать важность воспитания ребенка, особенно в первые годы жизни, равно как и эффективность самовоспитания, когда взрослый человек берет на себя ответственность за собственное развитие путем упорной борьбы над собой. Однако ученые уверенно заявляют, что ни первое, ни второе не оказывают того фундаментального воздействия, которое присуще пренатальному воспитанию. А ведь новорожденный уже прожил девять месяцев, которые в значительной степени сформировали базу для его дальнейшего развития. Пренатальное воспитание несет в своей основе мысль о предоставлении внутриутробному плоду самых лучших материалов и условий. Это должно стать частью естественного процесса развития всего потенциала, всех способностей, изначально заложенных в яйцеклетке.

Часто задают вопрос: для кого важнее процесс воспитания - для матери или для ребенка? Ответ прост: он важен для обоих. Существует следующая закономерность: чувства и даже мысли матери передаются и плоду. Мать является также посредником между внешним миром и ребенком. Человеческое существо, формирующееся внутри матки, не воспринимает этот мир напрямую. Однако оно непрерывно улавливает ощущения и реакции, которые вызывают у матери окружающий мир. Это существо регистрирует первые сведения, способные определенным образом окрашивать будущую личность, в тканях клеток, в органической памяти и на уровне зарождающейся психики.

Для древних цивилизаций значимость периода беременности была абсолютно непреложной истиной. Египтяне, индийцы, кельты, африканцы, славяне и многие другие народы придерживались некоторых строгих традиций и правил для матерей, супружеских пар и общества в целом, которые обеспечивали ребенку наилучшие условия для внутриутробной жизни и развития.

Более тысячи лет тому назад в Китае существовали пренатальные клиники, где будущие матери проводили период беременности, окруженные покоем и красотой, а в русских семьях с наступлением беременности переходили жить из общей комнаты в светелки, где могли заниматься в молитвах и занятиях рукоделием готовились к родам.

Роль звуков и музыки в пренатальном воспитании

На основании наблюдений Мари-Луизы Аучер сделаны выводы о важной роли звука в пренатальном воспитании. Работая в так называемом "поющем" родильном доме Мишеля Одена, она проводила занятия по хоровому пению, которые посещали будущие отцы и матери. Аучер считает, что "хоровое пение" улучшает самочувствие и укрепляет нервы матери, которая впоследствии производит на свет здоровых, спокойных ребятишек, способных быстро и легко адаптироваться в самых различных ситуациях. Последнее - признак устойчивого психического равновесия, качество огромной важности для мира, в котором они будут существовать.

Если отец регулярно разговаривает с плодом во время беременности жены, то почти сразу же после рождения ребенок будет узнавать его голос. Часто родители также отмечают, что дети распознают музыку или песни, услышанные в пренатальном периоде. Причем они действуют на малышей как прекрасное успокаивающее средство и могут быть успешно использованы при снятии сильного эмоционального напряжения.

Логическое мышление и способность к языкам формируется с 16 недель беременности и длится до 3-х лет. Чем больше слов на различных языках будет услышано плодом и ребенком в этот период, тем легче малыш сможет в дальнейшем осваивать трудности иностранной речи.

Психологи и психиатры выявили наличие еще одного существенного фактора - качества эмоциональной связи, существующей между матерью и ребенком. Любовь, с которой она вынашивает ребенка, мысли, связанные с его появлением, богатство общения, которое мать делит с ним, оказывает влияние на развивающуюся психику плода и его клеточную память, формируя

основные качества личности, сохраняющиеся на протяжении всей последующей жизни.

Ребенок еще во внутриутробном состоянии учится определять реакцию мамы на положительные и отрицательные стрессовые факторы и зачастую перенимает ее поведение позднее. Нейрологи утверждают, что если резкое учащение пульса (до 130-140 ударов в минуту) в какой-то конфликтной ситуации носит непродолжительный характер, то есть женщина быстро справляется со своими эмоциями, то ребенок после рождения, скорее всего, будет эмоционально устойчив.

В период эмоциональной разрядки лучше всего положить руку на живот, погладить, поговорить с ребенком. Ведь он уже способен воспринимать все чувства матери, поэтому, чем богаче чувства ее, тем лучше развиваются душа плода. В тех случаях, когда мы испытываем чувство радости и счастья, наш мозг вырабатывает "гормоны радости" (эндорфины). Они способны сообщать ощущение покоя или радости плоду. Если он часто испытывает эти состояния в утробе матери, то они запоминаются и, вероятно, определенным образом окрашивают характер будущего человека.

Сознательное, положительное отношение к плоду во время беременности

Беременная женщина, как никто другой, является сосредоточением различных энергий, структурирующих материю. Она носит в себе новое существо. Поступки, мысли и чувства женщины являются причиной образования или притяжения вполне определенных типов энергии. Она может либо отмахнуться от этого факта, либо приложить, по возможности, все силы, чтобы направить свою психическую или физическую энергию по наиболее правильному для ребенка руслу. К этому оказываются причастны, так или иначе, все окружающие люди: как члены семьи, так и все общество в целом.

При тесном содружестве с природой женщина становится еще одним созидательным создателем ребенка, которому она предоставляет наилучшие шансы из всех существующих. Не слишком ли честолюбивые устремления? Да - если рассматривать проблему с точки зрения цели, и нет - если иметь в виду простоту и легкость средств ее достижения.

Будущая мать просто источает любовь, проявляя свой творческий потенциал. Здесь нет также готового перечня рецептов. Мы просто пытаемся дать почувствовать дух, атмосферу, которая может быть создана, и выдвигаем несколько предложений, касающихся физического, эмоционального и ментального уровней.

Физический уровень

Рассмотрим идею сознательного отношения к питанию. Мы все знаем о важности выбора здоровой, полезной пищи и сбалансированного меню. Однако механический прием пищи ведет к потреблению лишь химических элементов, которые поступает (всасываются) через желудок в пищеварительную систему. В летнее время фрукты, овощи и злаки накапливают значительное количество солнечной энергии, которая может быть утилизирована при тщательном и медленном пережевывании. Об этом говорят все специалисты по диетическому питанию. Если будущая мать испытывает в процессе еды радость, чувство благодарности к природе за ее бесценные дары, то она передает тем самым ребенку, культуру питания, традиции своего народа. Кроме того, она воспитывает в нем соответствующее, в данном случае положительное отношение к пище.

Эмоциональный уровень

Эмоции и окружающее человека пространство характеризуются очень тесной взаимосвязью. Несчастье, душевная боль вызывают ощущения сжатия сердца, нехватки воздуха. Такие отрицательные эмоции как страх, ревность, злоба, приводят к появлению чувства тяжести, плохого самочувствия, закрепощения. Радость же заставляет наше сердце "петь". Очень полезно культивировать в себе подобное состояние счастья и внутренней свободы, передавая его ребенку, который зафиксирует в своих клетках ощущение радости. Музыка, поэзия, пение, искусство, природа помогают достичь такого внутреннего состояния и воспитывают в ребенке чувство прекрасного. Здесь важную роль играет отец. Отношение к жене, ее беременности и ожидаемому ребенку - важнейшие факторы, формирующие у ребенка ощущение счастья и силы, которое передается ему через уверенную в себе и спокойную мать.

Многие женщины отмечают, что во время беременности у них появляется рефлекс защиты

своего ребенка как существа, уже рожденного. Поэтому они сознательно подавляют в себе все нежелательные эмоции. Эти будущие матери разговаривали с ребенком, объясняли ему происходящее, успокаивали его в необходимых случаях. В это время ребенок " записывал" на клеточном уровне информацию о том, что в жизни есть взлеты и падения, которые нужно и можно всегда преодолеть. Таким образом, закладывается основа сильного, выносливого человека.

Ментальный уровень

Женщины обладают хорошо развитым воображением. Они могут успешно использовать это качество при формировании своего будущего ребенка. Если воображение направлено на культивирование добродетелей, таких как любовь, доброта, милосердие, то оно способно творить чудеса. При этом не следует сосредоточиваться на половой принадлежности будущего ребенка.

Осознанное влияние на силы подсознания следует строго контролировать. Необходимо проявлять большую осторожность, чтобы избежать навязывания каких-то скрытых желаний. Дети не должны быть средством своеобразной компенсации неудач родителей или достижения их амбициозных притязаний. Они - свободные существа, обладающие правом на собственную жизнь. Главная задача заключается в том, чтобы заложить в них основу высоких качеств общего характера, которые дети смогут развить в последующем.

Несмотря на занятость, будущие матери и отцы должны находить время (лучше в какой-то конкретный час) для "свидания" со своим будущим ребенком, разговора с ним. Именно в этот момент они могут рассказать ему, с каким нетерпением ожидают его появления на свет. Природа отблагодарит родителей за их сознательные усилия. Форма благодарности может быть самой различной.

Существенно уменьшится у беременной женщины чувство усталости, беспокойства и страха. Оно может исчезнуть полностью, заменившись ощущением уверенности, радости и гордости.

Естественным завершением осознанной и полной светлых ощущений беременности будут роды, проходящие осознанно, под собственным контролем, и с чувством полного единения с ребенком.

Ребенок, выношенный подобным образом, будет легко воспринимать воспитание и может обладать всеми качествами, заложенными в нем природой.

Женщина от осознанного отношения к вынашиванию и рождению ребенка родится как мать.

Мы все разделяем ответственность за то, что природа возлагает на женщину и на родителей. Каждый из нас несет определенную долю ответственности за приходящего в этот мир ребенка. Если бы вместо увеличения числа тюрем правительства стран больше заботились о беременной женщине, которой следует разъяснять ее роль и создавать условия, необходимые для реализации возложенных на нее задач, то мы могли бы получить более хорошие результаты при меньших финансовых затратах. Всего через несколько поколений удалось бы преобразовать в лучшую сторону физическое состояние и психику, как мужчин, так и женщин. И тогда каждый, став сильнее, устойчивее и свободнее, став более открытым для других и для проявлений самой жизни, может надеяться на создание мира, где любой человек найдет свое место и будет счастлив.

3 Раздел - Социально-медицинская работа в гериатрии

Социально-медицинская работа с пожилыми людьми. Первичная социально-медицинская помощь пожилым людям Социально-медицинские аспекты ухода за престарелыми Организационные формы социально-медицинского обслуживания пожилых граждан. Отделение социального обслуживания на дому. Отделение дневного пребывания. Отделение временного пребывания. Отделение срочной социальной помощи. Отделение социально-медицинского обслуживания на дому. Стационарная социально-медицинская помощь. Другие формы социального обслуживания пожилых. Теория и практика оккупациональной терапии в геронтологии.

На современном этапе в России отмечается выраженное постарение населения – каждый пятый житель России находится в пенсионном возрасте.

Сегодня в России практически во всех семьях хотя бы один из членов семьи – пожилой человек. Проблемы людей третьего поколения можно считать всеобщими. Пожилые люди нуждаются в повышенном внимании общества и государства, и представляют собой специфический объект социальной работы.

Тенденции увеличения доли пожилых людей в общей структуре населения сохраняются, становится очевидным, что проблема социально-медицинской работы с пожилыми людьми имеет общегосударственное значение.

Рост численности пожилых людей требует коренного изменения социальной политики в отношении этой, наиболее социально незащищенной категории общества, особенно, сейчас, в условиях нестабильной рыночной экономики. Поэтому проблемы их общественного, социального положения, роли и места в семье, социально-медицинской реабилитации, социального обслуживания и обеспечения, социального попечительства над пожилыми людьми имеют исключительно важную теоретическую и еще в большей мере практическую значимость.

Аналитики пытаются разработать возможные сценарии жизни общества пожилых. Существует множество точек зрения на стареющее общество.

Наиболее распространнными являются два противоположных взгляда.

Первый – пессимистический взгляд, основанный на традиционной концепции «зависимости» нетрудоспособных граждан как экономически неактивного населения. Его основные положения состоят в следующем:

Трудоспособное население сокращается. Вследствие падения рождаемости, увеличения продолжительности жизни и высокой смертности мужчин трудоспособного возраста оно вынуждено содержать вс большее число нетрудоспособных граждан.

В современных условиях развития технологической революции требуется вс более продолжительное время на подготовку кадров, поэтому с каждым годом отсрочивается выход молоджи на рынок труда.

Негативное влияние на социально-экономическую жизнь общества усугубится тем, что это общество вынуждено тратить большие средства на уход за пожилыми.

Чтобы обеспечить возросшие потребности в расходах на пожилых, работающим будет необходимо выплачивать большие налоги, что вызовет снижение мотивации к труду.

Существует и вторая точка зрения. Е сторонники считают, что пожилые люди могут стать фактором устойчивого развития современного общества. Е сторонники признают существующую демографическую ситуацию, однако не считают, что захватит весь мир одновременно [17,18].

Сохранение здоровья населения старшего возраста имеет огромное общественное и экономическое значение. От этого зависит степень участия пожилых людей в производственной и полезной общественной деятельности, расходы на здравоохранение и социальное обеспечение, а также затраты времени трудоспособных членов семьи на гериатрический уход за больными и немощными.

Результаты исследований разных лет показывают, что существенное увеличение в общей структуре населения абсолютной и относительной численности лиц пожилого возраста сопровождается закономерным абсолютным и относительным увеличением заболеваемости в этой возрастной группе.

Уровни заболеваемости у пожилых почти в два раза выше, а у лиц старческого возраста в шесть раз выше, чем у лиц трудоспособного возраста.

Исследования данных обращаемости за амбулаторно-поликлинической помощью лиц пожилого и старческого возрастов свидетельствуют о снижении этого показателя с годами. Снижение обращаемости происходит в основном за счет острых заболеваний, число которых находится в тесной обратной связи с возрастом пенсионеров: в 60-64 года - 362,3‰, в 80 лет и старше - 141,1‰. Одновременно снижается также число лиц, у которых за три года наблюдения не было зарегистрировано хронических болезней (с 20,8% мужчин и 15,2% женщин 50-54 лет до 12,0% мужчин и 10,4% женщин 60-74 лет). Уровни заболеваемости среди неработающих пенсионеров превышают таковые среди работающих.

Анализ структуры распространенности заболеваний среди пожилого населения показывает,

что 72,0 - 75,5% заболеваний приходятся на четыре класса болезней - системы кровообращения, костно-мышечной системы, органов пищеварения и дыхания.

В городах на долю лиц в возрасте 60 лет и старше приходится 25-30,0% от общего числа обращающихся в поликлиники, около 60,0% от общего числа нуждающихся в помощи на дому. Ведущая роль в медицинском обслуживании населения пожилого и старческого возрастов принадлежит терапевтам.

На их долю приходится 53,3% всех амбулаторных посещений данной возрастной категории пациентов. Объем медицинской помощи, оказываемой терапевтами, увеличивается с возрастом больных. Так, если лица в 60-64 года делают 43,5% всех посещений к терапевтам, то 80-летние и старше — 68,4%.

Сегодня гериатрия - это сочетание медицинской и социальной помощи людям пожилого и старческого возрастов. Проблемы гериатрии в первую очередь медицинские, однако, их решение невозможно без учета социальных факторов. В этом смысле гериатрия отличается от многих других медицинских специальностей.

Для работы с пожилыми людьми, нужно знать их социальное положение (в прошлом и настоящем), особенности психики, материальные и духовные потребности, и в этой работе опираться на науку, данные социологических, социально-психологических, социально-экономических и других видов исследований.

Самое главное в гериатрической помощи заключается в том, что вся система лечебных мер в отношении лиц пожилого возраста должна быть направлена не только на лечение заболевания, но и на восстановление индивидуального психофизического состояния больного, на повышение его активности и трудовую реабилитацию, исходя из общего состояния организма. Сохранение, продление трудоспособности и профессионально-трудовая реабилитация лиц старших возрастов - важное условие подготовки к старости. Под социально-трудовой реабилитацией пожилых людей подразумевается продолжение их трудовой деятельности, участие в общественно-полезном труде после достижения ими пенсионного возраста.

Принято считать, что ведущее условие, обеспечивающее длительную физическую, психологическую и социальную сохранность пожилых людей, — это продолжение в доступной форме и объеме их профессиональной деятельности. По степени трудовой активности пожилых, сохранению способности к самообслуживанию можно судить о состоянии их здоровья. Необходимость в экономической поддержке со стороны семьи, общества и государства исчезает или значительно сокращается, если пожилые сохраняют экономическую активность.

Полная утрата трудоспособности или значительное ограничение ее заметно затрудняют престарелым гражданам самостоятельное решение жизненных вопросов. Пенсии по инвалидности получают 5,4% населения пенсионного возраста, хотя подтверждение об инвалидности имеют каждый девятый житель пенсионного возраста. Истинный уровень инвалидности достигает в городах 1259,8 на 10 000 лиц пожилого возраста, в сельской местности — 1064,7. Инвалидность I группы имеют 8,7% пенсионеров, II - 55,0%, III Более тяжелая инвалидность у женщин. Число инвалидов увеличивается по мере нарастания возраста пенсионеров.

Среди всех инвалидов в Российской Федерации более половины являются гражданами старше трудоспособного возраста.

Первичная социально-медицинская помощь пожилым людям Развитие системы социально-медицинской реабилитации зависит от состояния экономики страны. Основные мероприятия по социальномедицинской реабилитации пожилых направлены на максимально возможное сохранение жизнедеятельности пожилого человека в условиях семьи.

Комитетом экспертов ВОЗ в 1989г. были выделены типы медикосанитарной помощи пожилому населению:

Помощь в учреждениях длительного пребывания.

Внедрение новых приемов ухода за престарелыми.

Укрепление здоровья, отсрочка нетрудоспособности и инвалидизирующих нарушений.

Особое значение в данной схеме придается первичной помощи пожилым, которая подразделяется на три вида.

I. Первичная медико-санитарная помощь включает широкий набор приемов и методов, доступных для каждого пожилого человека (первичный контакт со службами здравоохранения, традиционная помощь служб здравоохранения).

Вопреки широко распространенному мнению, большинство пожилых не испытывают ограничений в привычной деятельности и не являются зависимыми: они живут в собственных домах или в домах своих родственников.

Старость сама по себе не означает, что необходима помощь специалистагериатра. Поэтому основная помощь пожилым будет оказываться в рамках первичной медико-санитарной помощи; это обусловлено еще и тем, что во многих странах мира ощущается нехватка врачей-гериатров.

В работе над данным блоком ВОЗ использовала результаты Алмаатинской декларации по первичной медико-санитарной помощи пожилым людям (1978) и принципы оказания первичной медико-санитарной помощи, сформулированные в 1988 г. при подведении итогов деятельности по воплощению в жизнь Алма-Атинской декларации. Суть этих принципов следующая:

1. Определение потребностей престарелых граждан, исходя из индивидуальных требований пожилого человека. В итоге выделяются группы престарелых в зависимости от объемов необходимой им социально-медицинской помощи.

2. Создание и развитие организационно-функциональных структур; целью их не должен быть количественный охват всех нуждающихся престарелых и оказание помощи исходя из имеющихся ресурсов, а способность быстро перестраиваться исходя из конкретных потребностей различных категорий пожилых.

3. Накопление потенциала для совершенствования службы, создание информационного банка данных по проблемам социальномедицинской помощи пожилым, формам и методам их решения.

II. Первичная медицинская помощь обычно обеспечивается на уровне врача общей практики, но не обязательно ограничивается только врачебной помощью.

Важно, чтобы медперсонал, который оказывает первичную помощь, имел соответствующие навыки, знания, владел приемами для оказания квалифицированной помощи престарелым.

Важное значение приобретает систематическое ведение истории болезни, поскольку помощь престарелым требует распознания даже трудноуловимых изменений в состоянии здоровья старого человека на фоне уже существовавших хронических явлений.

Система комплексной гериатрической помощи включает посещение больных на дому, амбулаторное лечение, пребывание в дневных профилакториях и стационарах, реабилитацию и службы срочной диагностики. Различные виды гериатрических служб в настоящее время существуют в большинстве экономически развитых стран.

В центре внимания специализированной гериатрической помощи находится поддержание независимости и автономии нетрудоспособных престарелых людей.

Социально-медицинские аспекты ухода за престарелыми. При тяжелом заболевании семья должна организовать уход за старым больным человеком своими силами или с помощью приходящих людей; как правило, такой уход осуществляется на дому.

Если уход за больным осуществляют родные, то они обязаны знать потребности больного и основные правила ухода за ним. Прежде всего, следует различать помощь физическую и психологическую.

Тяжело больной старый человек с сохранным сознанием и ориентировкой должен иметь хорошо организованный быт. Если он живет в семье, то необходимо выделить отдельную комнату, а при невозможности - просторную светлую часть комнаты, лучше отделенную от остальной части ширмой.

В комнате больного следует убрать лишнюю мебель, чтобы в ней можно было свободно передвигаться, воспользоваться инвалидной коляской или другим приспособлением для ухода. Комната хронического больного должна быть светлой, без темных занавесей и штор.

Что касается обстановки комнаты больного, то не следует создавать вокруг него пустоту, белизну и монотонность, которые вызывают у него чувство одиночества и изоляции. Мебель расставляют так, чтобы середина комнаты была свободна. Больной должен лежать в кровати, а не

на диване или кушетке, так как кровать не только удобнее для больного, но и гигиеничнее и лучше приспособлена для различных процедур по уходу. Идеальным для хронического больного является металлическая кровать с сеткой, расположенной на высоте 60-70 см от пола. При такой высоте кровати больной может опускать с нее ноги и при небольшой посторонней помощи вставать, а, кроме того, ухаживающим за больным людям не придется нагибаться над ним слишком низко, выполняя самые элементарные приемы по уходу.

Кровать следует поставить так, чтобы можно было подойти к больному с двух сторон, это облегчит за ним уход, позволит одновременно осуществлять его двум лицам (например, при перестилании постели), также позволит легко менять положение больного. Кровать же, приставленная к стене, вынуждает больного лежать почти постоянно на одном боку - лицом к комнате, что может быть пагубно для него, особенно если он страдает хронической сосудистой недостаточностью, так как способствует формированию односторонних отеков, пролежней, односторонней пневмонии (из-за плохой вентиляции одного легкого).

Имеет значение положение кровати относительно окна. Если больной лежит лицом к окну, то яркий свет бьет в глаза, мешает обычно читать и затрудняет дневной сон, а если он лежит головой к окну, то читать ему будет удобно, но, видя перед собой только противоположную стену, он не будет знать, что делается на улице; такое положение быстро его угнетает, поэтому лучше всего, если больной лежит боком к окну (правым или левым).

Кровать должна занимать в комнате центральное место. Возле нее надо поместить на расстоянии вытянутой руки столик или тумбочку с необходимыми для больного предметами. Столик должен быть покрыт салфеткой или синтетической скатертью, которую легко вымыть. Не следует на столике держать много предметов, так как они будут переворачиваться, путаться, а жидкость - разливаться. Цветы, которые так хорошо действуют на настроение, лучше ставить не на прикроватном столике, а в некотором отдалении, но в поле зрения больного. Рядом с кроватью должны находиться газеты, книга, а также рукоделие. Если больного вынуждены оставить надолго одного, то у него на столике должен быть термос с чаем или стакан компота, а также бутерброды, печенье и фрукты, а на табурете у кровати судно, туалетная бумага, пластмассовый тазик с водой и полотенце, чтобы больной не принуждал себя к терпению в ожидании домочадцев. В комнате больного должны находиться его постельное и нательное белье, полотенца и другие нужные для ухода вещи.

Все используемые больным лекарства, а также поднос с жидкостью для растираний, присыпкой надо хранить в одном месте. Лекарства должны находиться несколько поодаль от больного, чтобы он не мог их достать, это избавит родных и самого больного от неприятных ошибок. В то же время на прикроватном столике надо держать препараты, которые больной в течение дня может принимать сам. Если он принимает разные лекарства в разное время дня, то их можно разложить в небольшие коробочки разного цвета.

Этим простым способом можно избежать ошибок при приеме лекарств, так как больной запомнит, что утром он должен принять лекарства, например, из белой коробочки, днем - из красной, а вечером - из синей.

Очень важно правильно освещать комнату. Свет должен быть достаточно ярким, но не бьющим в глаза. Светильник лучше располагать позади больного. Кроме того, под рукой у больного должна находиться небольшая лампочка, которой он мог бы при необходимости воспользоваться ночью.

У кровати должно быть также удобное кресло для человека, ухаживающего за ним. Наличие его в светлой чистой комнате больного всегда будет располагать родных посидеть у постели, поговорить со старым человеком. Такое кресло является символом заботы о больном.

В комнате больного каждый день необходимо делать влажную уборку, с гигиенической точки зрения предпочтительнее пол, покрытый линолеумом.

Если есть желание постелить на пол ковер, то он должен покрыть практически всю его поверхность. Не следует использовать небольшие коврики и дорожки, так как они затрудняют уборку комнаты и пользование инвалидной коляской. У кровати можно положить небольшой коврик, на который больной может ступать босой ногой при вставании.

Правильное оборудование комнаты хронического больного значительно облегчает уход за ним, но не решает все его проблемы. Во многих семьях тяжело больные нередко подолгу остаются одни, так как члены семьи уходят на работу, за покупками и т.д. Остающийся в одиночестве больной должен иметь возможность каким-то образом связываться с родными, соседями. Простейшим устройством является звонок на прикроватном столике.

Если больной остается дома один, то желательно, чтобы у его постели стоял телефон, который действует как психологический фактор, избавляя больного от беспокойства и неуверенности. Родным телефон также позволяет периодически справляться о состоянии больного. Если имеется возможность, то всегда нужно пользоваться помощью соседей.

Осознание возрастного снижения физической и психической силы - начало формирования нового психосоциального статуса пожилого человека.

Социальная направленность психической жизни человека находит сво выражение на любом из этапов психического старения, включая состояние физического и психического упадка. Представление о социальном здоровье в старости включает участие человека в жизни общества, поддержании индивидуальных, семейных и других связей. Социальное здоровье пожилого определяется двумя сферами: общением с окружающими и повседневной индивидуальной деятельностью. Комплекс реабилитационных мероприятий, организуемых для пожилых людей, может быть построен успешно только с учтом важности этих двух сфер [12].

Организационные формы социально-медицинского обслуживания пожилых граждан Важнейшими моделями социального обслуживания являются такие, как социальное обслуживание на дому, полустационарное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания учреждений социального обслуживания; стационарное социальное обслуживание; срочное социальное обслуживание; социально-консультативная помощь; предоставление жилой площади в специальных домах для престарелых и ряд других, появившихся сравнительно недавно.

Ведущая организационная форма для предоставления социальной помощи престарелым - муниципальные центры социального обслуживания, созданные в городах и районах. Центр социального обслуживания может иметь в своей структуре различные подразделения, в том числе отделение дневного пребывания, отделение социальной помощи на дому, службу срочной социальной помощи, а также другие подразделения с учетом местных возможностей.

Отделение социального обслуживания на дому Социальное обслуживание на дому - это один из основных видов социальной работы. Его основная цель - максимально продлить нахождение граждан в привычной для них среде обитания, поддержать их личностный и социальный статус, защитить их права и законные интересы.

К числу основных надомных услуг, гарантированных государством, относятся: организация питания и доставка продуктов на дом; помощь в приобретении медикаментов, товаров первой необходимости; содействие в получении медицинской помощи и сопровождение в медицинские учреждения; помощь в поддержании условий проживания в соответствии с гигиеническими требованиями; содействие в организации ритуальных услуг и в погребении одиноких умерших; организация различных социально-бытовых услуг (ремонта жилья, обеспечения топливом, обработки приусадебных участков, доставки воды, оплаты коммунальных услуг и др.); помощь в оформлении документов, в т.ч. для установления опеки и попечительства, обмена жилья, помещения в стационарные учреждения органов социальной защиты населения.

Отделения социальной помощи на дому, как правило, организуются при муниципальных центрах социального обслуживания или местных органах социальной защиты населения.

Социальное обслуживание на дому может осуществляться на постоянной или временной основе (до 6 месяцев). Отделение создается для обслуживания не менее 60 пенсионеров и инвалидов, проживающих в сельской местности, а также в городском частном секторе, не имеющем коммунальнобытового благоустройства, а в городской местности - не менее 120 пенсионеров и инвалидов.

Социальное обслуживание на дому производится бесплатно, с частичной оплатой или за полную плату. Бесплатно обслуживаются одинокие граждане пожилого возраста и инвалиды, не получающие надбавку к пенсии на уход, имеющие трудоспособных родственников, обязанных

содержать их по закону, но проживающих отдельно, а также проживающие в семьях, доход которых ниже установленного для данного региона минимального уровня.

Задачами отделений социальной помощи на дому являются:

Выявление и учет совместно с органами здравоохранения и другими организациями одиноких престарелых и нетрудоспособных граждан.

Установление и поддержание связи с трудовыми коллективами, где ранее работали подлежащие обслуживанию лица, комитетами общества Красного Креста, Советами ветеранов войны и труда и другими общественными организациями с целью оказания ими шефской помощи одиноким пожилым людям.

Содействие в оформлении необходимых документов для установления опеки или попечительства, а так же помещения в дома - интернаты или территориальные центры социального обслуживания.

Доставка на дом обедов, полуфабрикатов, продовольственных, необходимых промышленных товаров и медикаментов.

Доставка предметов домашнего обихода и вещей в стирку, химчистку, прачечную, мастерские по ремонту.

Содействие в оказании необходимой медицинской помощи, уборке жилого помещения, ремонте жилья.

Выполнение просьб, связанных с ведением переписки, оплатой коммунальных услуг

Организация погребения умерших одиноких пенсионеров и инвалидов.

В дополнение к перечню услуг, оказываемых обычными отделениями социальной помощи на дому, работники специализированных отделений содействуют в приготовлении горячей пищи обслуживаемым ими лицам, производят кормление ослабленных пенсионеров и инвалидов, осуществляют влажную уборку жилых помещений, оказывают санитарно-гигиеническую помощь (обтирание, обмывание, гигиенические ванны, стрижку ногтей, причесывание), а также проведение различных медицинских процедур, оказание экстренной доврачебной помощи, проведение санитарно-просветительной работы с обслуживаемыми и их родственниками.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

Основная цель проведения практического занятия заключается в закреплении знаний полученных в ходе прослушивания лекционного материала.

Практические занятия проводятся в форме дискуссии и предполагают обсуждение конкретных ситуаций, раскрывающих и характеризующих тему занятия. Обсуждение направлено на освоение научных основ, эффективных методов и приемов решения конкретных практических задач, на развитие способностей к творческому использованию получаемых знаний и навыков.

Практическое занятие проводится в форме устного опроса студентов по вопросам практических занятий, предполагающих проверку знаний усвоенного лекционного материала.

Практическое *занятие проводится в форме решения* задач *или моделирования практических ситуаций.*

В ходе подготовки к практическому занятию студенту следует просмотреть материалы лекции, а затем начать изучение учебной литературы. Следует знать, что освещение того или иного вопроса в литературе часто является личным мнением автора, построенным на анализе различных источников, поэтому не следует ограничиваться одним учебником, научной статьей или монографией, а рассмотреть как можно больше материала по интересуемой теме, представленного в системе ЭБС.

Обязательным условием подготовки к практическому занятию является изучение нормативной базы. Для этого следует обратиться к любой правовой системе сети Интернет (Консультант Плюс, Гарант и т.д.). В данном вопросе не следует полагаться на книги, так как законодательство претерпевает постоянные изменения и в учебниках и учебных пособиях могут находится устаревшие данные.

В ходе подготовки к практическому занятию студенту необходимо отслеживать научные статьи в специализированных изданиях, а также изучать статистические материалы, соответствующей каждой теме.

Студенту рекомендуется следующая схема подготовки к практическому занятию:

1. Проработать конспект лекций;
2. Прочитать основную и дополнительную литературу, рекомендованную по изучаемому разделу;
3. Ответить на вопросы плана практического занятия;
4. Выполнить домашнее задание;
5. Проработать тестовые задания и задачи;
6. При затруднениях сформулировать вопросы к преподавателю.

При подготовке к практическим занятиям следует руководствоваться указаниями и рекомендациями преподавателя, использовать основную литературу из представленного им списка. Для наиболее глубокого освоения дисциплины рекомендуется изучать литературу, обозначенную как «дополнительная» в представленном списке.

При подготовке доклада на практическое занятие желательно заранее обсудить с преподавателем перечень используемой литературы, за день до практического занятия предупредить о необходимых для предоставления материала технических средствах, напечатанный текст доклада предоставить преподавателю.

Если при изучении отдельных вопросов возникнут трудности, студент может обратиться к преподавателю за консультацией (устной или письменной).

Таим образом, значительную роль в изучении предмета выполняют практические занятия, которые призваны, прежде всего, закреплять теоретические знания, полученные в ходе прослушивания и запоминания лекционного материала, ознакомления с учебной и научной литературой, а также выполнения самостоятельных заданий. Тем самым практические занятия способствуют получению наиболее качественных знаний, помогают приобрести навыки самостоятельной работы.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Для работы со студентами рекомендуют к применению следующие формы самостоятельной работы.

Работа с литературой

Важной составляющей самостоятельной внеаудиторной подготовки является работа с литературой ко всем занятий: семинарским, практическим, при подготовке к зачетам, экзаменам, тестированию, участию в научных конференциях.

Один из методов работы с литературой – повторение: прочитанный текст можно заучить наизусть. Простое повторение воздействует на память механически и поверхностно. Полученные таким путем сведения легко забываются.

Более эффективный метод – метод кодирования: прочитанный текст нужно подвергнуть большей, чем простое заучивание, обработке. Чтобы основательно обработать информацию и закодировать ее для хранения, важно провести целый ряд мыслительных операций: прокомментировать новые данные; оценить их значение; поставить вопросы; сопоставить полученные сведения с ранее известными. Для улучшения обработки информации очень важно устанавливать осмысленные связи, структурировать новые сведения.

Изучение научной учебной и иной литературы требует ведения рабочих записей. Форма записей может быть весьма разнообразной: простой или развернутый план, тезисы, цитаты, конспект.

План – структура письменной работы, определяющая последовательность изложения материала. Он является наиболее краткой и потому самой доступной и распространенной формой записей содержания исходного источника информации. По существу, это перечень основных вопросов, рассматриваемых в источнике. План может быть простым и развернутым. Их отличие состоит в степени детализации содержания и, соответственно, в объеме.

Выписки представляют собой небольшие фрагменты текста (неполные и полные предложения, отделы абзацы, а также дословные и близкие к дословным записи об излагаемых в нем фактах), содержащие в себе квинтэссенцию содержания прочитанного. Выписки представляют собой более сложную форму записи содержания исходного источника информации. По сути, выписки – не что иное, как цитаты, заимствованные из текста. Выписки позволяют в концентрированные форме и с максимальной точностью воспроизвести наиболее важные мысли автора, статистические и даталогические сведения.

Тезисы – сжатое изложение содержания изученного материала в утвердительной (реже опровергающей) форме. Отличие тезисов от обычных выписок состоит в том, что тезисам присуща значительно более высокая степень концентрации материала. В тезисах отмечается преобладание выводов над общими рассуждениями. Записываются они близко к оригинальному тексту, т.е. без использования прямого цитирования.

Аннотация – краткое изложение основного содержания исходного источника информации, дающее о нем обобщенное представление. К написанию аннотаций прибегают в тех случаях, когда подлинная ценность и пригодность исходного источника информации исполнителю письменной работы окончательно неясна, но в то же время о нем необходимо оставить краткую запись с обобщающей характеристикой.

Резюме – краткая оценка изученного содержания исходного источника информации, полученная, прежде всего, на основе содержащихся в нем выводов. Резюме весьма сходно по своей сути с аннотацией. Однако, в отличие от последней, текст резюме концентрирует в себе данные не из основного содержания исходного источника информации, а из его заключительной части, прежде всего выводов. Но, как и в случае с аннотацией, резюме излагается своими словами – выдержки из оригинального текста в нем практически не встречаются.

Конспект представляет собой сложную запись содержания исходного текста, включающая в себя заимствования (цитаты) наиболее примечательных мест в сочетании с планом источника, а также сжатый анализ записанного материала и выводы по нему.

При выполнении конспекта требуется внимательно прочитать текст, уточнить в справочной

литературе непонятные слова и вынести справочные данные на поля конспекта. Нужно выделить главное, составить план. Затем следует кратко сформулировать основные положения текста, отметить аргументацию автора. Записи материала следует проводить, четко следуя пунктам плана и выражая мысль своими словами. Цитаты должны быть записаны грамотно, учитывать лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля. Необходимо указывать библиографическое описание конспектируемого источника.

Самостоятельная работа студентов является обязательной для каждого студента, а её объём определяется учебным планом. Формы самостоятельной работы студентов определяются содержанием учебной дисциплины, степенью подготовленности студентов.

Самостоятельная работа — одна из важнейших форм овладения знаниями. Самостоятельная работа включает многие виды активной умственной деятельности студента: слушание лекций и осмысленное их конспектирование, глубокое изучение источников и литературы, консультации у преподавателя, написание реферата, подготовка к практическим занятиям, экзаменам, самоконтроль приобретаемых знаний и т.д.

Изучение дисциплины следует начинать с проработки настоящей рабочей программы, особое внимание уделяя целям и задачам, структуре и содержанию курса.

Тематика заданий для самостоятельной работы представлена в Рабочей программе.