

Федеральное агентство по образованию
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ГОУ ВПО «АмГУ»
Факультет социальных наук

УТВЕРЖДАЮ
Зав. кафедрой МСР
_____ М.Т. Луценко
« ___ » _____ 2007 г.

Учебно-методический комплекс дисциплины

**СОДЕРЖАНИЕ И МЕТОДИКА
СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ**

Для специальности 040101 «Социальная работа»

Составитель: Еремеева Т.С.

Благовещенск
2007

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

Т.С. Еремеева

Учебно-методический комплекс по дисциплине «Содержание и методика социально-медицинской работы» для студентов очной, заочной и заочно-сокращенной форм обучения по специальности 040101 «Социальная работа». – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2007. - ___ с.

Учебно-методические рекомендации ориентированы на оказание помощи студентам всех форм обучения по специальности 040101 «Социальная работа» для формирования специальных знаний по дисциплине.

© Амурский государственный университет

ВВЕДЕНИЕ

Предлагаемый учебно-методический комплекс составлен в соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования и входит в компонент специальных дисциплин.

Курс «Содержание и методика социально-медицинской работы» является одним из основных по программе подготовки специальности 040101 «Социальная работа».

Требования к уровню освоения содержания курса – студент должен:

- 1) знать основные понятия курса и уметь ими оперировать;
- 2) знать основные нормативно-правовые акты, которые используются в процессе социально-медицинской работы;
- 3) усвоить общие принципы и методы социально-медицинской работы;
- 4) расширить и углубить свои знания по теории и методике социально-медицинской работы;
- 5) уметь использовать знания и навыки, полученные в практике социальной работы.

Учебное содержание дисциплины изучается в ходе лекций, семинаров, самостоятельной работы под руководством преподавателя, выполнения контрольных работ, контрольных аттестаций.

В ходе *лекций* даются основы систематизированных знаний по дисциплине, раскрываются ее наиболее важные теоретические положения.

На *семинарских занятиях* у обучаемых формируются навыки применения полученных знаний. В ходе семинаров осуществляется также формирование целостного, обобщающего видения студентами своего места и роли как будущих специалистов в разрешении социальных проблем клиентов, в уточнении организационной стороны предстоящей деятельности с учетом отечественного и зарубежного опыта.

Во время *самостоятельной работы* основной упор делается на изучение студентами законодательных актов, учебной и научной литературы, периодических изданий, оформление тематических докладов, стендов и т.п.

Для студентов заочной формы обучения предлагается выполнение *контрольной работы*. Цель ее – в более детальном рассмотрении тематики курса, освоение основных его положений. Студенты должны самостоятельно проанализировать литературу, необходимую для написания контрольной работы.

Контроль успеваемости, качества обучения и теоретической подготовленности студентов осуществляется в следующих формах:

а) входящий – оценивание базового уровня знаний, умений и навыков, необходимого для изучения данной дисциплины;

б) текущий – проведение зачета по тематическим блокам, защита контрольной работы, индивидуальное собеседование, опросы и другие формы по усмотрению преподавателя;

в) итоговый – в процессе экзамена или зачета по результатам изучения учебной дисциплины.

Проверить качество освоения материала по данной дисциплине помогут предлагаемые *тестовые задания*.

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ, ЕЕ МЕСТО В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Цель курса – способствовать овладению студентами теоретико-методологических и организационно-методических основ социально-медицинской работы.

Задачи курса:

- дать студентам базовые знания о предмете и задачах социально-медицинской работы;
- дать студентам теоретико-методологические знания об основах социально-медицинской работы как направления социальной работы;
- способствовать освоению студентами знаний по профилактике заболеваний, степени влияния неблагоприятных социальных факторов на здоровье населения и социальных технологий формирования основ здоровья;
- дать студентам знания о медико-социальных основах здоровья человека - как совокупности физического, духовного и социального благополучия человека;
- способствовать освоению студентами технологий медико-социальной работы, с целью дальнейшего их развития на практике.

Межпредметные связи. Преподавание дисциплины связано с другими дисциплинами государственного образовательного стандарта: «Теория социальной работы», «Технология социальной работы», «Опыт деятельности территориальных органов и центров социальной защиты населения», «Организация работы с различными группами населения», «Основы социальной медицины», «Валеология», дисциплины правового цикла.

2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

2.1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСОВ КУРСА ПО ТЕМАМ И ВИДАМ РАБОТ

Дневная форма обучения

№ п/п	Разделы и темы занятий	Лек. занятия	Практ. занятия	Самост. работа
<i>Раздел 1. Теоретические основы социально-медицинской работы</i>				
1	Предмет и задачи социально-медицинской работы как вида профессиональной деятельности	2	2	0
2	Истоки социально-медицинской работы. Проблемы становления социально-медицинской работы как профессиональной деятельности	2	0	0
3	Концепция социально-медицинского развития населения	4	2	4
4	Правовые основы медико-социальной помощи населению	6	2	4
<i>Раздел 2 Основы социальной медицины и организации здравоохранения</i>				
5	Система здравоохранения в Российской Федерации	6	4	0
6	Профилактика заболеваний как основополагающий принцип охраны здоровья населения	4	2	0
7	Медико-санитарные аспекты формирования здорового образа жизни	4	2	0
8	Гигиеническое воспитание населения. Методы и средства.	4	2	0
9	Организация медицинского страхования	2	2	6
10	Организация медико-социальной экспертизы	4	2	6
<i>Раздел 3. Технологии социально-медицинской работы</i>				
11	Медико-социальная работа с пожилыми и старыми людьми	2	2	4
12	Социально-медицинские технологии оказания помощи детям-инвалидам	2	2	6
13	Медико-социальная работа в онкологии	2	2	0
14	Медико-социальная работа в планировании семьи	2	2	0
15	Медико-социальная работа в наркологии	2	2	0
16	Медико-социальная работа в учреждениях здравоохранения	2	2	0

17	Медико-социальная работа в центрах социального обслуживания системы социальной защиты населения	2	2	0
18	Медицинская помощь хроническим больным	2	2	4
<i>Темы для самостоятельного изучения</i>				
1	Социальная патология (алкоголизм, наркомания, курение)	0	0	4
2	Медико-социальная работа с детьми, страдающими ДЦП	0	0	4
3	Социальная организация протезно-ортопедической и технической помощи инвалидам	0	0	3
4	Медико-социальная работа с учащимися и студенческой молодежью	0	0	3
5	Медико-социальная работа с психическими больными и их семьями	0	0	4
6	Медико-социальная работы с семьями социального риска	0	0	4
7	Медико-социальная работа с военнослужащими	0	0	4
8	Медико-социальная помощь одиноким престарелым	0	0	4
9	Взаимодействия социальных служб и учреждений здравоохранения в социальной реабилитации пациентов	0	0	4
10	Зарубежный опыт социальной работы в учреждениях здравоохранения	0	0	4
<i>ИТОГО: 162 часа =</i>		<i>54</i>	<i>36</i>	<i>72</i>

Курс обучения – 4.

Семестр – 7.

Форма итогового контроля – экзамен в 7 семестре.

Заочная форма обучения

№ п/п	Разделы и темы занятий	Лек. занятия	Практ. занятия	Самост. работа
1	Предмет и задачи социально-медицинской работы как вида профессиональной деятельности	2	0	10
2	Истоки социально-медицинской работы. Проблемы становления социально-медицинской работы как профессиональной деятельности		0	10
3	Концепция социально-медицинского развития населения	0	2	13
4	Правовые основы медико-социальной помощи населению	2	0	13
5	Система здравоохранения в Российской Федерации	2	0	13
6	Профилактика заболеваний как основополагающий принцип охраны здоровья населения	2	0	13
7	Медико-санитарные аспекты формирования здорового образа жизни	2	0	13
8	Гигиеническое воспитание населения. Методы и средства.	0	2	13
9	Организация медицинского страхования	0	2	13
10	Организация медико-социальной экспертизы	0	2	13
11	Медико-социальная работа с отдельными категориями граждан	0	2	18
<i>ИТОГО: 162 часа =</i>		<i>10</i>	<i>10</i>	<i>142</i>

Курсы обучения – 3 и 4.

Семестр – 6 и 7.

Формы итогового контроля – зачет в 6 семестре, контрольная работа и экзамен в 7 семестре.

2.2. ФЕДЕРАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ

СД.08 Содержание и методика социально-медицинской работы.

Социально-медицинская работа как вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности. Основные понятия, объекты и предмет. Концепция социально-медицинской в Российской Федерации. Базовая модель социально-медицинской работы. Нормативно-правовая база социально-медицинской работы. Содержание и методика технологий социально-медицинской работы в центрах социального обслуживания, организациях и учреждениях образования, здравоохранения, армии, правоохранительных органов, в различными группами населения. Сравнительный анализ социально-медицинской работы в России и за рубежом.

2.3. КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЛЕКЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ

Раздел 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ

Тема 1. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА КАК ВИД ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Во многих странах профессия *социальный работник* возникла не так давно – в конце XIX века (Европа, Америка, Россия). До того под *социальной работой* понимали разные виды активности (деятельности), выполняемые *добровольцами* (волонтерами) по отношению к инвалидам, раненым, лицам пожилого возраста, детям, не имеющим родителей. Эта общественная работа не была профессией. Она существует до сих пор и играет важную роль в деятельности служб милосердия, благотворительных фондах, в том числе в Ваших организациях.

Собственно как профессия социальная работа формируется только с появлением первых законодательных актов о подготовке и статусе *социального работника* в Великобритании, США, а позднее – в Пруссии.

В 20-е годы XX века во многих странах активно открылись курсы, школы, семинары подготовки социальных работников. В СССР такой специальности в то время не было.

Но, начиная с 1990-93 гг., в России и других бывших советских республиках открываются социальные факультеты, появляется специальная учебная литература (например, «Библиотечка социального работника», учебники по социальной работе П.Д. Павленка, Л.Г. Гуслияковой, Е.И. Холостовой и др.).

Начиная с 1991 г., в российских государственных ВУЗах стали открываться отделения, готовящие специалистов по социальной работе, причем ориентированных скорее на деятельность государственных и муниципальных социальных служб. При медицинских академиях также стали появляться соответствующие специальности и специализации, ориентированные более на курсы «социальная медицина» и «социальная геронтология».

Сегодня основными направлениями социальной работы таковы:

- социально помощь и поддержка личностей, семей и групп (инвалидов, беженцев и т.д.) – включает социальную защиту, адаптацию и реабилитацию;
- социально-медицинские услуги, охрана здоровья (труда), пропаганда здорового образа жизни, психологическая помощь и консультации;
- консультативные услуги любого рода (экономические, юридические);
- работа в специальных закрытых заведениях с социально ущемленными слоями и личностями (детские дома и дома престарелых, инвалидов, психиатрические больницы, дома для бездомных, колонии, детские приемники-распределители, и т.п.);
- социально-бытовые услуги и организация досуга.

В силу многообразия направлений, целей и задач, социальный работник должен выполнять разные роли (или функции): исследователя, посредника, консультанта, обслуживающего персонала, воспитателя, организатора, вдохновителя, утешителя и многие другие.

Главное в социальной работе – **целостный подход** к человеку, к его окружению, к его проблемам и потребностям: не только материальная, физическая помощь, но и медицинская, а также морально-психологическая. Работая с клиентом, с одним человеком социальный врач и социальный работник работают и с его окружением.

Из-за финансовых трудностей, система государственного здравоохранения уже не в состоянии выполнять в полном объеме те функции, которые выполняла ранее, уменьшается объём бесплатных услуг, ограничивается доступность этого вида медицинской помощи. В то же время растёт число заболевших, однако основная цель социальной защиты – сохранение здоровья и жизни клиентов, а значит это медицинская задача. В таких условиях крайне необходим компромисс между медицинскими и социальными службами – **медико-социальные услуги**.

Социально-медицинская работа представляет собой одно из важнейших направлений в деятельности социальных учреждений и занимает особое место в практическом здравоохранении. Увеличение доли пожилых людей, числа больных хроническими заболеваниями, с особенностями их образа жизни и работы, выдвигает новые требования к оказанию социально-медицинской помощи, медицинской реабилитации.

Социально-медицинское работа как направление в социальной работе включает разнообразную специализацию. В России введена специальность «Медико-социальная работа с населением» и «Медико-социальная помощь людям пожилого возраста и инвалидам в условиях стационарных учреждений»; «Социальная работа в учреждениях здравоохранения».

Социальная медицина в системе социальной работы соединяет такие науки как медицину, социологию, антропологию, гигиену, и ряд других. Как предмет исследования она определилась с 1903 г., когда в Германии А.Гротьян основал журнал, а в 1905 г. - научное общество по социальной гигиене.

Социально-медицинская работа (СМР) – это новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педаго-

гического, социально-правового характера, направленной на восстановление, сохранение и укрепления здоровья.

Поскольку медицина и социальная работа не должны ограничиваться констатацией наличия или отсутствия у человека конкретной болезни, физических дефектов или социальной патологии, в рамках социально-медицинской работы рассматриваются пути профилактики болезней, адаптации и реабилитации людей, перенесших операции и заболевания, пострадавших от техногенных, стихийных или вооруженных бедствий.

Социальный работник, оказывающий социально-медицинские услуги, является своего рода социальным врачом (лечение словом), его клиенты – больные, имеющие социальные проблемы.

Социальный врач добивается, чтобы его пациенты, имеющие проблемы не только медицинские, но и социального характера, обеспечили себе достойные условия жизни, необходимые для нормального существования и нормального функционирования в обществе.

В работе социального работника общего профиля и социально-медицинского специалиста имеется много общего. И те, и другие решают вопросы улучшения показателей жизни своих клиентов – слаботзащищенных слоев населения, нуждающихся в помощи. Но имеются и узкие профильные задачи по оказанию социально-медицинских услуг: оказание первичной медико-социальной помощи, услуги по уходу за больными и одинокими, как на дому, так и в условиях стационара с дневным пребыванием или пребыванием в реабилитационных, восстановительных отделениях и отделениях медицинской профилактики. Например, госпитали ветеранов ВОВ.

Таким образом, социально-медицинская работа – одно из направлений деятельности лечебно-профилактических учреждений.

Служба социально-медицинской работы включает специалистов трех уровней с высшим, средне специальным образованием и добровольного персонала, занимающегося уходом.

Специализация внутри социально-медицинских работников на лечащих врачей и врачей, занимающихся профилактикой приводит к появлению новых специализаций – семейный врач, врач-реабилитолог, санитарный врач, доверенный врач и пр.

Тема 2. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ

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

Теория социально-медицинской работы – система научных знаний о путях и способах обеспечения общественного и индивидуального здоровья.

Социальная природа здоровья зависит от экологических, генетических, экономических, профессиональных и других факторов. Как и самасистема здравоохранения является социальным институтом и частью социальной системы, что обуславливает взаимопроникновение социологии, социальной работы и медицины.

Здоровье, по определению ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения), – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Здоровье человека – это процесс сохранения и развития его психических и физиологических качеств, оптимальной работоспособности и социальной активности при максимальной продолжительности жизни.

По мнению академика Ю.П. Лисицына, «...здоровье человека не может сводиться лишь к констатации отсутствия болезней, недомогания, дискомфорта, оно – состояние, которое позволяет человеку вести нестесненную в своей свободе жизнь, полноценно выполнять свойственные человеку функции, прежде всего трудовые, вести здоровый образ жизни, т.е. испытывать душевное, физическое и социальное благополучие».

Широкое толкование здоровья требует интегрального подхода к здоровью как социальному феномену.

С точки зрения социальной медицины, выделяют **3 уровня оценки здоровья**:

- здоровье отдельного человека (индивидуума);
- здоровье малых социальных, этнических групп (семейное или групповое здоровье);
- здоровье всего населения (популяции), проживающего в городе, в селе, на определенной территории.

Для оценки здоровья на каждом из 3-х уровней используются различные шкалы, но следует подчеркнуть, что наиболее адекватные критерии для каждого уровня еще окончательно не обоснованы и порой трактуются по-разному, с учетом экономических, репродуктивных, сексуальных, воспитательных, медицинских и психологических критериев.

При оценке здоровья населения в санитарной статистике используются **типовые медико-статистические показатели**.

I. Медико-демографические показатели.

А. Показатели естественного движения населения: смертность общая и возрастная; средняя продолжительность предстоящей жизни; рождаемость, плодовитость; естественный прирост населения.

Б. Показатели механического движения населения: миграция населения (эмиграция, иммиграция, сезонная, внутригородская миграция и др.).

II. Показатели заболеваемости и распространенности болезней (болезненности).

III. Показатели инвалидности и инвалидизации.

IV. Показатели физического развития населения.

Следует учесть, что функциональные возможности организма и его устойчивость к неблагоприятным факторам внешней среды в течение жизни существенно изменяются, поэтому можно говорить о состоянии здоровья, как о динамическом процессе, который может улучшаться или ухудшаться, т.е. об

укреплении или ослаблении здоровья. Показатели здоровья индивидов характеризуют его уровень в обществе.

Сведения о состоянии здоровья (заболеваемости) можно получить на основании проведенных медицинских осмотров, обращаемости населения за медицинской помощью, результатов специальных выборочных исследований, данных о причинах смерти и др.

Основными элементами комплексного анализа здоровья и факторов, его определяющих являются:

- 1) сбор информации о состоянии здоровья;
- 2) обработка и анализ информации о состоянии здоровья;
- 3) выдвижение гипотезы о связи факторов среды с состоянием здоровья;
- 4) направленное изучение факторов среды и углубленное изучение характеристик здоровья;
- 5) выявление количественных зависимостей между факторами среды и характеристиками здоровья;
- 6) принятие решения по оздоровлению окружающей среды для первичной профилактики заболеваний;
- 7) реализация принятых решений;
- 8) проверка эффективности принятых решений.

При оценке здоровья население распределяется *по группам здоровья*:

1-я группа (здоровые) – это лица, которые не имеют жалоб, хронических заболеваний в анамнезе, функциональных отклонений и органических изменений;

2-я группа (практически здоровые) – лица, у которых имеются хронические заболевания в стадии стойкой ремиссии, функциональные изменения в органах и системах, не влияющие на их деятельность и трудоспособность;

3-я группа – больные хроническими заболеваниями в стадии компенсации, субкомпенсации или декомпенсации.

Т.о., *объектом социально-медицинской работы* выступают люди, нуждающиеся в охране и укреплении здоровья: как отдельные люди, так и группы

населения – престарелые, инвалиды, больные (диабетики, аллергики, астматики и пр.), лица с аддиктивным поведением (пьяницы, алкоголики, наркоманы, курящие и пр.) и все остальные члены общества, так как наличествуют факторы, имеющие биосоциетальный глобальный характер.

Функции медико-социальной работы весьма многочисленны:

- изучение жизни, труда населения, выявление групп риска, связанных с повышением заболеваемости, установление размеров необходимой медицинской помощи;

- предотвращение социальной и психологической напряжённости, профилактика психических срывов, психопрофилактика депрессивных состояний тоже относится к сфере социально-медицинских услуг;

- профилактика травматизма, а при необходимости, оказание первой и неотложной помощи пострадавшим;

- обучение по мере необходимости, правилам и навыкам ухода за больными, престарелыми, детьми;

- противостояние процессам дегуманизации;

- применение санитарно-гигиенических мер оздоровления; и т.д.

Естественно, что эти и другие многочисленные функции – дело не одного человека. Многие из перечисленных функций требуют творческого подхода к их решению. Здесь большой простор для новых форм работы специалиста.

Медицинские работники на практике выполняют ряд функций социальных работников, поскольку отечественных дипломированных специалистов по социальной работе еще недостаточно. В свою очередь, социальные работники, которые очень часто имеют дело с клиентами, страдающими физической и психической патологией, должно иметь соответствующие медицинские знания, навыки и умения.

Необходимо четкое разграничение функций медицинских и социальных работников. Обобщенные специальные функции можно разделить на три группы: медико-ориентированные, социально-ориентированные и интегрированные.

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 жилищных 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 и 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.

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

Социально-медицинскую работу можно условно разделить на профи-

лактическую и патогенетическую.

Социально-медицинская работа, имеющая профилактическую направленность – это предупреждение социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья; формирование установок на здоровый образ жизни; обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья; участие в разработке целевых программ медико-социальной помощи на различных уровнях; социальное администрирование; обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

Социально-медицинская работа, имеющая патогенетическую направленность, предусматривает организацию медико-социальной помощи; проведение медико-социальной экспертизы; осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов; проведение коррекции психического статуса клиента; создание реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры; обеспечение преемственности во взаимодействии специалистов смежных профессий и др.

Стремясь создать оптимальные и наиболее эффективные технологии медико-социальной работы, специалисты разрабатывают базовые модели, которые позволяют обеспечить единые методические подходы в данном виде деятельности и учесть соответствующую специфику.

Чтобы построить такие модели, нужно, во-первых, выделить наиболее однородные группы клиентов (например, инвалиды, одинокие пожилые и др.), а во-вторых, с каждой выделенной группой проводить медико-социальную работу в двух уже названных направлениях – профилактическом и патогенетическом. Это позволит учесть специфику профессиональной медико-социальной работы с различными контингентами в отдельных областях медицины или системе социальной защиты населения при сохранении единых методических принципов.

Тема 3. КОНЦЕПЦИЯ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОГО РАЗВИТИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Для определения приоритетов развития здравоохранения в целях сохранения и улучшения здоровья населения отдельных регионов и Российской Федерации дополнительно необходимо получить и проанализировать следующую информацию:

- комплексную оценку положения региона в федеральном округе, Российской Федерации, макрорегионе (на основе интегральных показателей экономического и социального развития, деятельности системы здравоохранения и его ресурсов, а также других отдельных показателей);
- социально-экономическое состояние региона и прогноз его развития;
- прогноз трудовых ресурсов и их занятости;
- климатогеографические особенности и характер расселения населения региона;
- существующую сеть, номенклатуру и мощность учреждений здравоохранения, развитие и соотношение различных служб и видов медицинской помощи, имеющиеся планы и перспективы их развития;
- материально-техническую базу здравоохранения, ее состояние, возможности в настоящее время и планы ее сохранения, расширения, совершенствования и модернизации;
- наличие высших и средних образовательных медицинских учреждений, имеющиеся возможности и перспективы кадрового потенциала здравоохранения региона;
- наличие в регионе учреждений, оказывающих высокотехнологические виды медицинской помощи, их профиль и возможности предоставления этих видов помощи в других регионах страны;
- соотношение и возможности учреждений федерального, регионального, муниципального, ведомственного подчинения, а также негосударственного сектора здравоохранения;
- состояние финансирования системы здравоохранения в целом, отдельных ее служб и учреждений;

- возможности привлечения ресурсов в рамках федеральных, региональных и муниципальных целевых медико-социальных программ, а также средств других отраслей и ведомств.

Таким образом, показатели, характеризующие здоровье населения, дополненные другими социально-экономическими индикаторами развития регионов должны стать основой для разработки федеральных и региональных целевых медико-социальных программ.

Концепция социально-медицинского развития населения – определяет основные направления развития состояния здоровья населения России и отдельных регионов на период внедрения в деятельность организаций здравоохранения и социальной защиты новой эффективной экономической модели здравоохранения, имеющей целью более полное удовлетворение потребности населения в квалифицированной социально-медицинской помощи, обеспечение ее доступности в равной степени всем слоям населения.

Разработка подобной Концепции, соответствующей изменившимся социальным условиям, определяется необходимостью совершенствования нормативной правовой базы организации медицинской помощи населению с целью рационального и эффективного использования имеющихся ресурсов в условиях бюджетного финансирования расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя в год.

Концепция социально-медицинского развития населения основывается на модели контролируемого медицинского обслуживания населения, приоритетном развитии амбулаторно-поликлинических служб, внедрении современных экономически приемлемых организационных форм первичной медико-санитарной помощи, обеспечивающих перераспределение объемов медицинской помощи из стационарного уровня на амбулаторно-поликлинический.

Концепция придерживается принципов целевого использования имеющихся ресурсов с учетом соблюдения этапности в лечении больных, реализации мер, направленных на повышение качества медицинской помощи населению.

Концепция утверждает приоритетность профилактики заболеваний, пропаганду здорового образа жизни и реализацию прав граждан на охрану здоровья.

Концепция социально-медицинского развития населения предусматривает осуществление комплекса мер организационного характера, совместных практических действий органов управления здравоохранением и местных исполнительных и распорядительных органов по обеспечению развития материально-технической базы здравоохранения и проведению социально значимых медицинских мероприятий.

Основными направлениями реализации Концепции социально-медицинского развития населения являются следующие:

- обеспечение медицинской помощью населения вне зависимости от социального статуса граждан, уровня их доходов и места жительства;

- приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам, детям, ветеранам Великой Отечественной войны и гражданам, приравненным к ним по льготам, повышение ответственности врачей за состояние здоровья населения и качество оказываемой медицинской помощи;

- обеспечение этапности в системе оказания медицинской помощи населению области;

- внедрение новых, менее затратных технологий, перераспределение объемов медицинской помощи и финансирования со стационарного на амбулаторно-поликлинический уровень (как более дешевый) без снижения качества лечения;

- реструктуризация коечного фонда по уровню интенсивности лечебно-диагностического процесса, сокращение недостаточно рационально используемых коек и внедрение стационарозамещающих технологий;

- внедрение экономических форм управления и совершенствование системы контроля деятельности организаций здравоохранения на основе моделей конечных результатов;

- повышение эффективности использования выделяемых на нужды здравоохранения области финансовых средств, внедрение ресурсосберегающих технологий, дальнейшее развитие внебюджетной деятельности, в том числе и платных медицинских услуг;

- дальнейшее развитие медико-социальной помощи, совершенствование медико-профессиональной реабилитации;

- улучшение качества профилактических осмотров и диспансеризации работающего населения;

- осуществление первоочередного комплектования медицинскими кадрами амбулаторно-поликлинических учреждений, активизация работы по повышению профессионального уровня и созданию условий для закрепления кадров в районах области.

Тема 4. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С НАСЕЛЕНИЕМ

В 1977 году Всемирная ассамблея здравоохранения, являющаяся высшим руководящим органом Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), определила, что главной социальной целью правительств и ВОЗ должно быть достижение всеми народами мира к 2000 году такого уровня здоровья, который позволит им вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни. Эта идея выражена в девизе: «Здоровье для всех к 2000 году!».

Европейское региональное бюро ВОЗ в 1985 г. опубликовало материалы «Задачи по достижению здоровья для всех», а в 1991 г. – краткие пересмотренные «задачи» по этой проблеме.

Итак, европейская политика охраны здоровья состоит из 38 задач и включает следующие разделы:

- будущее здравоохранения в Европе;
- достижение лучшего здоровья;
- здоровая окружающая среда;
- соответствующая медико-санитарная помощь;

– стратегия развития в целях достижения здоровья для всех.

С учетом рекомендаций ВОЗ в июле 1993 года в России был принят Закон «О здоровье», где разработана национальная программа «Здоровье для всех к 2000 году».

Реализация этой программы позволила бы расширить экономический потенциал, изменить экологическую ситуацию, устранив перекосы в социальной сфере, что положительно скажется на здоровье общества.

Для реализации этой и будущих программ оздоровления нации нужны здоровые, энергичные, предприимчивые и «незакомплексованные усреднением труда и достатка» люди, чьи помыслы и идеи должны быть поддержаны властью. Безусловно, без поддержки правительства здравоохранению России, базирующемся на финансировании по остаточному принципу, такие задачи непосильны.

Современное законодательство Российской Федерации, регулирующее организацию и осуществление социально-медицинской работы, состоит из соответствующих положений Конституции Российской Федерации и Конституций республик в составе Российской Федерации, ФЗ РФ «Основы законодательства об охране здоровья граждан», ФЗ РФ «О социальном обслуживании населения в РФ», ФЗ РФ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» и принимаемых в соответствии с ними других законодательных актов Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации, а также правовых актов автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

ФЗ РФ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (утв. Указа Президента РФ от 24.12.1993 № 2288; с изм. и доп.) регулирует отношения граждан, органов государственной власти и управления, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан.

Законодательные акты республик в составе Российской Федерации, правовые акты автономной области, автономных округов, краев, областей, горо-

дов Москвы и Санкт-Петербурга не должны ограничивать права граждан в области охраны здоровья, установленные настоящими Основами.

Основными задачами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан являются:

1) определение ответственности и компетенции Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга по вопросам охраны здоровья граждан в соответствии с Федеративным договором, а также определение ответственности и компетенции органов местного самоуправления по вопросам охраны здоровья граждан;

2) правовое регулирование в области охраны здоровья граждан деятельности предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, а также государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;

3) определение прав граждан, отдельных групп населения в области охраны здоровья и установление гарантий их соблюдения;

4) определение профессиональных прав, обязанностей и ответственности медицинских и фармацевтических работников, установление гарантий их социальной защиты.

Правовые гарантии предоставления гражданам медико-социальной помощи предполагают следующее.

1. Первичная медико-санитарная помощь

Первичная медико-санитарная помощь является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания и включает:

-лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний;

-проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование;

-проведение мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства, других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

Первичная медико-санитарная помощь обеспечивается учреждениями муниципальной системы здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы. В оказании первичной медико-санитарной помощи могут также участвовать учреждения государственной и частной систем здравоохранения на основе договоров со страховыми медицинскими организациями.

Объем первичной медико-санитарной помощи устанавливается местной администрацией в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования.

Порядок оказания первичной медико-санитарной помощи устанавливается органами управления муниципальной системы здравоохранения на основании нормативных актов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Государственного комитета санитарно-эпидемиологического надзора Российской Федерации, министерств здравоохранения республик в составе Российской Федерации, правовых актов автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт - Петербурга.

Финансирование первичной медико-санитарной помощи осуществляется за счет средств муниципального бюджета, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

2. Скорая медицинская помощь

Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях), осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, ме-

дицинскими работниками, а также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу.

Скорая медицинская помощь оказывается специальной службой скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения в порядке, установленном Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Скорая медицинская помощь гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, оказывается бесплатно за счет средств бюджетов всех уровней.

При угрозе жизни гражданина медицинские работники имеют право использовать бесплатно любой имеющийся вид транспорта для перевозки гражданина в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение. В случае отказа должностного лица или владельца транспортного средства выполнить законное требование медицинского работника о предоставлении транспорта для перевозки пострадавшего они несут ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

3. Специализированная медицинская помощь

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

Специализированная медицинская помощь оказывается врачами - специалистами в лечебно-профилактических учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности.

Виды, объем и стандарты качества специализированной медицинской помощи, оказываемой в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации.

Специализированная медицинская помощь оказывается за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоро-

вья граждан, личных средств граждан и других источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Отдельные виды дорогостоящей специализированной медицинской помощи, перечень которых ежегодно определяется Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, финансируются за счет средств государственной системы здравоохранения.

4. Медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями

Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, перечень которых определяется Правительством Российской Федерации, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях.

Виды и объем медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами.

Перечень и виды льгот при оказании медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, устанавливаются Верховным Советом Российской Федерации и Правительством Российской Федерации, Верховными Советами и правительствами республик в составе Российской Федерации, органами государственной власти и управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Финансирование медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

5. Медико-социальная помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих

Гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, перечень которых определяется Правительством Российской Федерации, медико-социальная помощь оказывается бесплатно в предназначенных для этой цели учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения

Виды и объем медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Государственным комитетом санитарно-эпидемиологического надзора Российской Федерации совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами.

Для отдельных категорий граждан, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, сохраняется место работы на период их временной нетрудоспособности, устанавливаются льготы в предоставлении жилья и иные льготы, определяемые Верховным Советом Российской Федерации и Правительством Российской Федерации, Верховными Советами и правительствами республик в составе Российской Федерации, органами государственной власти и управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт - Петербурга.

Финансирование медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

6. Порядок применения новых методов профилактики, диагностики, лечения, лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств и проведения биомедицинских исследований

В практике здравоохранения используются методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммуно-

биологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственных средства могут использоваться в интересах излечения пациента только после получения его добровольного письменного согласия.

Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственных средства могут использоваться для лечения лиц, не достигших возраста 15 лет, только при непосредственной угрозе их жизни и с письменного согласия их законных представителей.

Порядок применения указанных в частях второй и третьей настоящей статьи методов диагностики, лечения и лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств, в том числе используемых за рубежом, устанавливается Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации или иными уполномоченными на то органами.

Проведение биомедицинского исследования допускается в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения и должно основываться на предварительно проведенном лабораторном эксперименте.

Любое биомедицинское исследование с привлечением человека в качестве объекта может проводиться только после получения письменного согласия гражданина. Гражданин не может быть принужден к участию в биомедицинском исследовании.

При получении согласия на биомедицинское исследование гражданину должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. Гражданин имеет право отказаться от участия в исследовании на любой стадии.

Пропаганда, в том числе средствами массовой информации, методов профилактики, диагностики, лечения и лекарственных средств, не прошедших проверочных испытаний в установленном законом порядке, запрещается. Наруше-

ние указанной нормы влечет ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Реклама медикаментов, изделий медицинского назначения, медицинской техники, а также реклама методов лечения, профилактики, диагностики и реабилитации осуществляется в порядке, установленном *законодательством Российской Федерации о рекламе*.

7. Обеспечение населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами

Производство и закупка лекарственных средств и изделий медицинского назначения обеспечиваются в соответствии с потребностями населения Правительством Российской Федерации.

Контроль за качеством лекарственных средств, иммунобиологических препаратов, дезинфекционных средств и изделий медицинского назначения осуществляется Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации или иными уполномоченными на то министерствами и ведомствами.

Категории граждан, обеспечиваемых лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения индивидуального пользования на льготных условиях, устанавливаются Правительством Российской Федерации, правительствами республик в составе Российской Федерации. Право на выписку рецептов для лекарственного обеспечения граждан на льготных условиях имеют лечащие врачи государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

8. Запрещение эвтаназии

Медицинскому персоналу запрещается осуществление *эвтаназии* - удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни.

Лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9. Определение момента смерти человека

Констатация смерти осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером).

Критерии и порядок определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий устанавливаются положением, утверждаемым Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, согласованным с Министерством юстиции Российской Федерации, министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации.

10. Изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации

Допускается изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли, продажи и коммерческих сделок.

Не допускается принуждение к изъятию органов и (или) тканей человека для трансплантации.

Лица, участвующие в указанных коммерческих сделках, купле и продаже органов и (или) тканей человека, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11. Проведение патолого-анатомических вскрытий

Патолого-анатомическое вскрытие проводится врачами в целях получения данных о причине смерти и диагнозе заболевания.

Порядок проведения патолого-анатомических вскрытий определяется Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

По религиозным или иным мотивам в случае наличия письменного заявления членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего либо волеизъявления самого умершего, высказанного при его жизни,

патолого-анатомическое вскрытие при отсутствии подозрения на насильственную смерть не производится, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдается членам семьи, а при их отсутствии – близким родственникам или законному представителю умершего, а также правоохранительным органам по их требованию.

Членам семьи, близким родственникам или законному представителю умершего предоставляется право на приглашение специалиста соответствующего профиля, с его согласия, для участия в патолого-анатомическом вскрытии. По требованию членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего может быть произведена независимая медицинская экспертиза в порядке, предусмотренном статьей 53 Основ законодательства об охране здоровья граждан.

Раздел 2. ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Тема 5. СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Здравоохранение (охрана здоровья граждан) – это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией Российской Федерации и иными законодательными актами Российской Федерации, Конституциями и иными законодательными актами республик в составе Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации.

Основными *принципами охраны здоровья граждан* являются:

- 1) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
- 3) доступность медико-социальной помощи;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Организация охраны здоровья граждан в РФ включает следующих субъектов.

Государственная Дума и Федеральное собрание Российской Федерации – определяют основные направления федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан, принимают законодательные акты и утверждают федеральные программы по вопросам охраны здоровья граждан; утверждают бюджет Российской Федерации, в том числе в части расходов на здравоохранение и социальную защиту, и контролируют его исполнение.

Президент Российской Федерации – руководит реализацией федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан, не реже одного раза в год представляет Палатам Законодательного собрания Российской Федерации доклад о государственной политике в области охраны здоровья граждан и состоянии здоровья населения Российской Федерации.

Правительство Российской Федерации осуществляет федеральную государственную политику в области охраны здоровья граждан, разрабатывает, утверждает и финансирует федеральные программы по развитию здравоохранения; в пределах, предусмотренных законодательством, координирует в области охраны здоровья граждан деятельность органов государственного управления, а также предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности.

Источниками финансирования охраны здоровья граждан являются:

- 1) средства бюджетов всех уровней;
- 2) средства, направляемые на обязательное и добровольное медицинское страхование в соответствии с Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»;
- 3) средства целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан;
- 4) средства государственных и муниципальных предприятий, организаций и других хозяйствующих субъектов, общественных объединений;
- 5) доходы от ценных бумаг;
- 6) кредиты банков и других кредиторов;
- 7) безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования;
- 8) иные источники, не запрещенные законодательством Российской Федерации.

Одним из направлений организации здравоохранения в Российской Федерации является обеспечение **санитарно-эпидемиологического благополучия населения** путем проведением государственными органами, предприятиями, учреждениями, организациями, общественными объединениями и гражданами гигиенических и противоэпидемических мероприятий, соблюдением санитарных правил, норм и гигиенических нормативов, системой государственного санитарно-эпидемиологического надзора, а также комплексом других организационных, правовых и экономических мер в соответствии с санитарным законодательством Российской Федерации.

К **государственной системе здравоохранения** относятся Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, министерства здравоохранения республик в составе Российской Федерации, органы управления здравоохранением автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, Российская академия медицинских наук, Государственный комитет санитарно-эпидемиологического надзора Российской Федерации, которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по реализации государственной политики Россий-

ской Федерации, выполнению программ в области здравоохранения и по развитию медицинской науки.

К государственной системе здравоохранения также относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники и иные предприятия, учреждения и организации.

В государственную систему здравоохранения входят лечебно-профилактические учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, создаваемые министерствами, ведомствами, государственными предприятиями, учреждениями и организациями Российской Федерации помимо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, министерств (департаментов, комитетов, отделов) здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Предприятия, учреждения и организации государственной системы здравоохранения независимо от их ведомственной подчиненности являются юридическими лицами и осуществляют свою деятельность в соответствии действующим законодательством Российской Федерации.

К *муниципальной системе здравоохранения* относятся муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные учреждения, которые являются юридическими лицами и осуществляют свою деятельность в соответствии с Основами законодательства, другими актами Российской Федерации.

Муниципальные органы управления здравоохранением несут ответственность за санитарно-гигиеническое образование населения, обеспечение доступности населению гарантированного объема медико-социальной помощи, развитие муниципальной системы здравоохранения на подведомственной территории, осуществляют контроль за качеством оказания медико-социальной и лекарственной помощи предприятиями, учреждениями и организациями государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

Финансирование деятельности предприятий, учреждений и организаций муниципальной системы здравоохранения осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

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

В частную систему здравоохранения входят лечебно-профилактические, аптечные, научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, создаваемые и финансируемые частными предприятиями, учреждениями и организациями, общественными объединениями, а также физическими лицами.

Деятельность учреждений частной системы здравоохранения осуществляется в соответствии с Основами, другими актами законодательства Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, нормативными актами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, министерств здравоохранения республик в составе Российской Федерации и органов местного самоуправления

Тема 6. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ КАК ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЙ ПРИНЦИП ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Социально-медицинская работа как общественное явление представляет собой своеобразную модель медико-социальной помощи, которую общество реализует в конкретный исторический период, в соответствии с особенностями национально-культурного, социально-политического развития и социальной политики государства.

Профилактика, будучи важным средством предотвращения развития каких-либо негативных процессов и явлений (в т.ч. заболеваний и иных нарушений функций организма), позволяет с меньшими функциональными затратами снять остроту проблемы и повернуть процесс в более благоприятное русло.

Профилактика - от греч. *Prophylaktikos* = *предохранительный* - система государственных, социальных, гигиенических и медицинских мер, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждение болезней.

Обычно под **профилактикой** понимают научно обоснованные и своевременно предпринимаемые действия, направленные на:

- предотвращение возможных физических, психологических или социокультурных коллизий у отдельных индивидов и групп риска;
- сохранение, поддержание и защиту нормального уровня жизни и здоровья людей;
- содействие им в достижении поставленных целей и раскрытии их внутреннего потенциала.

Социальная профилактика — это научно обоснованное и своевременно предпринимаемое воздействие на социальный объект с целью сохранения его функционального состояния и предотвращения возможных негативных процессов в его жизнедеятельности.

Социальная профилактика создает предпосылки для процесса нормальной социализации личности, основывающегося на приоритете принципов законности и морали. Этим самым закладывается фундамент благополучия в се-

мьях и социальной стабильности общества в целом. В этой связи нельзя не согласиться с точкой зрения авторов «Российского энциклопедического словаря по социальной работе», что в профилактике нуждается все население. Однако есть и приоритетные направления ее применения, имеются категории населения, нуждающиеся в ней в большей мере. К таким социальным группам можно отнести детей, подростков, инвалидов, пожилых, лиц, отличающихся антисоциальным образом жизни, а также испытывающих временные трудности, и др. С учетом социального положения, статуса данных категорий населения, потребностей общества в предотвращении многих социальных проблем и строится профилактическая работа.

Практика профилактической работы находится в постоянном развитии, и тем не менее можно выделить некоторые *основные характеристики ее содержательной части*.

1. Любое важное событие в жизни человека, касающееся его семьи, друзей, соседей, места жительства, работы или учебы и т.д., представляется существенным для понимания происходящего сегодня и того, что, возможно, произойдет завтра.

Повседневная жизнь изобилует стрессовыми факторами, но, поскольку они, незаметно накапливаясь, обладают так называемым кумулятивным эффектом, ни один из них в отдельности не может считаться причиной той или иной сложной социальной проблемы. Поэтому методы профилактики имеют системный характер, т.е. они направлены на искоренение источников стресса как в самом человеке, так и в социальной и природной среде и одновременно на создание условий для приобретения человеком необходимого опыта решения возникающих проблем.

2. Службы профилактики стремятся не столько реагировать на эти проблемы, сколько предотвратить их появление. Они обращены к здоровым гражданам, еще не вступившим в полосу предсказуемого жизненного кризиса или предсказуемых проблем, возникающих в результате неожиданных событий.

3. Методы профилактики обычно включают в себя обучение людей новым навыкам, которые помогают им достичь поставленных целей и сохранить здоровье. В то же время работа соответствующих служб нацелена на такие изменения социальной среды, чтобы она поддерживала и стимулировала нормальную жизнедеятельность человека.

4. Профилактика предусматривает решение еще не возникших проблем. Поэтому одни профилактические меры принимаются задолго до их возникновения, а другие – непосредственно перед возникновением проблемы.

5. И, наконец, службы профилактики призваны находить оптимальные решения, как для достижения поставленных целей, так и для предотвращения предсказуемых проблем, - в этом, и состоит ценность и значение профилактики.

При планировании социальной профилактики необходимо руководствоваться следующими **принципами**:

а) *принцип директивности*, состоящий в обязательности и своевременности исполнения в полном объеме мероприятий, предусмотренных комплексным планом социальной профилактики;

б) *принцип системности*, означающий как всесторонность воздействия взаимосвязанного комплекса экономических, социально-культурных, демографических и иных мер на всю жизнь систему факторов, обуславливающих различного рода деяния, так и согласованность деятельности субъектов профилактики в процессе разработки и реализации комплексного плана социальной профилактики;

в) *принцип корректности*, требующий включения в комплексный план социальной профилактики определенных, четко и ясно сформулированных мероприятий, сроков выполнения и органов, организаций и лиц, ответственных за их реализацию;

г) *принцип реальности*, предполагающий включение в комплексный план социальной профилактики таких мероприятий, для реализации которых имеют-

ся необходимые материальные, технические, финансовые, кадровые и иные ресурсы;

д) *принцип законченности*, обязывающий включить в комплексный план социальной профилактики такие мероприятия, а так же пути и средства их осуществления, которые полностью соответствуют требованиям действующего законодательства.

Мероприятия по предупреждению и ликвидации различных социальных отклонений, социальных пороков и т.д. базируются на комплексных гигиенических, биологических, психологических, социальных исследованиях уровня и условий жизни населения.

Идеи профилактической работы в России имеют давнюю историю. Первоначально профилактика осуществлялась в рамках борьбы с болезнями и преступностью.

М.Я. Мудров, Н.И. Пирогов, С.П. Боткин, Г.А. Захарьин, А.А. Остроумов, А.П. Доброславин, Ф.Ф. Эрисман, Д.Н. Жбанков и другие передовые деятели отечественной медицины указывали на необходимость осуществления предупредительных санитарных мер для повышения уровня здоровья людей и защиты населения от болезней, в первую очередь – от инфекционных заболеваний. Речь идет о медико-социальной профилактике.

Медико-социальная профилактика (социально-медицинская работа са-ногенетической направленности) – форма осуществления медико-социальной работы, которая включает мероприятия по предупреждению социально зависящих нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья, формирование здорового образа жизни, обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, участие в разработке целенаправленных программ и медико-социальной политики на различных уровнях, обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья, и другое.

Выработанные принципы медико-социальной профилактической работы, развитые и дополненные Д.К. Заболотным, Н.А. Семашко, З.П. Соловьевым,

способствовали тому, что в России после Гражданской войны были достигнуты впечатляющие успехи в борьбе со многими инфекционными заболеваниями.

База знаний в области профилактики стала чрезвычайно быстро расти, начиная с середины 70-х гг. XX века.

Во всем мире было создано всего несколько журналов, специально посвященных профилактике (в США в основном): «Первичная профилактика», «Профилактика в социальной работе», «Профилактика в психиатрии», «Журнал здравоохранения в общинах», «Американское государственное здравоохранение» и др. Однако до недавнего времени в литературе по социальной работе статьи, посвященные проблемам профилактики, были редкостью.

Толчком к развитию исследований и специализированных программ, а также появлению соответствующей литературы, послужили Вермонтские конференции по проблемам профилактики в области психопатологии. На конференции затрагивались не только вопросы достижения психического здоровья людей, но и проблемы взаимодействия различных социальных факторов, которые в сумме могут привести к развитию психических отклонений у детей, подростков, а также людей старшего возраста. Соответственно, достаточно внимания уделялось и вопросам предотвращения негативного воздействия этих факторов на здоровье и благополучие населения.

Часть материалов этих конференций, опубликованных в сборниках и отдельных монографиях, относится к числу лучших работ по профилактике. Можно назвать таких авторов, как Г. Олби и Дж. Джоуф (1977), Э. Фогейса (1976), М. Кента и Дж. Ролфа (1979), Л. Бонда и Дж. Роузена (1980), С. Гордона и Х. Лейтенберга (1983 г.), Дж. Зусман (1982). Благодаря участию в конференциях, стали известны ученые, работающие в разных областях поведенческих и социальных наук.

В области теории и исследований вклад социальной работы в развитие медико-социальной профилактики пока невелик, но практические результаты, достигнутые социальными работниками, весьма значительны.

Болезнь – нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обу-

словленное функциональными или морфологическими изменениями. Возникновение болезни связано с воздействием на организм вредных факторов внешней среды (физических, химических, биологических, социальных), с его генетическими дефектами и т.д.

В развитии болезни обычно различают *4 стадии*:

- 1) латентный период (скрытый);
- 2) период продромальных явлений (от появления симптомов болезни);
- 3) период разгара болезни (полное развитие характерной для данной болезни клинической картины);
- 4) период окончания болезни (исходы болезни (выздоровление, рецидив, переход острой формы в хроническую, смерть).

Выделение периодов болезни, вариантов ее течения, фаз обострения и ремиссии, изучение причин перехода острой формы болезни в хроническую имеет большое клиническое и социальное значение и используется для тактики лечения и планирования профилактических реабилитационных мероприятий.

Если заболевание – это болезнь отдельного человека, случай болезни, возникновение болезни, то **заболеваемость** является одним из важнейших показателей оценки здоровья населения.

Как правило, под этим термином подразумеваются показатели распространенности выявленных и зарегистрированных болезней в течение определенного календарного срока (квартал, полугодие, год).

Заболеваемость может характеризовать все население, отдельную возрастную-половую, профессиональную и иную социальную группу. Например: заболеваемость профессорско-преподавательского состава всех вузов г. Москвы или заболеваемость учителей Юго-Западного округа и т.д.

Показатели заболеваемости исчисляются на 1000, 10000 или на 100 тысяч населения.

Основными *видами заболеваемости населения* бывают следующие.

1. Первичная заболеваемость характеризует число вновь выявленных (зарегистрированных) в текущем году заболеваний. За единицу учета принято

считать первое обращение к врачу в календарный год при условии данного заболевания.

Диагнозы острых заболеваний регистрируются при каждом их новом возникновении.

Хронические заболевания учитываются только 1 раз в году, причем обострения хронических заболеваний, как повторные заболевания в текущем году, не подлежат учету.

2. Распространенность, болезненность, общая заболеваемость характеризуют число всех имеющих у населения болезней.

Болезненность характеризуется суммированием заболеваемости по обращаемости и заболеваемости по результатам целевых, профилактических и углубленных медицинских осмотров.

Кроме этого, существуют и другие виды заболеваемости, такие как: **инфекционная неэпидемическая заболеваемость** (злокачественные новообразования, туберкулез и др.), **госпитализированная заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ)**, **заболеваемость со стойкой утратой трудоспособности и профессиональная заболеваемость**.

Уровень общей заболеваемости определяется влиянием различных факторов. Наиболее значимыми являются возрастно-половой и профессиональный состав, место жительства (город, село. Крайний Север, аридная зона), семейно-бытовые и экономические факторы, образ жизни, качество и доступность медицинской помощи, включая медицинскую активность.

Отсюда и различная структура заболеваемости. Например, у городского населения России *структура заболеваемости выглядит* так:

- 1) болезни органов дыхания;
- 2) болезни системы кровообращения;
- 3) заболевания нервной системы и органов чувств;
- 4) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- 5) болезни органов пищеварения.

У сельских жителей (по ранговым тестам) *структура заболеваемости со-*

всем иная:

- 1) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- 2) болезни органов дыхания;
- 3) болезни системы кровообращения;
- 4) болезни нервной системы и органов чувств;
- 5) психические расстройства.

В структуре заболеваемости женщин (показатели которой выше, чем у мужчин), как и детей, существуют и дифференцируются различные виды заболеваний.

Социально-профилактическое направление в деле охраны и укрепления здоровья народа включает в себя медицинские, санитарно-технические, гигиенические и социально-экономические мероприятия. Создание системы предупреждения заболеваний и устранения факторов риска является важнейшей социально-экономической и медицинской задачей государства.

Выделяют индивидуальную и общественную профилактику. В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии у человека рассматривают 3 вида профилактики.

Первичная профилактика – это система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, оздоровление окружающей среды и др.). К первичной профилактике относят социально-экономические мероприятия государства по оздоровлению образа жизни, окружающей среды, воспитанию и др.

Профилактическая деятельность обязательна для всех медицинских работников. Не случайно поликлиники, больницы, диспансеры, родильные дома называются лечебно-профилактическими учреждениями.

Вторичная профилактика – это комплекс мероприятий по устранению выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (снижение иммунного статуса, перенапряжение, адаптационный срыв) могут привести к возникновению, обострению или рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления.

Ряд специалистов предлагают термин «*третичная профилактика*» как комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Третичная профилактика имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности личности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем) реабилитацию.

Важнейшей составной частью всех профилактических мероприятий является формирование у населения медико-социальной активности и установок на здоровый образ жизни.

Тема 7. МЕДИКО-САНИТАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Социально-гигиенические, эпидемиологические, клинико-социальные и другие исследования убедительно доказали, что здоровье человека, в первую очередь, зависит от здорового образа жизни каждого из них.

По данным известных отечественных ученых Ю.П. Лисицына, Ю.М. Комарова и многочисленных зарубежных авторов, ОЖ формирует здоровье и занимает примерно 50–55% удельного веса всех факторов, обуславливающих здоровье населения.

К другим факторам, непосредственно влияющим на здоровье, относятся:

- экология (влияние внешней среды) – 20–25%;
- наследственность – 20%;
- здравоохранение – 10%.

Существуют и другие различные модели, где скрупулезно показано отрицательное влияние тех или иных факторов на здоровье человека. О неблагоприятном воздействии загрязнения окружающей среды на состояние здоровья человека Вам придется слышать и читать в различных источниках, в том числе на лекциях по экологии.

Пути формирования ЗОЖ вытекают из его функциональной структуры, а

«открывашкой» – ключом, как правило, является медицинская активность, т.е. деятельность личности, направленная на охрану, укрепление, воспроизводство здоровья или, как подчеркивает академик Лисицын Ю.П., – «медицинскую активность со знаком плюс».

Как же трактуется понятие медицинской активности, а вместе с ней и понятие «высокая и низкая медицинская активность»?

Итак, **медицинская активность** – это наиболее характерная, типичная для определенного исторического периода деятельность (активность) людей по отношению к своему (личному, персональному) и других людей (общественному) здоровью.

Медицинская активность – это область гигиенического, медицинского обучения, воспитания, образования, медицинской информированности, психологической установки в отношении здоровья. Она включает:

- 1) посещение медицинских учреждений, выполнение медицинских советов, предписаний;
- 2) поведение при лечении, профилактике, реабилитации, в т.ч. самолечении, других медицинских мерах;
- 3) участие в охране и улучшении здоровья населения, забота о здоровье других (профилактика, лечение, работа медицинских учреждений и др.);
- 4) преодоление вредных привычек, традиций, обычаев, т.е. целенаправленная деятельность человека по формированию **здорового образа жизни**.

По этим понятиям судят о медицинской информированности и, прежде всего, соблюдении гигиенических норм не только индивидуума, но и семьи. Поэтому для педагога, как интеллигента и носителя всего нового и передового, высокая медицинская активность в жизни является потребностью и необходимостью на весь период жизни. Несоблюдение перечисленных условий относится к низкой медицинской активности, а значит, является фактором риска.

А теперь рассмотрим основные факторы, характеризующие здоровый образ жизни.

Режим труда и отдыха. Строгий, ритмичный режим труда и отдыха –

одно из важнейших условий высокой работоспособности организма человека. При этом следует учитывать различия условий жизни и труда отдельных категорий людей, чей труд связан с различными видами деятельности.

Например, педагоги и преподаватели работают по расписанию в определенные часы и дни неравномерно, рабочие связаны с работой по сменам. Труд и отдых работающих в условиях экстремальности и вредности отличается от рабочих и служащих, которые выдерживают в основном график 30–40-часовой недели. И совсем неординарен труд вахтовиков, работающих по 12 часов через 12 дней по 15 дней или по 30–45 с таким же промежутком отдыха. Кстати, этот труд в условиях России экономически оправдан и широко распространяется в топливно-энергетическом комплексе (регионы нефтегазодобычи на Крайнем Севере), при строительстве в г. Москве (окружная автодорога, промышленное и жилищное строительство).

Основные положения труда и отдыха должны соблюдаться всеми, независимо от специфики деятельности, обязательно.

Гигиена сна. Сон – эффективный способ снятия умственного и физического напряжения. Недаром ослабленный, больной человек или находящийся длительное время в экстремальных ситуациях способен спать длительное время. Это – физиологическая защита организма, потребность, как лечение, обусловлена сложными психофизиологическими процессами.

Во время сна происходят изменения всей жизнедеятельности организма, уменьшается расход энергии, восстанавливаются и начинают функционировать системы, которые понесли сверхнагрузку (переутомление или болезненные изменения). Сон устраняет утомление и предупреждает истощение нервных клеток. Происходит накопление богатых энергией фосфорных соединений, при этом повышаются защитные силы организма. Хронические же недосыпания способствуют так называемой **сшибке** – появлению неврозов, ухудшению функциональных и снижению защитных сил организма.

Как выполняют эти требования студенты? По наблюдениям за 655 студентами, проживающими в общежитии, установлено, что до 22 часов ко сну отхо-

дит 19,3%, до 1 часа ночи – 81%, до 2 часов ночи – 46%, а после 2 часов – 16,2%. По причине недосыпания до 43% студентов прибегают к дневному сну. Значит, они, полусонные, заторможенные к восприятию и запоминанию информации, которую дают на лекциях, практически не осмысливают ее. Естественно, у них снижается работоспособность как умственная, так и физическая.

Принято считать, что студентам необходимо спать 7-9 часов в сутки. Наиболее приемлемым, точнее физиологичным, периодом является период с 23 до 7–8 часов утра. При систематическом недосыпании у студентов умственная работоспособность снижается на 7–15%.

Гигиеной сна, о чем Вы наверняка слышали, предусматривается отход и подъем в одно и то же время, с незначительным размахом во времени. Тишина, затемнение окон, приток свежего воздуха, но не сквозняка, обязательны. Прием пищи, не возбуждающей организм, – за 1,5–2 часа до сна. Желательно сосредоточиться на отдыхе, не нагружая себя мыслями, заботами и переживаниями прошедшего дня и будущего.

Гигиенические основы и разновидности питания. Пища необходима человеку для выполнения трудовой деятельности, поддержания температуры тела и восстановления разрушающихся в процессе жизнедеятельности тканей. Подбор пищевых продуктов основывается на том, что поступление в организм пищи должно быть с достаточным количеством жиров, белков, углеводов, витаминов, минеральных солей, воды. Считается, что суточная норма белка в среднем составляет 100 гр, жира – 80–90 гр, углеводов – 350–400 гр. Важным принципом рационального питания является сбалансированность приема основных пищевых веществ. Соотношение белков, жиров, углеводов должно составлять соответственно 15–30–55% суточной калорийности потребляемой пищи.

Важность пропаганды здорового образа жизни (ЗОЖ), в частности, сохранения зрения не вызывает сомнений. Методам и средствам пропаганды ЗОЖ в целях профилактики заболеваний посвящено множество научных трудов. К числу проблем, которые сейчас остро стоят перед теорией и практикой по гиги-

еническому воспитанию населения относится проблема определения их эффективности. Проведенные в Крымском республиканском центре реабилитации зрения социологические исследования по этому вопросу в существующей системе охраны зрения, касающиеся отношения человека к здоровью, выявили несоответствие между потребностью человека в сохранении зрения и теми действиями, которые он совместно с медициной предпринимают для его охраны. Каждый человек должен не только обладать достаточной суммой гигиенических знаний, но и реализовывать их в своем поведении.

Осведомленность населения, представленная в виде суммы показателей гигиенического поведения человека, степени его общественной активности в области охраны здоровья и оздоровлении окружающей среды, определяется как санитарная культура. Уровень этой культуры служит показателем состояния санитарного просвещения и одновременно определяет его направления и задачи.

Однако изменение стиля поведения индивидуума в сторону выполнения здоровьесохраняющих норм остается довольно сложным вопросом для всего населения, учитывая состояние общей культуры, традиционно сложившийся уклад жизни, достаточно равнодушное отношение в обществе к здоровью, отсутствие должного осознания ценности человеческой жизни.

Поэтому санитарное просвещение, гигиеническое воспитание должны обязательно входить в деятельность каждого лечебно-профилактического учреждения, профессиональную обязанность каждого медицинского работника.

При определении новых форм проведения санитарно-просветительной работы основным, определяющим явилось изучение существующих методологических основ, анализ их несостоятельности и выработка новых подходов к методам санитарного просвещения.

Как известно, методы санитарного просвещения группируются по виду передачи информации: индивидуальное воздействие - беседы врача, памятки, листовки; воздействие на группу лиц - лекции, плакаты, санитарные бюллетене-

ни; массовой коммуникации, т.е. популяционный метод - средства массовой информации: телевидение, радио, газеты журналы.

Информация должна быть максимально усвояемой, эмоционально окрашенной, носить позитивный, ненавязчивый, конструктивный, незапрещающий характер, обладать определенной новизной, включать социально-трудовые рекомендации.

Анализ состояния гигиенического воспитания и пропаганды ЗОЖ в существующей системе охраны зрения детей и подростков показали недостатки: в методах индивидуального воздействия при эргономическом изучении работы врача на приеме в отведенное 12-минутное время врач не только не успевает качественно осуществить лечебно-диагностический процесс, но и из-за недостатка времени физически не в состоянии проводить по линии ЗОЖ какие бы то ни было индивидуальные беседы.

Данные проведенного анкетирования подтверждают повсеместное отсутствие бесед врача на приеме по вопросам гигиены воспитания. Реальное изучение существа вопроса и данные того же анкетирования подтверждают и отсутствие памяток и листовок, содержащих информацию по санитарному просвещению.

Таким образом, эффективность метода индивидуального воздействия в существующей системе охраны зрения в целом равна нулю.

В методах группового воздействия отмечается повсеместное отсутствие лекционной подачи материала как в детских лечебных учреждениях так и в школах. К тому же, в школьных программах отсутствует информация по гигиеническому воспитанию и пропаганде ЗОЖ. Из группового метода в условиях поликлиник реально существуют исключительно плакаты и санитарные бюллетени, с которыми, согласно данным анкетирования знакомились 3,4%. Таким образом, эффективность этого метода в целом составила 3,4%.

В методах массовой коммуникации – в теле-радио-передачах, газетах отмечается практически полное отсутствие какой бы то ни было информации по пропаганде ЗОЖ. Данные анкетирования подтверждают это утверждение.

Несмотря на то, что многие средства массовой информации (СМИ) уделяют достаточно большое внимание публикации материалов на медицинские темы, ценность этих выступлений остается невысокой, так как они не достигают основной цели формирования общественного мнения. Большинство изданий в лучшем случае решают задачу информирования общественности по широкому кругу вопросов, да и то поверхностного. Подбор информации и предпочтение отдельных изданий в отношении конкретных видов информации никоим образом не определяются истинными потребностями населения в формировании навыков здорового образа жизни, а остаются чаще на уровне рекламно-сенсационных сообщений. Положительно могут быть оценены публикации, стимулирующие интерес к проблеме и вынуждающие читателя проявлять активность в поисках дополнительной информации. К сожалению качество медицинских публикаций, особенно в немедицинских изданиях, оставляет желать лучшего, что выражается в отношении населения к медицинской информации.

Исследования последних лет свидетельствуют о том, что население осознает свою роль в сохранении и укреплении здоровья, трезво оценивает негативное влияние вредных привычек на состояние здоровья, понимает значимость сохранения здоровья в современных неблагоприятных социально-экономических условиях. Однако понимание не приводит к побуждению изменить жизненные позиции, сложившийся стереотип небезопасного для здоровья поведения.

Таким образом, общий КПД гигиенического воспитания и пропаганды ЗОЖ в существующей системе охраны зрения составил 3,4%, что и определило необходимость поиска совершенствования методологии и магистральных путей повышения эффективности системы пропаганды ЗОЖ.

Исходя из потенциальных возможностей каждого из трех методов подачи информации следует отметить, что повышение эффективности механизма пропаганды можно ожидать за счет концентрации усилий по совершенствованию в первую очередь метода массовой коммуникации, во вторую очередь – группового, и в последнюю очередь – индивидуального воздействия. Исследуя эффек-

тивность различных методов подачи материала, нами за основу были взяты общие принципы педагогики, в частности, основы физиологии и психологии. Как известно, усвояемость обучающимся любого материала коррелируется с категорией памяти. В соответствии с этим этапы накопления следов памяти определяют уровни ее. Так, память, длящаяся в пределах одной минуты, относится к кратковременной, с большей продолжительностью, в том числе в течение всей жизни – к долговременной.

Основная цель санитарной пропаганды состоит в переводе подаваемой информации из кратковременного вида памяти в долговременную, при которой информация переходит в разряд знаний. При этом программа подачи материала должна задействовать все репрезентативные системы человека – аудиального, визуального и кинетического каналов. Основным при этом является аудиовизуальный канал, 80% информации человек получает благодаря задействованию именно этих каналов. Научно обоснованным в выборе воздействия на индивидуум в связи с этим является акцент на телепропаганду.

Как известно, в амбулаторно-поликлинических учреждениях выделяется два основных аспекта санитарно-просветительной работы:

- санитарное просвещение по привлечению населения на медицинские профилактические осмотры;
- санитарное просвещение диспансеризуемых контингентов в условиях динамического наблюдения за ними.

Успех профилактических осмотров в значительной степени зависит от отношения к ним населения и готовности в них участвовать. И если проблема медицинских профилактических осмотров школьников в КРЦРЗ решена с помощью индустриальных методов – скрининговых мобильных бригад, то для привлечения диспансеризуемого контингента и динамического наблюдения за ним было применено аккордное санитарно-просветительное воздействие, т.е. ударная, кратковременная, массированная информация о целях, задачах и практической значимости диспансеризации. Это обеспечивалось разъяснением с помощью телевидения, радио, прессы, существа и целей диспансеризации. Лектора-

том при этом являлось практически все население Крыма. Дальнейшая пропаганда по гигиеническому обучению пришедших в Центр пациентов с пониженным зрением и относящихся к группе «риска» осуществлялась непосредственно в КРЦРЗ с внедрением локального телевидения – показом видеофильмов, групповых бесед, плакатов, санитарных бюллетеней и на приеме у врача памяток и буклетов.

Тема 8. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ.

Гигиенические знания в пропаганде ЗОЖ влияют на сроки выздоровления, эффективность долечивания, восстановления трудоспособности, предупреждение обострений заболеваний и появление самих заболеваний.

Наряду с проблемой табакокурения, пьянства, алкоголизма, туберкулеза, СПИДа остро стоит проблема сохранения зрения. В этих условиях роль санитарно-просветительной работы неоспорима. Однако в практическом здравоохранении эта работа ведется крайне недостаточно, а часто вообще не осуществляется

Крайне негативные тенденции в состоянии здоровья населения в значительной степени являются следствием резкого увеличения количества курящего населения, особенно среди подростков, молодых людей в возрасте 30-39 лет, обострившейся проблемы алкоголизма, наркомании и токсикомании, уменьшения числа лиц, занимающихся физкультурой и спортом, нерационального питания и, как следствие этого, наличие избыточного веса у значительной части населения.

За последнее десятилетие резко обострилась проблема психического здоровья. В настоящее время более 70% взрослого населения испытывает состояние хронического психологического стресса. Все это требует целенаправленного проведения профилактических мероприятий, к важнейшим из которых относится гигиеническое обучение и воспитание населения с целью формирования здорового образа жизни, в том числе расширения и совершенствования психотерапевтической и психопрофилактической помощи.

Мировой опыт свидетельствует о высокой эффективности этой профилактической деятельности.

В настоящее время в Российской Федерации гигиеническое обучение и воспитание населения осуществляют 267 республиканских, краевых, областных и городских центров медицинской профилактики и 60 соответствующих отделений (кабинетов) в лечебно-профилактических учреждениях, а научно-методическое обеспечение – Федеральный НИИ медицинских проблем формирования здоровья и Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины.

Работа по гигиеническому обучению и воспитанию населения, как правило, полностью возлагается на центры медицинской профилактики, которые, в ущерб организационно-методической и координационной деятельности, подменяют работу специалистов и учреждений здравоохранения, санитарно-эпидемиологической службы.

В лечебно-профилактических учреждениях сельских районов полностью или частично упразднены должности врачебного и среднего медицинского персонала, занимающегося вопросами профилактики заболеваний, гигиенического обучения и воспитания.

Сложившаяся система пропаганды медико-гигиенических знаний не отвечает современным требованиям, так как не предусматривает вовлечение для этих целей заинтересованных организаций и учреждений, прежде всего образования, культуры, экологических служб, общественных и религиозных организаций, средств массовой информации.

В стране не решены вопросы подготовки и повышения квалификации медицинских работников по вопросам профилактики заболеваний, гигиенического обучения и воспитания населения.

Научно-исследовательские учреждения практически устранились от разработки научных подходов и систем гигиенического обучения и воспитания различных групп населения, критериев оценки его эффективности, психологических, педагогических и других аспектов пропаганды здорового образа жизни.

Положения о лечебно-профилактических учреждениях всех типов (поликлиника, амбулатория, больница и т.д.) предусматривают работу по санитарно-гигиеническому воспитанию населения. Тем не менее, анализ практического осуществления санитарно-просветительной работы в этих учреждениях показывает, что чаще на местах к ее проведению подходят формально и часто допускаются методические ошибки, основной причиной которых является отсутствие знаний об организации и методических подходах к этой работе, что приводит к нарушению основного принципа санитарного просвещения (дифференцированности и целенаправленности пропаганды), а среди форм санитарного просвещения преобладает выпуск санитарно-просветительных бюллетеней, следствием чего является крайне низкая информированность населения в области ЗОЖ.

Усиление профилактической деятельности в отрасли и, в частности, в амбулаторно-профилактических учреждениях, как основной составляющей ее, диктует необходимость расширения масштабов профилактических осмотров и диспансерного наблюдения. Это в свою очередь диктует необходимость поиска новых форм проведения санитарно-гигиенической работы.

Анализируя состояние существующей системы охраны зрения, ее низкий КПД, заключающийся в концентрации сил на борьбе с заболеваниями, как следствии, а не на профилактике, как основе недопущений или снижений самой заболеваемости, можно с полным основанием утверждать, что коренных существенных позитивных сдвигов без принципиально новых подходов к санитарно-просветительной работе достичь не удастся. И если в основе новой модели системы охраны зрения, отличающейся наибольшей эффективностью на всех ее этапах, заложены принципы индустрии, то и в санитарно-просветительной работе с целью повышения ее КПД должен быть заложен этот же принцип как определяющий.

Тема 9. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Страховая медицина – форма организации здравоохранения, которая предусматривает обязательное государственное страхование от болезней в сочетании с частной врачебной практикой и медицинскими учреждениями.

Страховая медицина позволяет поставить оплату труда медицинского персонала и доходы лечебных учреждений в непосредственную зависимость от качества лечения и диагностики.

Медицинское страхование в РФ – форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья. **Цель медицинского страхования** состоит в том, чтобы гарантировать гражданам РФ при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Медицинское страхование является важнейшей частью социальной защиты населения. **Цель введения медицинского страхования в общую систему социальных гарантий гражданам** – привлечение дополнительных средств в здравоохранение; повышение ответственности медицинских учреждений за оказание услуги; повышение ответственности граждан за свое здоровье, расширение структуры медицинских учреждений.

В 1991 был принят ФЗ РФ «О медицинском страховании».

В 1993 г. в соответствии с законом РФ о медицинском страховании граждан в России была введена и в настоящее время функционирует *система обязательного медицинского страхования населения (ОМС)*. Сегодня эта система и **Федеральный фонд ОМС** являются одним из основных источников финансирования российского здравоохранения и, соответственно, обеспечения социальной защищенности граждан. В основе деятельности системы ОМС как организационно-правовой формы социальной защиты положены принципы всеобщности, социальной справедливости и равного права всех граждан государства на бесплатную медицинскую помощь, которая гарантируется Конституцией РФ.

На 1 января 2007 года структура системы обязательного медицинского страхования была представлена 91 территориальным фондом ОМС, 832 их фи-

лиалами, из которых 378 филиалов выполняли функции страховщиков, 276 страховыми медицинскими организациями и 90 их филиалами (всего 366, включая филиалы страховых медицинских организаций).

В системе обязательного медицинского страхования работали также 8457 самостоятельных лечебно-профилактических учреждений и 19760 учреждений, входящих в состав других лечебно-профилактических учреждений.

Филиалы территориальных фондов ОМС функционировали на территориях 58 субъектов Российской Федерации. Филиалы ТФОМС с функциями страховщиков осуществляли работу на территориях 31 субъекта Российской Федерации. Страховые медицинские организации и их филиалы работали в 70 субъектах Российской Федерации.

Российский закон так же регулирует правовое положение иностранных граждан в сфере ОМС. Например, иностранные граждане, проживающие в РФ, имеют такие же права и обязанности в сфере ОМС, как и граждане РФ, если иное не предусмотрено международными соглашениями, заключенными Россией. Этим законодательным актом регламентировано взаимодействие системы ОМС России с подобными системами других государств на основе межгосударственных соглашений о медицинском страховании.

Остальные виды медицинской помощи осуществляются за счет личных средств граждан или иных источников.

Система медицинского страхования:

- 1) страховые учреждения, организации (страховщики);
- 2) учреждения, организации или частные лица, которые являются страхователями (то есть тем, кто платит деньги), частные организации;
- 3) медицинские учреждения, которые оказывают медицинские услуги;
- 4) застрахованное лицо.

Т.о., в России существует **2 вида медицинского страхования:**

- 1) ***добровольное медицинское страхование*** – форма организации страхования на случай потери здоровья, предоставляющая гражданам возможность полной или частичной компенсации расходов на медицинское обслуживание и

потерю трудового дохода во время болезни, в дополнение к системе государственного здравоохранения или обязательного медицинского страхования;

2) **обязательное**, которое распространяется на всех граждан РФ, основывается на базовой программе минимальных медицинских услуг для диагностики, лечения и реабилитации пациентов.

Объем медицинских услуг не может быть меньше базовой программы. Ряд социально-значимых заболеваний не входит в базовую программу и оплачивается из бюджета: заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП), туберкулез, дорогие трансплантации и т.д. Так же не входит оказание скорой помощи. В рамках медицинского страхования ее субъекты имеют свои права и обязанности (например: выбор страховых компании, медицинского учреждения, врача; предъявление претензий по поводу некачественного обеспечения).

Добровольное медицинское страхование отличается от обязательного тем, что человек сам выбирает себе спектр предоставляемых медицинских услуг. Как следствие, повышается цена, количество и качество (методы обследования, условия пребывания и т.д.) услуг.

В рамках медицинского страхования речь может идти также о следующих *направлениях страхования населения от рисков*.

Страхование на случай заболевания СПИДом – страхование, предусматривающее ответственность страховых органов в случае заражения страхователя вирусом иммунодефицита. На страхование принимаются граждане, имеющие документ, подтверждающий отрицательные результаты лабораторных анализов крови на вирус СПИДа.

Страхование основных медицинских расходов – форма страхования здоровья, обеспечивающая покрытие расходов по основным направлениям затрат: расходы по госпитализации, хирургические расходы, разнообразные больничные расходы и врачебный уход. Страхование основных медицинских расходов проводится в форме индивидуального или группового страхования.

Страхование от болезней и расходов на лечение – форма страхования здоровья, обеспечивающая страховую защиту при необходимом лечении вслед-

ствие болезни. Страхование от болезней и расходов на лечение проводится в форме индивидуального, семейного или группового страхования.

Страхование ухода за больным в больнице – форма страхования здоровья, обеспечивающая страховую защиту от снижения уровня жизни на случай возникновения расходов, вызванных помещением страхователя или застрахованного в больницу. Обычно страхование ухода за больным в больнице включается как вид ответственности в договоры страхования от несчастных случаев или договоры страхования ответственности.

Договор медицинского страхования в РФ – соглашение между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества или иных услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования.

Медицинский страховой полис – основной документ, удостоверяющий участие застрахованного контингента в системе страховой медицины. Размер страхового взноса при оформлении полиса зависит от состояния здоровья – наличия факторов риска, которые выявляются в ходе врачебно-страховой экспертизы.

Лицензирование медицинского страхования в РФ – выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования.

Тема 10. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Существуют следующие виды медико-социальной экспертизы состояния здоровья человека и степени нетрудоспособности.

1. Экспертиза временной нетрудоспособности

Экспертиза временной нетрудоспособности граждан в связи с болезнью, увечьем, беременностью, родами, уходом за больным членом семьи, протезированием, санаторно-курортным лечением и в иных случаях производится в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Экспертиза временной нетрудоспособности производится лечащими врачами государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, которые единолично выдают гражданам листки нетрудоспособности сроком до 30 дней, а на больший срок листки нетрудоспособности выдаются врачебной комиссией, назначаемой руководителем медицинского учреждения.

При экспертизе временной нетрудоспособности определяются необходимость и сроки временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принимается решение о направлении гражданина в установленном порядке на медико-социальную экспертную комиссию, в том числе при наличии у этого гражданина признаков инвалидности.

При оформлении листка нетрудоспособности сведения о диагнозе заболевания с целью соблюдения врачебной тайны вносятся с согласия пациента, а в случае его несогласия указывается только причина нетрудоспособности (заболевания, травма или иная причина).

В отдельных случаях по решению местных органов управления здравоохранением экспертиза временной нетрудоспособности граждан в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения может быть поручена работнику со средним медицинским образованием.

2. Медико-социальная экспертиза

Медико-социальная экспертиза устанавливает причину и группу инвалидности, степень утраты трудоспособности граждан, определяет виды, объем

и сроки проведения их реабилитации и меры социальной защиты, дает рекомендации по трудовому устройству граждан.

Медико-социальная экспертиза производится учреждениями медико-социальной экспертизы системы социальной защиты населения.

Рекомендации медико-социальной экспертизы по трудовому устройству граждан являются обязательными для администрации предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности.

Порядок организации и производства медико-социальной экспертизы устанавливается законодательством Российской Федерации.

Гражданин или его законный представитель имеет право на приглашение по своему заявлению любого специалиста с его согласия для участия в проведении медико-социальной экспертизы.

Заключение учреждения, производившего медико-социальную экспертизу, может быть обжаловано в суд самим гражданином или его законным представителем в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

3. Военно-врачебная экспертиза

Военно-врачебная экспертиза определяет годность по состоянию здоровья к военной службе граждан, подлежащих призыву на военную службу, поступающих на военную службу по контракту, пребывающих в запасе (резерве) Вооруженных Сил Российской Федерации, федеральных органов государственной безопасности и Пограничных войск Российской Федерации, и военнослужащих, устанавливает у военнослужащих (граждан, призванных на военные сборы) и уволенных с военной службы причинную связь заболеваний, ранений, травм с военной службой (прохождением военных сборов), определяет виды, объем, сроки осуществления медико-социальной помощи военнослужащим и их реабилитации.

Порядок организации и производства военно-врачебной экспертизы, а также требования к состоянию здоровья граждан, подлежащих призыву на во-

енную службу, поступающих на военную службу по контракту, и военнослужащих устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Заключения военно-врачебной экспертизы являются обязательными для исполнения должностными лицами на территории Российской Федерации.

Гражданам предоставляется право на производство независимой военно-врачебной экспертизы в порядке, предусмотренном статьей 53 Основ законодательства об охране здоровья граждан.

Заключение учреждения, производившего военно-врачебную экспертизу, может быть обжаловано в суд самим гражданином или его законным представителем в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

4. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы

Судебно-медицинская экспертиза производится в медицинских учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения экспертом бюро судебно-медицинской экспертизы, а при его отсутствии – врачом, привлеченным для производства экспертизы, на основании постановления лица, производящего дознание, следователя, прокурора или определения суда.

Судебно-психиатрическая экспертиза производится в предназначенных для этой цели учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения.

Гражданин или его законный представитель имеет право ходатайствовать перед органом, назначившим судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу, о включении в состав экспертной комиссии дополнительно специалиста соответствующего профиля с его согласия.

Порядок организации и производства судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз устанавливается законодательством Российской Федерации.

Заключения учреждений, производивших судебно-медицинскую и судебно-психиатрическую экспертизы, могут быть обжалованы в суд в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

5. Независимая медицинская экспертиза

При *несогласии граждан с заключением медицинской экспертизы* по их заявлению производится независимая медицинская экспертиза соответствующего вида, предусмотренная статьями 48 и 51 Основ законодательства об охране здоровья граждан.

Экспертиза признается независимой, если производящие ее эксперт либо члены комиссии не находятся в служебной или иной зависимости от учреждения или комиссии, производивших медицинскую экспертизу, а также от органов, учреждений, должностных лиц и граждан, заинтересованных в результатах независимой экспертизы.

Положение о независимой медицинской экспертизе утверждается Правительством Российской Федерации.

При производстве независимой медицинской экспертизы гражданам предоставляется право выбора экспертного учреждения и экспертов.

В конфликтных случаях окончательное решение по заключению медицинской экспертизы выносится судом.

Раздел 3. ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ

Тема 11. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ПОЖИЛЫМИ И СТАРЫМИ ЛЮДЬМИ

ВОЗ выделяет *три типа социально-медицинской помощи пожилым*.

Первичная медико-санитарная помощь, включая широкий набор методов и приемов, которые доступны как для каждого человека в отдельности, так и для всего населения и применяются при их полном и непосредственном участии. Сюда входит первичный контакт со службами здравоохранения и такие элементы, как просвещение и участие на уровне общины и межсекторальная деятельность, а также традиционное оказание помощи службами здравоохранения.

Первичная медицинская помощь, которая обычно обеспечивается на уровне, ассоциируемом с врачом общей практике, но не обязательно ограничивается только врачебной помощью.

Гериатрическая помощь в основном обеспечивается под руководством медицинского специалиста, который обычно входит в состав комплексной бригады.

Вопреки широко распространённому 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, необходима помощь специалиста-гериатра. Поэтому основная помощь пожилым будет оказываться в рамках первичной медико-санитарной помощи; это обусловлено ещё и тем, что во многих странах мира ощущается нехватка врачей-гериатров.

ВОЗ выделяет **три типа социально-медицинской помощи пожилым**:

- 1) первичная медико-санитарная помощь, включающая методы и приемы доступные каждому человеку в отдельности и населению в целом, традиционное оказание помощи службами здравоохранения;
- 2) первичная медицинская помощь, обеспечиваемая врачом общей практики (не ограничивается только врачебной помощью);
- 3) гериатрическая помощь, контролируемая медицинским специалистом в составе комплексной (междисциплинарной) бригады.

Здравоохранение для пожилых включает широкий круг услуг: острый и хронический уход, амбулаторную, кратковременную и долговременную помощь, социально ориентированную персональную помощь на дому или в общине. Развиваются также альтернативные виды помощи такие как дневные медицинские и социальные центры.

Принципы и подходы к развитию различных видов социально-медицинской помощи пожилым:

- обеспечение преемственности различных служб – стационарных, амбулаторных, помощи на дому для нужд пожилых людей;
- развитие необходимых профилактических и поддерживающих услуг;
- развитие интегративных услуг на местном уровне;

- привлечение государственных и частных ресурсов для обеспечения наиболее полного спектра услуг пожилым;
- стремление к экономически эффективным системам услуг, включая профилактические мероприятия, компенсацию нарушенных функций, поддержку независимой жизни дома.

В последние десятилетия во многих странах в развитии медико-социальной помощи пожилым делается акцент на продвижение долговременной помощи, определяемой как комплекс мероприятий на длительный период тем пожилым, которые не могут без нее существовать.

Услуги долговременной помощи должны пересекать границы между здравоохранением, социальными программами и уходом. Долговременная помощь – это наиболее быстро растущий сегмент здравоохранения (включая экономические аспекты), с которым мы подступаем к следующему столетию. Долговременная помощь фокусируется на личности с функциональными нарушениями (и его/ее поддерживающих системах), нуждающейся в поддержании повседневной активности, такой как управление приемом лекарственных препаратов, приготовление пищи, работа по хозяйству.

Наиболее существенный компонент долговременной помощи – помощь на дому, помощь на уровне общины.

Помощь на дому – комбинация медицинских, социальных, практических услуг, которые обеспечивают потребности пожилых и позволяют им оставаться дома.

Эффективная *профилактическая медицина*, поставляемая на дом, способна значительно снизить потребности пожилых в госпитализации и институализации.

Медико-социальные услуги помощи на дому – это профессиональная помощь посредством визитов на дом к пациентам, имеющим повышенный риск заболеваемости или повреждения, заболевания, нарушения функций, к терминальным больным и всем нуждающимся в кратко- и долговременной помощи профессиональных работников.

Службы помощи на дому предусматривают:

- визиты персонала на дом;
- инфузионная терапия на дому;
- поставка медицинского оборудования на дом;
- хоспис;
- услуги патронажных работников.

Базовые компоненты службы помощи на дому включают в себя пациентов, персонал, экономический механизм оплаты услуг и конечные результаты.

В теории СМР выделяют *два вида помощи на дому* – формальную, которая обеспечивается группой профессионалов, работающих в бригаде или отдельно, а также неформальную, обеспечиваемую родственниками, друзьями или соседями.

В помощь на дому входят и широкий круг вспомогательных услуг, таких как доставка пищи на дом, местный транспорт, финансовая помощь, дневные программы на базе медицинских или социальных учреждений.

Полностью зависят от формальной медицинской и персональной помощи только 5 - 10% больных пожилых.

Помощь на дому означает так же помощь семье в ее работе по уходу.

Перечень видов медицинской помощи на дому включает:

- медицинскую помощь и наблюдение;
- уход и наблюдение;
- услуги социального работника;
- физиотерапию;
- трудотерапию;
- доступность госпитального ухода;
- контроль питания;
- лабораторные и радиологические услуги;
- речевую терапию;
- ингаляционную терапию;
- услуги медицинской техники;

- вспомогательные и стерильные материалы;
- фармацевтические услуги;
- транспортировку;
- бытовую помощь.

В последние годы в службах помощи на дому утвердился ***метод работы командой специалистов или междисциплинарной командой.***

Требования к междисциплинарной команде, работающей на дому:

- интеграция и координация профессионалов;
- преодоление коммуникационных барьеров при использовании профессиональных терминов;
- преодоление социо-экономических и культурных различий коллектива;
- выявление лидера, «медиатора» и «модератора» в коллективе;
- признание и уважение профессиональных способностей;
- учет проблем профессиональной иерархии;
- уважение различий в квалификации и учет интересов членов команды.

Практика работы команды в системе помощи на дому сопряжена с риском конфликтов, соревнования и слабой координацией. Развитие помощи на дому ассоциируется с уменьшением использования домов ухода и других аналогичных институтов.

Анализируя зарубежный опыт организации стационарной помощи пожилым, можно сказать, что наиболее экономически выгодным оказалось функционирование дневных стационаров, долговременных больниц для престарелых, домов сестринского ухода, отделений возрастного ухода и др.

В США количество коек в домах по уходу составляет ок.1.7 млн. Средний возраст пациентов составляет 81.6 года, более половины из них одиноки. Команда госпиталя осуществляет в среднем 20.6 дней визитов на дом в месяц. Основными диагнозами являются инсульты, артрозы, коронарная болезнь сердца, респираторные заболевания, желудочно-кишечные и онкологические заболевания.

Большинство домов по уходу в США относительно небольшие, в среднем на 80 коек. Около 75 % из них – частные, коммерческие, около 15 % - частные некоммерческие, финансируемые этническими, религиозными и благотворительными организациями. Ряд авторов описывают структуру медико-социальной помощи пожилым на уровне общины (микрорайона). В ней предоставляются такие виды услуг, как помощь на дому, центры дневного пребывания, центры психического здоровья, центры пожилых, хосписы. В США количество дневных центров увеличилось с 300 в 1978 г. до более чем 2000 в 2005.

Отмечается, что профессионалы, работающие на уровне общины встречаются следующие *факторы риска пожилых*:

- острые нарушения и расстройства функций, в т.ч. падения; помощь может оказываться так долго, пока патологический процесс не перейдет в стадию восстановления;
- хронические нарушения – длительные нарушения функциональных способностей или хронические заболевания (инсульт, коронарная болезнь, артриты), часто требуется длительный период времени для оказания помощи;
- отсутствие или сниженная социальная поддержка;
- снижение способности выполнять повседневную деятельность;
- психические и когнитивные расстройства;
- травмирующие ситуации – смерть супруга, быстрое или постепенное снижение автономности, изменение местожительства близких или друзей.

Сравнимые данные получены при организации госпиталя для пожилых на дому в Израиле. Группа больных состояла из 741 чел., средний возраст – 77.3 года. Больные находились под наблюдением от 8 до 30 дней. Стоимость визита врача составила 9.25 \$ в день, медицинской сестры – 4\$, трудотерапевта – 1\$, физиотерапевта – 0.9\$, патронажного работника – 0.4\$, социального работника – 0.08\$. При этом стоимость 1 койко-дня в главном госпитале составляла 262 \$, в гериатрическом госпитале – 113 \$, в госпитале на дому лишь 30\$. Основны-

ми медицинскими показаниями к назначению помощи были – коронарная болезнь сердца, легочные и онкологические заболевания, поражения нервной системы, диабет, кожные заболевания, домашняя реабилитация, артериальная гипертензия, болезни печени и желчного пузыря.

Процент престарелых от 80 лет и старше, проживающих в домах по уходу в разных странах несколько различается: 9.7% - Швеция; 11% - Бельгия ; 20% - Великобритания ; 30% - Голландия.

В системе мер по медико-социальной помощи пожилым определенное место, по мнению специалистов, занимает и *самопомощь* – это мероприятия, направленные к активизации личности, семьи, к улучшению и поддержанию здоровья, предупреждению и ограничению заболеваний.

Иерархия видов помощи следующая: в основании самопомощь, затем первичная помощь, далее – вторичная и третичная.

Существенную роль в ряде зарубежных стран играют некоммерческие благотворительные организации, обеспечивающие значительную часть жизненно важных гуманитарных услуг пожилым.

Авторы приводят данные, согласно которым в США насчитывалось 1.3 млн. организаций (5.9 % всех организаций страны) некоммерческого благотворительного сектора, включая 350 000 церквей.

Сектор составляет около 8% всех трудовых ресурсов страны, что эквивалентно 217 млрд. \$, в нем трудятся 6 млн. волонтеров или 10.7 % всех трудовых ресурсов страны.

Основная цель развивающейся *гериатрической службы в России* с 50 – 60-х годов XX в. определялась как поддержание функциональной и социальной независимости пожилых и старых людей с учетом того, что старые люди имеют право на обеспечение их потребностей в долговременном уходе и лечении как на дому, так и в стационаре, в такой же мере, как и в больничном лечении при острых заболеваниях.

Предполагалось, что гериатрическая служба должна стать одной из специализированных служб, способствующих совершенствованию, в первую очередь, терапевтической помощи населению страны.

В основу организации гериатрической службы были положены следующие *принципы*:

- гериатрическая помощь должна быть составной частью общей системы здравоохранения, массовой и доступной;
- медицинская помощь должна быть максимально приближена к населению старшего возраста;
- участковый терапевт должен стать главной фигурой в процессе ведения гериатрических больных;
- комплекс лечебных мер должен быть направлен не только на лечение, но и на максимальное стимулирование и активизацию подвижности больного, способности к самообслуживанию;
- определение конкретных организационных мер и объема медицинской помощи осуществляется дифференцированно с учетом специфики обслуживаемого населения.

Сохраняет актуальность положение о том, что высокий уровень медицинской помощи пожилым неотделим от уровня социального обслуживания и требует со стороны органов здравоохранения и социального обеспечения взаимно координированных усилий, а врач, оказывающий медицинскую помощь пожилому и старому человеку, нуждающемуся в социальной помощи, должен способствовать ее организации.

Тема 12. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ

Анализ истории развития проблемы инвалидности свидетельствует о том, что, пройдя, путь от идей физического уничтожения изоляции «неполноценных» членов общества до концепций влечения их к труду, человечество подо-

шло к пониманию необходимости реинтеграции лиц с физическими дефектами, патологическими синдромами, психосоциальными нарушениями.

В связи с этим возникает необходимость отвергнуть классический подход к проблеме инвалидности как к проблеме «неполноценных людей» и представить ее как проблему, затрагивающую общество в совокупности. Иными словами, инвалидность — это проблема не одного века, и даже не части общества, а всего общества в целом. Сущность ее заключается в правовых, экономических, коммуникативных, психологических особенностях взаимодействия инвалидов с окружающим миром. Такой генезис общественной мысли объясняется соответствующим развитием экономических возможностей и уровнем социальной зрелости различных исторических эпох.

В Российской Федерации как минимум свыше 8 млн. человек официально признаны инвалидами, а в Амурской области – 8 тыс. 998 чел. (на 922 тыс. человек населения). В перспективе ожидается дальнейший рост числа этой категории населения, в том числе и в долевым выражении.

Инвалидность – 1) ограничения возможностях, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют человеку быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества (Рекомендации к реабилитационным программам Парламентской сессии Ассамблеи Совета Европы, 5.05.1992 г.);

2) стойкое нарушение функций организм в результате заболевания, травм или дефектов, ведущее к ограничению или потере двигательной активности и способности к самообслуживанию (словарь по социальной работе).

Инвалид – лицо, имеющее инвалидность, т.е. стойкое нарушение функций организма в результате заболевания, травм или дефектов, ведущее к ограничению или потере двигательной активности и способности к самообслуживанию.

Социальное положение инвалидов в современном обществе можно охарактеризовать через имеющиеся социальные проблемы или принадлежность к группе риска.

Социальная проблема – противоречия, объективно нарушающее процесс жизнедеятельности индивида и осознаваемое им как таковое.

Как следует из определения, **основная проблема инвалидности** – ограничение в возможностях вследствие наличия физических, психологических, социальных, культурных, законодательных и иных барьеров, обусловленных самим фактом инвалидности.

Лицо, ограниченное в возможностях – любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и (или) социальной жизни в силу недостатка его (или ее) физических или умственных возможностей.

Другие проблемы могут рассматриваться как следствие ограничения в возможностях или как сопутствующие проблемы:

- медицинские (состояние здоровья);
- педагогические (получение образования, социализация);
- социокультурные (организация досуга, следование традициям);
- коммуникативные (барьеры общения);
- политико-правовые (соблюдение прав, законодательные льготы и их выполнение);
- социальные (социальная защита, обеспечение равных прав и возможностей в трудоустройстве и других сферах жизнедеятельности);
- др.

Проблемы инвалидности можно дифференцировать и иным способом, например, через имеющиеся **барьеры**:

- физические ограничения;
- трудовая сегрегация (изоляция);
- малообеспеченность;

- пространственно-средовые ограничения;
- информационные барьеры;
- эмоциональные барьеры;
- коммуникативные барьеры и др.

Ограничение жизнедеятельности лица может выражаться в полной или частичной утрате им способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью.

Вызывает тревогу и то, что, по информации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, ежегодно в нашей стране рождается 50 000 детей, которые признаны инвалидами с детства. Причин для этого много, главными являются: ухудшение условий жизни, которые губительно начинают действовать уже в период развития плода; ухудшение условий труда женщин; отсутствие условий и культуры здорового образа жизни; высокий уровень заболеваемости родителей и другие.

Некоторые формы наследственной патологии, родовые травмы, перенесенные в детстве, также могут явиться причиной того, что ребенок раннего возраста, еще не прошедший важнейших этапов социализации, оказывается инвалидом. Конкретный дефект накладывает специфический отпечаток на формирование познавательных процессов личности ребенка.

Инвалидность у детей – значительное ограничение жизнедеятельности, приводящее к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем.

Ограничение возможностей детей – процесс, в котором нарушение телосложения, функций организма или условий окружающей среды делают затрудненной или невозможной деятельность ребенка или функционирование его органов. В качестве причины ограниченных возможностей может выступать неприспособленность окружающей среды для социализации (например, недо-

статок или несовершенство образовательных программ; медицинских и социальных услуг, необходимых детям и т.п.).

Дети с ограниченными возможностями имеют функциональные ограничения в результате заболевания, отклонений или недостатков развития состояния, внешности, вследствие неприспособленности внешней среды к их особым нуждам, из-за негативных стереотипов, предрассудков в отношении общества к инвалидам.

Показанием для определения инвалидности у детей являются патологические состояния, возникающие при врожденных, наследственных и приобретенных заболеваниях, а также после травм. Вопрос об установлении инвалидности рассматривается после проведения диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Инвалидность ребенка означает необходимость предоставления социальной защиты или помощи, объем, и структура которых определяются в виде индивидуальной программы реабилитации с учетом комплекса медицинских, личностно-психологических, социально-педагогических факторов. При этом учитываются: характер заболевания, возраст, степень нарушения функций, состояние компенсаторных механизмов, прогноз течения заболевания, возможность социальной адаптации и удовлетворения потребности в различных видах и формах социального обеспечения. Краткость освидетельствования детей зависит от прогнозируемой динамики их способностей к обучению, общению, передвижению, ориентации, самообслуживанию, контролю за своим поведением, трудовой деятельности, на основании анализа состояния и прогноза их здоровья.

В *медицинских показаниях*, при которых ребенок в возрасте до 16 лет признается инвалидом, включены патологические состояния, приводящие к временному ограничению жизнедеятельности и социальной дезадаптации ребенка при тяжелых, но обратимых расстройствах функций организма и систем. Вопрос об определении ребенку инвалидности и ее сроков решают коллегиально врачи специализированной больницы (отделения) после проведения

комплексного, адекватного лечения при необходимости продолжения его в амбулаторно-поликлинических условиях в течение длительного времени (более 6 месяцев).

Медицинское заключение на детей-инвалидов оформляется каждые два года, при некоторых состояниях – через 5 и более лет не позднее даты предыдущего медицинского заключения. Одновременно с установлением инвалидности решается вопрос о предоставлении детям-инвалидам вспомогательных бытовых средств и средств передвижения, составлении и реализации индивидуальной программы реабилитации. Решение об установлении ребенку инвалидности фиксируется в медицинских документах ребенка (карта стационарного больного, выписка).

Медицинское заключение по установленной форме оформляется детскими городскими поликлиниками и больницами на основании коллегиального решения специалистов. Медицинское заключение оформляется за подписью главного врача лечебно-профилактического учреждения или заместителя главного врача, заверяется и направляется в трехдневный срок в районный (городской) отдел социального обеспечения. На руки родителям выдается справка, подтверждающая, что медицинское заключение на их ребенка-инвалида направлено в отдел соцобеспечения. Не позднее, чем за один месяц до исполнения 16 лет дети-инвалиды должны быть направлены на освидетельствование медико-социальной экспертизы.

Все дети-инвалиды по разным основаниям делятся на группы:

1) по характеру заболевания:

-мобильные;

- маломобильные;

- неподвижные;

2) дифференциация по типам дефектов:

- умственно отсталые (сниженные по сравнению со среднестатистической нормой уровень интеллекта);

- сенсорные дефекты (слепые, глухие, слабовидящие, лица с разного рода речевыми нарушениями и т.п.);
- дефекты опорно-двигательного аппарата (дети, у которых ограничено передвижение);
- органические заболевания (инвалидность, обусловленная внутренними органическими заболеваниями).

Состав инвалидов с детства неоднороден. **В структуре патологии детской инвалидности** (до 16 лет) преобладают психоневрологические заболевания (более 60%), заболевания внутренних органов, опорно-двигательного аппарата, нарушения зрения, слуха.

Среди инвалидов с детства (старше 16 лет) более 80% составляют инвалиды вследствие психических заболеваний и заболеваний нервной системы.

Таким образом, в первой группе в подавляющем большинстве – умственно отсталые (олигофрены), больные шизофренией, эпилепсией; во второй – с последствиями детского церебрального паралича (ЦДП). Инвалидность с детства определяется также больным с поражением опорно-двигательного аппарата. Чаще это врожденные физические дефекты, такие, как вывихи тазобедренного сустава, аномалии нижних и верхних конечностей, позвоночника. К инвалидам детства также относятся слепые и слабовидящие в результате двустороннего врожденного или приобретенного поражения органа зрения. Среди других причин инвалидности с детства следует назвать врожденные пороки сердца, тяжелые заболевания почек.

Говоря о детской инвалидности, необходимо обращать внимание на **этический аспект проблемы**. Эксперты ВОЗ рекомендуют оценивать имеющиеся нарушения в результате болезни или других расстройств и возникшие вследствие этого те или иные ограничения жизнедеятельности, а не наклеивать сразу ребенку ярлык инвалида. Понятие ограничения же жизнедеятельности, характеризуемое чрезмерностью или недостаточностью по сравнению с обычным в поведении или деятельности, может быть временным или постоянным, обратимым и необратимым, а также прогрессирующим и регрессивным.

Можно выделить *шесть основных категорий для оценки характера ограничения жизнедеятельности ребенка-инвалида*:

- снижение способности адекватно вести себя;
- снижение способности общаться с окружающими;
- снижение способности передвигаться;
- снижение способности действовать руками;
- снижение способности владеть телом при решении некоторых бытовых задач;
- снижение способности ухаживать за собой.

В зависимости от существующих ограничений, контингент детей-инвалидов характеризуется неоднородностью. В целях разработки мер реабилитации его целесообразно разделить на две большие группы – дети с отклонениями в умственном и отклонении в физическом развитии. Это больные, у которых вследствие развившихся устойчивых и выраженных органических и функциональных изменений, врожденных дефектов резко нарушены процессы социальной адаптации и социализации.

Контингент с отклонениями в умственном развитии состоит, прежде всего, из больных олигофренией в различной степени выраженности. Различают дебильность, имбецильность и идиотию. Олигофрения представляет сборную группу нозологических форм заболеваний, ведущим синдромом которых является отставание умственного развития. Отклонения в умственном развитии обнаруживаются и у детей в структуре таких заболеваний, как детский церебральный паралич, при нарушениях сенсорных систем – слепых, глухонемых. Следует отметить, что тяжелые инвалидизирующие заболевания у ребенка при недостаточном или неадекватном лечении могут привести к отставанию в умственном развитии.

В группе с отклонениями в умственном развитии состоят и дети-инвалиды вследствие энцефалопатий, органического поражения головного мозга с интеллектуальными нарушениями, шизофрении с ранним умственным дефектом, эпилепсии с изменениями личности и отставанием умственного развития, раз-

личных заболеваний центральной нервной системы с сопутствующей задержкой или отставанием умственного развития.

Причиной отклонений в физическом развитии детей с различной патологией опорно-двигательного аппарата являются проявления указанной патологии в виде выраженных нарушений функций суставов в результате контрактур, анкилозов, ложных суставов, патологических изменений мышц, вторичных неврологических нарушений, повторных патологических переломов и других изменений.

Заболеваниями внутренних органов, которые чаще всего приводят к отклонениям в физическом развитии, являются:

- врожденные пороки сердца;
- хронические неспецифические заболевания легких, развивающиеся на фоне аномалии развития бронхо-легочного аппарата;
- тяжелая патология желудочно-кишечного тракта (циррозы печени, различные врожденные аномалии развития и др.);
- тяжелая патология эндокринной системы (тяжелая форма сахарного диабета, недостаточность функций надпочечников и др.);
- тяжелая, чаще врожденная, патология почек.

Детская и подростковая инвалидность существенно отличается от инвалидности взрослой, а инвалид детства – от человека, ставшего инвалидом уже во взрослом возрасте.

Специфика детской инвалидности состоит в том, что:

- 1) ограничение жизнедеятельности в этом случае возникает в период формирования высших психических функций, усвоения знаний и умений, становления личности;
- 2) инвалидность, наступившая в зрелом возрасте, требует восстановления социальных функций человека на основе уже сформировавшейся личности; детская инвалидность порождает еще более серьезную проблему, поскольку накладывает ограниче-

ния не только на проявления личности, но и на ее формирование;

- 3) если соответствующие интеллектуальные и эмоциональные качества ребенка по тем или иным причинам не получают должного развития в раннем возрасте, то в дальнейшем преодоление такого рода недостатков оказывается делом трудным, а подчас и невозможным.

Дети-инвалиды *лишены доступных здоровым сверстникам каналов получения информации*: скованные в передвижении и использовании сенсорных каналов восприятия, они не могут овладеть всем многообразием человеческого опыта.

Они также часто *испытывают затруднения в предметно-практической деятельности*, ограничены в проявлениях игровой деятельности, что негативно сказывается на формировании высших психических функций.

Отрицательные эмоциональные переживания, хроническая неудовлетворенность и т.п. могут приводить к патологическим изменениям характера, искажениям в формировании личности. Все эти особенности детей-инвалидов требует особого подхода в обучении и воспитании.

Специфика воспитания детей-инвалидов состоит в преимущественно коррекционной направленности этого процесса. От лиц, осуществляющих обучение и воспитание, прежде всего, требуется максимально расширить возможности детей для освоения предметно-практического и теоретического опыта. Следует стремиться преодолеть накладываемые инвалидностью ограничения. Особого внимания требует эмоциональное развитие таких детей. Необходимо в доброжелательной и поощрительной манере формировать у них адекватную самооценку и уровень притязаний, стремление к развитию тех способностей и склонностей, которые могут способствовать максимальной самореализации. Создание соответствующих этим требованиям условий – комплексная проблема, ее решение во многом зависит от гуманистических ориентаций общества и принятых социально-экономических механизмов реабилитации инвалидов.

Таким образом, можно говорить о сложности такого социального явления, как детская инвалидность, рассматриваемое в рамках общих теорий инвалидизации и социализации, имеющее свою специфику и требующее разрешения методами и средствами социальной работы.

Важными в разработке теории социальной политики в отношении инвалидов являются подходы к понятию инвалидности, предложенные *Н.В.Васильевой*, рассмотревшей восемь социологических концепций инвалидизации.

В *структурно-функциональном подходе* (К.Дэвис, Р.Мертон, Т.Парсонс) рассмотрены проблемы инвалидности как специфического социального состояния индивида (модель роли больного Т. Парсонса), социальной реабилитации, социальной интеграции, социальной политики государства по отношению к инвалидам, конкретизируемой в деятельности социальных служб по поддержке семей, имеющих детей-инвалидов. Предложены понятия: «дети с ограниченными возможностями», «инвалиды». В отечественных исследованиях в рамках структурно-функционального анализа проблему инвалидизации исследовали Т.А.Добровольская, И.П.Каткова, Н.С.Морова, Н.Б.Шабалина и др.

В рамках *социально-антропологического подхода* (Э.Дюркгейм) в отношении инвалидизации исследовались стандартизированные и институциональные формы социальных отношений (социальная норма и девиация), социальные институты, механизмы социального контроля. Использована терминология для обозначения детей-инвалидов: нетипичные дети, дети с ограниченными возможностями. В отечественных трудах данный подход продолжили А.Н.Суворов, Н.В.Шапкина и др.

Макросоциологический подход к изучению проблем инвалидности отличается *социально-экологическую теорию* У. Бронфенбреннера, продолженную в отечественных исследованиях В.О.Скворцовой. Проблемы инвалидности рассматриваются в контексте «воронки» понятий: макросистема, экзосистема, мезосистема, микросистема (соответственно политические, экономические и правовые позиции, господствующие в обществе; общественные институты, ор-

ганы власти; взаимоотношения между различными областями жизнедеятельности; непосредственное окружение индивида).

В *теориях символического интеракционализма* (Дж.Г.Мид, Н.А.Залыгина и др.) инвалидность описывается посредством системы символов, характеризующих эту социальную группу лиц с ограниченными возможностями. Рассматриваются проблемы становления социального «Я» инвалида, анализируется специфика этой социальной роли, устойчиво воспроизводимые стереотипы поведения самих инвалидов и отношение к ним социального окружения.

В рамках *теории наклеивания ярлыков* или *теории социентальной реакции* (Г.Беккер, Э.Лемертон) для обозначения лиц с ограниченными возможностями появляется понятие «девианты». Инвалидность рассматривается как отклонение от социальной нормы, носителям этой девиации наклеивается ярлык – инвалид. В рамках этой социоцентристской теории изучаются социальные проблемы конкретного индивида посредством изучения отношения к нему общества в целом через изучение феноменов социального контроля, социальной реакции. Появляется новое понятие «социальный аттитюд». В отечественных исследованиях на этой методологической базе проблемы инвалидизации изучались М.П.Левицкой и др.

Н.В.Васильева отдельно рассматривает *теорию стигматизации* И.Гоффмана. В этой также социоцентристской теории изучаются социальные проблемы конкретного индивида посредством изучения отношения к нему общества в целом, проблема инвалидов мыслится в понятиях «девианты», понятие «стигма» в данном аспекте близко понятию «наклеивание ярлыков». Рассмотрение последствий стигматизации с оговорками можно соотнести с механизмами социальной реакции, социального контроля.

Феноменологический подход отличает *социокультурную теорию нетипичности* Е.Р.Ярской-Смирновой. Феномен «нетипичного ребенка» формируется и транслируется всем его социальным окружением. Он характеризуется всем многообразием исторически сложившегося этноконфессионального, социокультурного макро- и микросоциума, в котором нетипичный ребенок прохо-

дит социализацию. Этот подход продолжен в исследованиях Д.В.Зайцева, Н.Е.Шапкиной и др.

Государство, обеспечивая социальную защищенность детей-инвалидов и других нетрудоспособных граждан, призвано создавать им необходимые условия для индивидуального развития, реализации творческих и производственных возможностей и способностей путем учета их потребностей в соответствующих государственных программах, предоставления социальной помощи в предусмотренных законодательством видах в целях устранения препятствий в реализации инвалидами прав на охрану здоровья, труд, образование и профессиональную подготовку, жилищных и иных социально-экономических прав.

Сегодня дети-инвалиды и семьи, в которых они воспитываются, относятся к наиболее социально незащищенным категориям населения. Их доход значительно ниже среднего, а потребности в медицинском и социальном обслуживании гораздо выше. Семьи и родственники, имеющие на своем попечении инвалидов, испытывают, как правило, значительные материальные и психологические трудности.

Наиболее актуальными задачами социальной политики в отношении детей-инвалидов являются обеспечение им равных со всеми другими гражданами Российской Федерации возможностей в реализации прав и свобод, устранение ограничений в их жизнедеятельности, создание благоприятных условий, позволяющих инвалидам вести полноценный образ жизни, активно участвовать в экономической, социальной и политической жизни общества, выполнять свои гражданские обязанности.

Государственные структуры, неправительственные организации общественные объединения, частные инициативы призваны не только охранять здоровье населения и заниматься профилактикой инвалидности, но и создавать условия для реабилитации инвалидов, их интеграции и реинтеграции в общество и профессиональную деятельность.

Государственная социальная политика – деятельность государства в лице различных государственных органов и учреждений по обеспечению социального благополучия населения страны, решению социальных проблем и т.п.

ГСП в отношении детей-инвалидов и других нетрудоспособных граждан – комплекс мер медицинского, правового, культурного, педагогического, социального и иного характера, осуществляемый государством и направленный на искоренение дискриминации инвалидов и обеспечению равных прав и возможностей.

Эффективным механизмом реализации государственной политики в решении социальных проблем детей-инвалидов в Российской Федерации стали целевые федеральные и региональные программы социальной защиты инвалидов, объединяющие усилия различных ведомств. В 1994 г. начато финансирование программы **«Разработка и производство технических средств реабилитации для обеспечения инвалидов»**. Создана также федеральная программа **«Социальная поддержка инвалидов»**. В рамках Федеральной комплексной программы **«Дети России»** предусмотрена программа **«Дети-инвалиды»**.

Реализация федеральных программ должна создать условия, соответствующие требованиям и нормам цивилизованного государства, при которых инвалид, как и любой гражданин, имеет возможность на равных условиях получить образование, трудиться, материально обеспечивать себя и иметь доступ ко всем объектам социальной, производственной и хозяйственной инфраструктур.

На местном уровне и уровне субъекта Федерации также разрабатываются и реализуются социальные программы помощи трудоспособным гражданам.

В этих условиях **основной задачей социальной работы с инвалидами** является объединение усилий как государственных органов, так и общественных и частных инициатив, групп самопомощи для наиболее полного удовлетворения потребностей данной категории населения и самореализации лиц с ограниченными возможностями.

Основными социально-экономическими и социально-демографическими показателями, характеризующими положение детей-инвалидов в обществе, яв-

ляются: участие в трудовой и общественной деятельности, размеры заработной платы и пенсии, уровень потребления товаров длительного пользования, жилищно-бытовые условия, семейный статус, образование.

Ранее основные усилия государства по повышению уровня детей-инвалидов и воспитывающих их семей сводились преимущественно к предоставлению разного рода материальных льгот и дотаций отдельным их категориям. Вместе с тем существовала довольно развитая система специализированных предприятий, использующих труд инвалидов, которые, однако, в условиях рыночной экономики становятся неконкурентоспособными по сравнению с коммерческими структурами, продолжение социальной политики в отношении инвалидов в предоставлении различных льгот представляется вряд ли возможным в условиях бюджетного дефицита, к тому же оно чревато и рядом неэффективных последствий – противопоставление здоровых и инвалидов (что, в свою очередь, порождает негативное отношение к последним), а также различных категорий инвалидов друг другу; нежелание некоторых инвалидов участвовать в реабилитационных процессах в связи с иждивенческими настроениями и ожиданием льгот и дотаций.

Развитию социальной работы с детьми-инвалидами в целях их интеграции должно способствовать создание сети реабилитационных центров для лиц с ограниченными возможностями, где осуществлялись бы профориентация, профобучение, консультирование по психологическим, правовым и организационным проблемам; предлагалась бы конкретная помощь по обеспечению и трудоустройству.

Деятельность в сфере социально-медицинской работы с детьми-инвалидами строится на следующих принципах:

- соблюдение прав человека и гражданина;
- предоставление государственных гарантий в сфере социального обслуживания;
- обеспечение равных возможностей в получении социальных услуг и их доступности для граждан пожилого возраста и инвалидов;

- преемственность всех видов социального обслуживания;,,
- ориентация социального обслуживания на индивидуальные потребности граждан пожилого возраста и инвалидов;
- приоритет мер по социальной адаптации граждан пожилого возраста и инвалидов;
- ответственность органов государственной власти, органов местного самоуправления и учреждений, а также должностных лиц за обеспечение прав граждан пожилого возраста и инвалидов в сфере социального обслуживания.

Государство гарантирует человеку возможность получения социальных услуг на основе принципа социальной справедливости независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и других обстоятельств.

Социальная реабилитация детей-инвалидов – комплекс мер, программ и действий, направленных на восстановление разрушенных или утраченных индивидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма (инвалидность), изменением социального статуса (пожилые граждане, беженцы, вынужденные переселенцы, безработные и некоторые другие категории граждан), девиантным поведением личности (несовершеннолетние, лица, страдающие алкоголизмом, наркоманией, освободившиеся из мест заключения и др.).

Содержание социальной работы с семьями, имеющими детей-инвалидов, определяется осознанием того, что детская инвалидность – это не только медицинская проблема, а социальная – проблема неравных возможностей. В частности, появление в семье ребенка-инвалида порождает ряд проблем и противоречий, которых нет в обычной семье. Данное обстоятельство обуславливает отнесение таких семей к категории социально-неблагополучных и, как следствие, объектов социальной работы.

В таких семьях много разнообразных проблем, наиболее значимые из которых – как семье влиять на состояние больного ребенка и как сохранить в семье нормальный психологический климат, если ребенок болен.

Трудности семей, в которых воспитываются дети-инвалиды, существенно отличаются от тех забот, которые волнуют обычную семью. Больной ребенок требует несравнимо больше, чем здоровый, материальных, духовных и физических затрат. Люди из семей этой категории становятся малообщительными, избирательными в общении. Они сужают круг своих знакомых и ограничивают общение с родственниками. Это связано с состоянием ребенка, а также с личностными установками родителей.

По этим же причинам матери больных детей более чем в 30% случаев оставляют работу по избранной до рождения ребенка специальности, чтобы обеспечить необходимый уход, или переходят на низкооплачиваемую, неквалифицированную работу, но находящуюся рядом с домом. Часто женщины пытаются найти надомную работу. Таким образом, общество теряет работника определенной квалификации, который на долгие годы, а иногда и навсегда оставляет свою специальность.

Если ребенок имеет умственные или физические ограничения, то ему требуется специальный уход, а родители не всегда могут обеспечить это в домашних условиях. В первую очередь необходимо решать вопросы, связанные с самой инвалидностью ребенка – его лечением, воспитанием, обучением, социальной адаптацией. Материально-бытовые, финансовые, жилищные проблемы с появлением в семье ребенка-инвалида увеличиваются. Жилье обычно не приспособлено для ребенка-инвалида. В таких семьях возникают проблемы, связанные с приобретением продуктов питания, одежды и обуви, самой простой мебели, предметов бытовой техники.

Все это требует больших денежных средств, а доход в этих семьях складывается из заработка одного из родителей (как правило, - отца, т.к. почти треть матерей в связи с необходимостью ухода за ребенком вынуждены оставить работу) и пенсии по инвалидности на ребенка. В связи с этим резко ухуд-

шается материальное положение семьи, льготы, предоставленные государством, вследствие обостряющейся экономической ситуации часто не исполняются на местном уровне. Лекарства, специальное оборудование жилья, полноценное питание больного ребенка требуют с каждым днем все больше затрат. Обеспечение нормальной жизнедеятельности в таких условиях просто невозможно. Иногда под угрозой находится сама жизнь ребенка.

Коммерциализация многих сторон современной жизни, в т.ч. медицины и образования, препятствуют вхождению ребенка-инвалида в общество. Значительная часть семей оказываются сегодня не в состоянии обеспечить своим детям условия, необходимые для нормальной жизни и развития, и это влечет за собой вторую группу проблем – внутрисемейных.

Социально-психологический климат в семье зависит от межличностных отношений, морально-психологических ресурсов родителей и родственников, а также от материальных и жилищных условий семьи, что определяет условия воспитания, обучения и медико-социальную реабилитацию.

Появление в семье ребенка с ограниченными возможностями всегда тяжелый психологический стресс для всех членов семьи. Психологическая напряженность в таких семьях поддерживается психологическим угнетением детей из-за негативного отношения окружающих к их семье; они редко общаются с детьми из других семей. Не все дети в состоянии правильно оценить и понять внимание родителей к больному ребенку.

Нередко такая семья испытывает отрицательное отношение со стороны окружающих. Окружающие часто уклоняются от общения и дети-инвалиды практически не имеют возможности полноценных социальных контактов, достаточного круга общения, особенно со здоровыми сверстниками. Общество не всегда правильно понимает проблемы таких семей и лишь небольшой их процент ощущает поддержку со стороны окружающих. В последнее время родители с аналогичными проблемами налаживают связи между собой.

К детям-инвалидам в семьях, как правило, предъявляются заниженные требования, санкции, запросы. Проявляется гиперопека, гиперпротекция.

Ребенку обычно не предоставляется возможности проявить собственную активность. Это способствует закреплению инфантильности, неуверенности в себе, несамостоятельности и т. д., что влечет за собой трудности общения, установления межполовых контактов и т.д.

Если в семье есть еще и другие дети, и семья переживает трудности, то у родителей может просто не хватить ни душевных, ни физических сил, необходимых для удовлетворения специфических потребностей больного ребенка. Кроме того, у родителя ребенка-инвалида могут проявляться различные формы эмоционального реагирования на сообщения о том, что их ребенок физически или умственно неполноценен, и это оказывает огромное влияние на психологическую обстановку в семье.

Тема 13. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В ОНКОЛОГИИ

Рак, согласно традиционной медицине, — это «локальное заболевание, поражающее один орган и подлежащее операционному вмешательству, химио- и лучевой терапии. Другие концепции, рассматривающие рак как заболевание всего организма, практически не принимались во внимание. Попытки лечить больных раком, дополнительно воздействуя на иммунную систему, активизируя внутренние резервы самоизлечения, считались чем-то несерьезным, на грани шарлатанства. В последние годы традиционная медицина открыла для себя дополнительные возможности. Появились результаты некоторых исследований, проводимых десятилетиями. Появились новые средства и методы лечения, которые стало возможно применять в клиниках и во врачебной практике.

Злокачественные новообразования чаще развиваются на фоне уже имеющейся патологии – тех самых хронических заболеваний. Некоторые из них называют предопухолевыми. В настоящее время к предраку причисляют многие заболевания, среди которых наиболее известными являются:

-рак желудка – полиноз, гипоацидный (пониженная кислотность) гастрит, язвенная болезнь;

-рак ободочной и прямой кишки – хронический язвенный колит или проктит, полипоз;

- рак молочной железы – мастопатия;

- рак щитовидной железы – узловой зоб;

- рак печени – хронический вирусный гепатит В или С;

-рак мочевого пузыря – ворсинчатые полипы;

- рак шейки матки – эрозии и дисплазии и т. д.

Основной признак перехода заболевания в рак – это изменение характера ощущений, уже известных пациенту ранее. Пациент, обративший внимание на изменения, должен посетить врача.

Рак возникает в клетке, которая, так сказать, вышла из-под контроля. Здоровая клетка делится только при необходимости, например в процессе роста, если требуется обновить ткань или заживить рану. Когда задача выполнена, деление клетки прекращается. При раке этот тормоз ломается, деление клетки идет непрерывно. При активных формах роста опухоли для удвоения ее объема требуется несколько недель, в других случаях – несколько месяцев. Медики оперируют понятием *времени удвоения размеров опухоли*. Этот рост сопровождается подавлением окружающей ткани. При лечении быстрорастущие опухоли, в частности, острее реагируют на лучевую и химиотерапию, чем те, что растут медленнее.

Наряду с *доброкачественными* опухолями имеются *злокачественные*, которые несут роковые последствия. От новообразования отделяются – часто на ранних стадиях – отдельные клетки или их скопления и разносятся по всему телу с током крови или лимфы. Большинство таких образований естественным образом отторгаются или уничтожаются при помощи иммунной системы, но уцелевшие остаются в лимфатических узлах или в узких кровеносных сосудах и разрастаются. Так возникают *метастазы*, дочерние опухоли. Образное их название свидетельствует о том, что, например, метастазы рака в груди или кишечнике, в легких или печени следует трактовать как появление клеток рака в груди или кишечнике.

Метастазы являются сложнейшей проблемой онкологии. Исходное образование, *первичная опухоль*, как правило, допускает оперативное удаление. Если же имеются мелкие отделившиеся образования, *микрометастазы*, то успех операции спустя некоторое время становится сомнительным. Усилия врачей и ученых направлены на изыскания средств предотвращения или замедления образования метастазов.

Перерождение здоровой клетки в клетку опасной опухоли во многих случаях, конечно, не является внезапным и неуправляемым. Во всяком случае ряд видов рака включают *предраковую* фазу. Рак шейки матки можно обнаружить на очень ранней стадии. Предвестниками рака кишечника являются полипы, которые сравнительно легко можно удалить. Угрозу рака гортани и полости рта можно распознать по *целльдисплазии* (неправильной конфигурации клеток) или по *лейкоплакии* (ороговевшие обесцвеченные клетки).

Мелкие новообразования и микрометастазы также на долгое время могут «затаиться» и пребывать под угрозой иммунной системы. Здоровый организм с нормальной сопротивляемостью способен какое-то время поддерживать равновесие и при наличии рака. В этом случае говорят о растянутой предварительной фазе рака (20-30 лет), а также о возникновении метастазов лишь через 15 лет после операции. Но такое равновесие весьма неустойчиво, поскольку случайное ослабление иммунной системы или душевное перенапряжение способно открыть раку путь к победе. Лечение больных раком включает собственно лечебные, поддерживающие и паллиативные мероприятия.

Лечебные мероприятия имеют целью излечение больного. Их применение может вызвать существенные побочные воздействия и ограничения качества жизни, например при лечении детей или больных раком яичников.

Поддерживающими называются мероприятия, проводимые наряду с лечебными или после них. Эти процедуры призваны улучшить и закрепить результат лечения. После операций, например, по поводу рака кишечника или груди часто назначается дополнительная химиотерапия, чтобы исключить возможность возникновения метастазов или подавить их рост. С этой же целью

используются и биологические методы.

Паллиативное лечение производится большей частью при прогрессирующем заболевании с целью смягчить осложнения. В зависимости от обстоятельств в этом качестве может использоваться любой из описанных в этой книге методов, например оперативное вмешательство при кишечной непроходимости в сочетании со щадящей химиотерапией для уменьшения опухоли или лучевая терапия для предотвращения метастазов в кость. Биологические методы позволяют прежде всего улучшить и поддержать качество жизни.

Все, что относится к лечению больных раком, как теория, так и практика охватывается понятием **онкология**. В обыденной речи и врачи, преимущественно занимающиеся лечением больных раком, называются **онкологами**. Заболевания раком изучаются различными специалистами: хирургами, гинекологами, урологами и др.

Успех лечения оценивается в основном по *ремиссии* (регрессу болезни). При *полной ремиссии* (CR) опухоль диагностически не обнаруживается; при *частичной ремиссии* (PR) размер опухоли сокращается примерно до половины первоначального. Достигнутая ремиссия отнюдь не всегда свидетельствует о продлении жизни. При химиотерапии в особенности проявляется ее кратковременность.

Проверенные методы в сочетании с новыми расширяют область онкологии в теории и на практике. Начался оживленный обмен мнениями между врачами обоих направлений. В главном все обсуждающие согласны: в интересах пациента нужно использовать все, что может оказать помощь. Мост к здоровью может быть возведен на трех опорах: проверенные методы обычной медицины, дополнительные возможности биологического лечения и самопомощь.

Онкологи едины также и в том, что желания пациентов должны приниматься во внимание в большей степени, чем прежде. Теперь необходимо, чтобы пациент был информирован и способен разбираться в своей болезни. Тот, кто знает, зачем применяется тот или иной метод лечения и каких нужно добиваться результатов, поможет и себе, и врачу. «Информированные и актив-

ные пациенты располагают лучшими возможностями излечения», - подчеркивает профессор Карл Фридрих Кдиппель, президент Общества биологической защиты от рака. Опыт подтверждает это высказывание.



Рис. 1. Три столпа, на которых покоится комплексное лечение рака

Главная *цель всей системы социально-медицинской помощи в онкологии* – это восстановление и/или сохранение качества жизни. В рамках этого определения выживаемость, т.е. сама жизнь – первая цель. Другие биологические исходы болезни и процесса лечения – ответ опухоли на лечение, длительность эффекта, токсичность и т.д. – вторичны. Понимание недостаточности оценки только биологических последствий воздействия злокачественного процесса на пациента выделило восстановление качества жизни как новую цель лечения.

Качество жизни – это совокупность параметров, отражающих измерение течения жизни с оценкой физического состояния, психологического благополучия, социальных отношений и функциональных способностей в период развития заболевания и его лечения.

Больной человек является лучшим судьей своей жизни, поэтому его субъективная оценка всегда должна быть первостепенной.

Качество жизни – это динамическое состояние, функция, изменяющаяся во времени, поэтому и оцениваться оно должно на определенном протяжении как меняющийся параметр, зависящий от вида и течения заболевания, процесса лечения и системы оказания медицинской помощи.

На улучшение качества жизни онкологических больных, особенно в процессе противоопухолевой лекарственной терапии, направлена так называемая **«поддерживающая терапия»**. К ней относятся:

- 1) оценка и лечение болевого синдрома;
- 2) профилактика и лечение инфекционных осложнений;
- 3) оценка и лечение тошноты и рвоты, желудочно-кишечных осложнений;
- 4) лечение нарушений гемопоэза;
- 5) оценка и лечение неврологических, кожных и других осложнений в процессе химиотерапии;
- 6) использование хемопротекторов;
- 7) лечение опухолевых плевритов, перикардитов, асцитов;
- 8) психосоциальная поддержка онкологических больных.

Специальным аспектом проблемы улучшения качества жизни является психосоциальная поддержка, которой занимается новое направление в онкологии – **психоонкология**.

Психоонкология с недавнего времени существует как наука, призванная обеспечить наилучшую адаптацию онкологического больного. Она рассматривает факторы адаптации, обусловленные болезнью, больным человеком, обществом, и факторы, предрасполагающие к плохой адаптации.

Факторы адаптации.

1. Обусловленные болезнью;

- стадия, локализация, симптомы, прогноз;
- требуемое лечение и осложнения;

- изменение структуры и функции тела.

2. *Обусловленные больным человеком:*

- интраперсональные (эмоциональные, философские, религиозные влияния);

- социальные (человек в обществе, общественное положение, семейный статус, наличие детей);

- интерперсональные (семья, друзья, социальная поддержка);

- психологические взаимоотношения с медицинским персоналом.

3. *Обусловленные обществом:*

- открытое обсуждение диагноза или секретная информация;

- знание возможности и вариантов лечения и прогноза, их обсуждение в качестве партнера.

4. *Предрасполагающие к плохой адаптации:*

- социальная изоляция;

- низкий социально-экономический статус;

- алкоголизм или наркомания;

- сопутствующие психические заболевания;

- пессимизм в отношении к жизни;

- отсутствие надежды на выздоровление;

- недавние потери, стрессы, психологические травмы;

- ригидность приспособляемости.

Разные категории больных требуют различной поддержки. Больные, получившие адекватную терапию с целью излечения, в дальнейшем могут основать группу поддержки из излеченных от рака людей, куда могут входить и больные с законченным лечением и живущие, хотя их прогноз не определен. Больные, получившие паллиативное лечение, требуют другой медицинской и психологической помощи. Особую группу лиц составляют здоровые люди, имеющие генетический риск развития рака. Эта проблема новая, она требует обсуждения и новых решений.

В клинической онкологии оценка качества жизни, обусловленного здоровьем, исследуется в нескольких *направлениях*:

- контроль симптомов, обусловленных как заболеванием, так и лечением;
- при лечении злокачественных заболеваний с плохим прогнозом;
- при изучении режимов с одинаковой выживаемостью;
- при изучении влияния поддерживающего лечения;
- для оценки прогноза выживаемости.

Основными задачами симптоматической терапии являются ликвидация либо ослабление основных патологических симптомов.

Хронический болевой синдром сопутствует практически всем распространенным формам злокачественных опухолей и значительно отличается от острой боли по многообразным проявлениям, обусловленным постоянством и силой чувства боли. Длительное болевое воздействие формирует патологические реакции в периферической и центральной нервной системе и сопровождается резким ростом влияния психологических факторов на механизмы боли, вследствие чего развивается устойчивость к различным лечебным воздействиям.

Альтернативная онкология – это всё то, что не входит в онкологию конвенциональную, включая, наряду с фитотерапевтами, гомеопатами, психотерапевтами, психологами, диетологами, пасторами, целителями и экстрасенсами всех шарлатанов, жуликов, проходимцев, лохотронщиков и даже душевно больных людей, озабоченных «спасением» от рака всего человечества.

Комплементарная медицина и терапия – это более узкая часть альтернативной онкологии, которая гарантированно работает и гарантированно может использоваться в лечении в виде дополнительной терапии. Это, по сути, ещё не достаточно изученное направление научно-практической деятельности, которое сегодня уже настоятельно требует своего изучения и включения в комплексные программы и протоколы лечения, которые сегодня применяются пока что только в некоторых онкологических центрах и клиниках за рубежом.

Объяснить такое большое разнообразие комплементарных средств и методов можно тем, что сам человек представляет собой сложнейшее и совершеннейшее создание природы и эволюции. Если среди известных сегодня науке первопричин канцерогенеза есть и физические (различные виды ионизирующего излучения, воздействия электромагнитных и др. силовых полей), и химические (все известные сегодня химические канцерогены), и физиологические (процессы репродуктивного метаболизма), и инфекционные (различные виды онковирусных инфекций и простейших паразитов), и психосоматические (глубокие депрессивные состояния, сильные стрессы), и генетические факторы (наследственная предрасположенность) и т.д., то почему все методы лечения должны быть только физическими (точнее – биофизическими) или только химическими (биохимическими)?

Именно поэтому в качестве *дополнения (комплемента)* к данным методам и используются все другие системы и способы восстановления и настройки организма. Хирургическое вмешательство, лучевая терапия или химиотерапия, действительно, могут подавить развитие опухоли, но они не способны ни оказать воздействие на причины её возникновения в организме, ни восстановить нарушенную системную сбалансированность, ни уменьшить уровень репродуктивного метаболизма, ни изменить мышление и мировоззрение пациента и заставить его отказаться от тех или иных вредных привычек, изменить образ жизни и отношение к миру. Всё это можно делать только дополнительными (комплементарными) методами.

Таким образом, в процессе лечения рака существует так называемый дополнительный *сугубо личностный аспект* и «фронт» работы, который должен делать пациент под чьм-то руководством. Онкологи всячески уходят от этого «фронта», поэтому он и выпадает на плечи комплементарной (дополняющей) терапии.

За всё время изучения различных средств и методов комплементарной терапии применительно к онкологии, которых в общей сложности более 300, не считая самостоятельных методов, которых более 30, мы вычленили следующие

основные направления, которые наиболее эффективно работают и могут с успехом применяться в самых различных комбинациях и сочетаниях без ущерба существующим протоколам лечения раковых заболеваний.

Это следующие:

- направление использования специальных терапий, приборов биологической стимуляции и коррекции, а также специальных препаратов, обладающих выраженной противоопухолевой активностью

- направление фитотерапии и гомотоксикологии (включая, фунготерапию и противопаразитарную терапию);

- направление диетотерапии (включая использование ПД и БАД);

- направление использования специальных оздоровительных процедур, отдельных техник и комплексных систем оздоровления;

- направление психолого-социальной и культурно-просветительской работы;

- направление онкопсихотерапии (и телесно-ориентированных техник);

- направление духовной поддержки (на конфессиональной, межконфессиональной и внеконфессиональной основе).

Следует отметить, что при решении более узких и локальных проблем организма пациента в качестве отдельных средств могут с успехом использоваться и другие (в т.ч. самостоятельные) комплементарные терапии, техники и процедуры, например: внутривенная ультрафиолетовая и фотолюминесцентная терапии, биоиммунотерапия, детоксикация и т.д.; самостоятельные техники: атртерапия, музыкальная терапия, ароматерапия, лечебный гипноз и т.д.; оздоровительные процедуры: кислородотерапия, озонотерапия, закаливание, массаж и самомассаж, включая и системы общего оздоровления организма по Норбекову, по Иванову, по Ниши, по Гогулан и т.д.

Характерной особенностью использования в медицине и онкологии частности комплементарной терапии является то обстоятельство, что используется, как правило, не одно какие-либо средство или направление, а *взаимосвязанный и взаимодополняющий комплекс комплементарных средств*. Это связа-

но, прежде всего, с системным строением организма человека и, соответственно, - системным подходом к лечению. Немаловажной особенностью использования комплементарной терапии в онкологии является то, что комплементарная терапия способна оказывать предупреждающее и профилактическое воздействие, способствующее избежанию рецидивов заболевания, что особенно ценно и важно.

По нашим оценкам наибольший лечебный эффект от применения комплементарной терапии в медицине и онкологии в частности достигается в тех случаях, когда назначение дополнительных (комплементарных) средств и их использование осуществляется под контролем не одного, а нескольких специалистов одновременно, например:

- специалиста-онколога, фитотерапевта, онкопсихотерапевта, специалиста-диетолога или:

- специалиста-онколога и специалиста по комплементарной терапии.

Актуальным направлением медико-социальной работы в онкологии является *работа с детьми, страдающими онкозаболеваниями*.

По данным детских онкологов экономически развитых стран, число лиц, выживших после заболевания раком в детском возрасте, среди взрослых (15–45 лет) будет возрастать (от 1 из 1000 человек в 1990 г. до 1 из 250 человек в 2010 г.). Этот прогресс обязывает оценить многие проблемы периода лечения, начиная с качества жизни вылеченных детей. Вместе с тем проблемы детей, страдающих онкологическими заболеваниями, лишь недавно начали исследовать как проблемы психосоциальные, имеющие серьезные последствия как для больного ребенка и его семьи, так и для общества в целом.

Несмотря на то что *детская онкология* как отрасль медицины за короткий отрезок времени значительно продвинулась вперед, семьи нередко оказываются в обстановке изоляции, которую закрепляет социальная отчужденность общества от забот родителей, борющихся за жизнь ребенка, страдающего одним из самых тяжелых заболеваний. В подавляющем большинстве случаев они остаются один на один с грузом психологических, социальных, экономиче-

ских трудностей, в то время как медицинские работники не обладают ресурсами для помощи в их разрешении.

Неоднократно в исследованиях, касающихся семей, имеющих детей с онкологическими заболеваниями, отмечалось тяжелое материальное положение семьи. Необходимость ухаживать за ребенком вынуждает одного из родителей оставить трудовую деятельность. Скромные доходы, складывающиеся из зарплаты одного из родителей, социальной пенсии ребенка по инвалидности, а также возможной помощи представителей старшего поколения, благотворительной (гуманитарной) помощи, стипендии взрослых детей, едва ли покрывают громадные расходы на лечение. Семьи, не имеющие возможности покупать дорогие лекарства или оплачивать лечение в больнице, обречены на ограничение помощи больному ребенку. К сожалению, именно материальные трудности иногда становятся причиной того, что болезнь пускается на самотек.

Достаточно частым явлением стали случаи нарушения трудового законодательства. Так, организации и предприятия различных форм собственности, как правило, не соблюдают права родителей, имеющих детей-инвалидов, на сохранение рабочего места, оплату листа нетрудоспособности, дополнительных льготных выходных дней. Работодатели не заинтересованы иметь дело с родителями, требующими особых условий работы в связи с болезнью ребенка, а законодательство не может обязать их взять такого сотрудника и сохранить за ним рабочее место. К сожалению, на уровне деклараций остается задача переобучения, переподготовки и трудоустройства родителей, потерявших работу в связи с болезнью ребенка.

Плохо исполняется закон, гарантирующий детям-инвалидам получение образования. В большинстве случаев не только невозможно организовать домашнее обучение по всему комплексу необходимых предметов, но и добиться качественного преподавания хотя бы основных из них. Не соблюдается трудовое законодательство, касающееся ряда областей, связанных с излеченными от онкологического заболевания детьми, которые имеют определенные, вызванные болезнью проблемы и ограничения в выборе профессии и трудоустройстве.

Чрезвычайно болезнен вопрос улучшения жилищных условий, которые означают не просто более или менее комфортную жизнь, а являются фактором, способствующим либо реабилитации ребенка, либо появлению рецидива. Однако в современном законодательстве в качестве основания для первоочередного предоставления жилой площади не предусмотрены лица, страдающие онкологическими заболеваниями.

При опросах родителей отмечено, что многие семьи не представляют себе, что могут рассчитывать на определенную помощь со стороны государства, поэтому даже и не ищут ее. Многие родители не знают о льготах, положенных им при оплате жилья, коммунальных услуг, личного автотранспорта, получении образования и в других сферах жизни, не занимаются оформлением инвалидности по достижении ребенком 16-летнего возраста, т.е. не рассматривают возможность государственной помощи как аргумент для ее получения.

Серьезные проблемы возникают у ребенка, имеющего злокачественное новообразование, при возобновлении школьного обучения, поступлении в высшие и средние учебные заведения, получении работы, создании семьи. Около трети детей отмечают сложности с обучением при возвращении в школу. У них также наблюдаются нарушения в сфере общения, взаимодействия с другими людьми. Следует также учитывать, что зачастую это дети из семей, находящихся в трудной жизненной ситуации, которая существовала либо еще до постановки диагноза, либо развилась с течением заболевания (иногда семьи распадаются, возникают деструктивные явления, например, злоупотребление алкоголем). С учетом этих факторов, повышается риск вовлечения подростков в асоциальную среду, различные неформальные группировки, ценности которых во многом не совпадают с принятыми в обществе.

По данным опросов, проводившихся различными организациями, только около одной пятой бывших больных в возрасте 18 лет и старше получили работу, полностью обеспечивающую их материальные потребности. Около одной четверти, достигших брачного возраста, нуждаются в помощи психологов, сексопатологов и других специалистов для создания нормальной семьи. И хотя бо-

лее двух третей взрослых, перенесших в детстве онкологическое заболевание, считают себя полностью адаптированными в социуме, 17% таких людей отмечают чувство изолированности, а 11% – ощущение социального дискомфорта.

Семьи с больным ребенком имеют особый психологический статус, т.е. особенности, которые определяются прежде всего характером взаимоотношений между членами семьи, большей закрытостью семьи для внешнего мира, частым отсутствием работы у матери, «заброшенностью» здоровых детей и других членов семьи, как правило, тяжелым материальным положением семьи, но главное – специфическим положением в семье ребенка, страдающего смертельно опасным заболеванием, длительным его пребыванием в стационаре, тяжелым, болезненным лечением, неопределенными перспективами.

Для ребенка очень важно, что происходит в его семье. Для того чтобы человек сохранял душевное равновесие, понимал, чего он хочет, был способен ставить перед собой цели и добиваться их, необходимо базисное доверие к миру. Базисное доверие закладывается в детстве, и источником его бывает семья. После сильных потрясений (а тяжелая болезнь – всегда потрясение) это доверие к миру может пошатнуться. Оно может восстановиться по прошествии времени, если члены семьи помогают друг другу в этом. Но, к сожалению, часто именно члены семьи препятствуют восстановлению душевного равновесия ребенка.

Во-первых, родители своим поведением дают ребенку понять, что окружающий ребенка мир – место очень опасное, и он не может справиться сам с теми задачами, которые ставит перед ним жизнь. Это ощущение, сформированное у ребенка чрезмерной заботой родителей, может сохраниться на всю жизнь, и человек будет чувствовать себя беспомощным перед трудностями и проблемами, которые возникают в жизни каждого человека. Кроме того, в такой ситуации ребенку часто ограничивают возможность общения со здоровыми сверстниками, и ребенок чувствует себя среди них изгоем: он не знает какими фильмами и какой музыкой увлекаются его сверстники, не может поддержать разго-

вор, и это подкрепляет чувство его несостоятельности и мешает социальному развитию.

Во-вторых, родители, видя беспомощность и пассивность ребенка, сформированную их же собственным поведением, убеждаются в правильности своих оценок ребенка как слабого, менее способного, чем его сверстники. Это усиливает их тревогу, и возникает замкнутый круг. В таких семьях родители часто недооценивают способности своих детей и не дают им возможности научиться самым необходимым вещам. Иногда встречается обратная ситуация. Родители говорят ребенку: ты долго болел, сильно отстал от других ребят и должен их догнать как можно быстрее. В этих случаях перед ребенком могут ставиться невыполнимые задачи – сразу стать таким же, как его сверстники.

По результатам исследований почти 80% родителей детей, болеющих онкологическими заболеваниями, придерживаются «гиперопекающего» стиля. В контрольной группе этот стиль воспитания представлен менее чем у 10% родителей. Примерно у половины из них наблюдается сочетание гиперопеки с недостаточностью требований-запретов к ребенку и минимальностью по отношению к нему санкций за нарушение ребенком требований, предъявляемых к нему. Нередко мать демонстрирует свою любовь к ребенку в виде постоянных напоминаний о ее жертвах, принесенных во имя здоровья ребенка: разрушенной карьере, планах, материальных затратах. Отказ родителя (прежде всего, матери) от личной жизни, близких отношений с мужем, друзьями также принадлежит к наиболее распространенным жертвам. Эти идеи крайне болезненно воспринимаются детьми, так как, в свою очередь, порождают у них чувство вины.

Ребенок воспринимает растущее напряжение в отношениях с родителями как свидетельство утраты их любви (зачастую это сопровождается переживаниями, вызванными чувством вины). Ухудшения физического состояния (или их симуляция) вызывают «суррогатную любовь», заботу, которой ребенок удовлетворяется. В дальнейшем такой стиль поведения упрочивается, развиваются стойкие ипохондрические проявления. Язык болезни, симптомов становится

основным в диалоге с миром, мотив сохранения здоровья – ведущим. Другим отдаленным последствием онкологического заболевания у детей является своеобразная реализация тревоги в виде «игры со смертью». Дети как бы бросают вызов смерти, прорабатывают свое отношение к ней, проявляя аутодеструктивное поведение. Часто подростки усваивают «инвалидное поведение» как метод манипуляций и получения выгоды

родительские взгляды и установки относительно болезни и процесса ее лечения оказывают влияние на психологическую адаптацию ребенка, на способ формирования им концепции болезни. Кроме того, характер реагирования взрослого в ситуации фрустрации также влияет на адаптивные возможности ребенка. Так, преобладание экстрапунитивных реакций родителя служит предпосылкой возникновения у ребенка чувства отчужденности, отвергнутости, малоценности, усиленной защитной установки, негативного восприятия врачей. Дети импунитивных родителей лучше интегрированы в лечебный процесс и самую обстановку в клинике, медицинский персонал воспринимается ими менее негативно и даже положительно.

Педиатры, как правило, не могут судить о тех внутренних переживаниях и психических нарушениях родителей, замечая только их внешнюю сторону – нарушение поведения: неадекватные раздражительность, гневливость, обращенные на окружающих, в том числе на медицинских работников. Порой ухудшение настроения родителей приводит к отчаянию и отказу от лечения ребенка у врачей, а также к попыткам обращения за помощью к знахарям, экстрасенсам, что резко ухудшает прогноз болезни. Таким образом, становится необходимой коррекция психических нарушений у родителей не только для восстановления их самочувствия и работоспособности, но и потому, что без психокоррекционной помощи семье невозможно формирование у нее адекватного отношения к болезни и лечению ребенка.

Начиная со школьного возраста, а иногда и раньше, дети сознают, что для близких их болезнь стала ударом, и реагируют на ситуацию, исходя из отношения к ней родителей. У больных детей, помимо высоких уровней тревоги, выяв-

ляются внутренние конфликты, связанные с непониманием их взрослыми. Дети чувствуют себя покинутыми, у них формируются патологические отношения с семьей: либо деспотичное поведение больного ребенка с полным игнорированием интересов семьи, либо безразличное отношение к окружению с уходом в свои проблемы, либо, наконец, полная зависимость от родителей с чувством вины перед ними, восприятием болезни как «наказания» за свое «плохое» поведение. Нередко у детей появляется повышенный интерес к своей болезни: они не по возрасту ориентируются в медицинской терминологии, мероприятиях, связанных с лечением, интересуются ходом лечения, прислушиваются к разговорам окружающих о болезни, высказывают опасение за свое здоровье.

У каждого ребенка первая реакция на известие, что ему надо на долгое время лечь в больницу, – испуг и сопротивление. У ребенка тут же возникает защитная реакция против того, чтобы быть вырванным из привычной обстановки, которая окружает его в семье. Особенно резко выражены реакция страха быть покинутым и мысли о смерти. Они чаще свойственны детям старшего и юношеского возрастов, которые подходят к возникшей ситуации более осознанно.

Тревожная реакция может быть обусловлена боязнью стать беспомощным, оказаться лицом к лицу с неприятными и подчас болезненными процедурами, а также с понятием «рак» как страшным непонятым заболеванием. Следующий источник детского страха – боязнь остаться без привычного окружения, без ценных ранее социальных контактных групп, будь то семья, класс, детский сад или группа детей, с которыми было раньше привычно играть.

Чем меньше ребенку сообщают о его заболевании, о смысле предстоящего лечения и чем меньше он ощущает свою неизменную персональную ценность для наиболее близких ему лиц, тем глубже укореняются в нем страхи. И на все это ребенок реагирует стремлением замкнуться в себе

Еще Л.С.Выготский в своих научных трудах отмечал, что для развития ребенка-инвалида принципиальное значение имеет не только характер его де-

фекта, нарушение работы того или иного органа или системы органов, но и их последствия, т.е. то, как болезнь отражается на всем развитии в целом. Ребенок-инвалид с момента диагностирования болезни попадает в совсем иную систему отношений нежели здоровый ребенок. Эта система отношений в первую очередь определяется родителями и близкими родственниками, ориентируется на болезнь ребенка, на то, чтобы любой ценой вылечить его, облегчить его физические страдания. В результате ребенок оказывается в ситуации, когда он все время чего-то не может, ему что-то нельзя, ему что-то недоступно.

Следствиями такого «социального вывиха» в развитии ребенка-инвалида можно выделить:

– малый репертуар возможных форм общения ребенка с окружающими, пассивность и потребительство в отношениях;

– «монологичность» ребенка-инвалида, незнание им точек зрения других людей (в самом широком смысле, а не только в когнитивном), некоторый эгоцентризм сознания;

– неспособность ребенка-инвалида выбирать стратегию собственного поведения, отвечать за свои поступки, неумение жить в ситуации выбора и многовариативности, отсутствие опыта принятия решения в ситуациях, где это необходимо делать;

– незнание границ собственных возможностей; ребенок, не испробовав все возможные виды деятельности, не «исследовав» себя, свой дефект, не относясь к нему как к чему-то данному, понятному и «неглавному» в себе, не может принять себя как «не инвалида».

Таким образом, «социальные последствия дефекта» в развитии ребенка-инвалида состоят в невозможности его стать субъектом своей жизни. Тенденция к самостоятельности не получает должного развития, превалирует тенденция к общности со взрослым.

Выход ребенка в ремиссию – критический этап жизни семьи. Многие годы семья продолжает испытывать последствия перенесенного стресса. Нарушения психологической адаптации семьи больного ребенка можно рассматри-

вать в аспекте посттравматических стрессовых реакций, осложненных так называемым «дамокловым синдромом»: источник стресса временно устранен, но не исчез, так как сохраняется вероятность рецидива. При этом сами родители оценивают свое психологическое состояние как ухудшающееся, в то время как опасения за жизнь ребенка отходят на второй план.

В жизни ребенка «дамоклов синдром» проявляется как сохранение страха за здоровье и жизнь, боязнь снова попасть в больницу, ощущение своей особой уязвимости и ранимости. Такие дети требуют особого внимания, они пунктуальны в соблюдении режима, диеты – это представляется ими как защита от опасности. Дети нередко жалуются на одиночество, стараются общаться со взрослыми, замыкаются дома. В то же время их «взрослость» не сопровождается самостоятельностью.

Диагностирование у ребенка угрожающего жизни заболевания, требующего длительного, трудного и дорогостоящего лечения, откладывает отпечаток на психику всех членов семьи, а также изменяет ее социальное положение в худшую сторону. Такой семье необходима комплексная помощь (медицинская, социальная, правовая, психологическая, педагогическая) на всех этапах – от диагностики до полной реадaptации, которая наступает значительно позже выздоровления в медицинском контексте.

В настоящее время формируется концепция медико-социальной работы в детской онкологии (равно как и в других отраслях медицины, – психиатрии, наркологии, планировании семьи и др.), однако, ее реализация затрудняется объективными и субъективными причинами. Из этого следует, что совершенствования системы психологической и социальной поддержки семей, имеющих ребенка с онкологическим заболеванием или вылечившимся от него, невозможно добиться без развития юридической базы и правовых механизмов реализации законов, без введения в штат лечебных и реабилитационных учреждений онкологического профиля ставок специалистов по социальной работе и психологов, прошедших специальную подготовку, а также объединения усилий государственного, общественного и частного секторов.

Тема 14. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В ПЛАНИРОВАНИИ СЕМЬИ

Планирование семьи, как и поиск противозачаточных средств, велись уже тысячи лет назад, т.к. во все времена необходимость в предупреждении беременности была так же сильна, как и потребность в материнстве.

Самое первое свидетельство о попытках планирования семьи оставили египтяне в папирусах, написанных 3,5 тысячи лет назад: ими описан тампон, пропитанный средством, которое предотвращало зачатие.

Во времена Гиппократов уже было известно, что в зависимости от менструального цикла существуют благоприятные и неблагоприятные для зачатия дни.

В некоторых восточных странах этим методом регулирования беременности пользуются и сегодня, хотя надежность его весьма низка. Но возможность руководить способностью к зачатию осознанно человек получил только 60 лет назад, когда японец Огино и австриец Кнаус открыли, как происходит оплодотворение. Первый метод регулирования способности к зачатию, основанный на научных наблюдениях, был назван методом Огино-Кнауса, или физиологическим методом, и получил название супружеского календаря.

В наши дни контроль рождаемости — это понятие, известное любому цивилизованному человеку в любой стране.

На первый взгляд складывается всегда впечатление: если молодая семья в целом здорова физически, то она не нуждается в дополнительных советах и консультациях специалистов для того, чтобы стать родителями.

Иногда самые простые вопросы, которые могут возникать у молодой супружеской пары могут оборачиваться для них проблемами. К сожалению, эти проблемы не всегда сразу своевременно выявляются и разрешаются, что может быть связано с поверхностными, а иногда абсолютным отсутствием знаний у будущих родителей. Ухудшение демографической ситуации, снижение жиз-

ненного уровня, влияние «сексуальной революции», (нестабильные половые связи), ведут к ухудшению репродуктивного здоровья. Это в свою очередь может способствовать материнской и детской смертности, развитию заболеваний, передающихся половым путем, патологии репродуктивной системы.

Необходимо разумно планировать свою семейную жизнь как женщине, так и мужчине. С молодых лет думать о своем здоровье и не комплексовать, а чаще обращаться по интимным вопросам к специалистам.

Основная задача специалистов по планированию семьи – помочь в рождении только желанных детей в желанное время. Поскольку здоровый ребенок может родиться только у здоровой матери, весь спектр проблем, связанных с репродуктивным здоровьем женщины и планированием семьи – в компетенции врачей кабинета.

Внимательно расспросив и осмотрев пациента, проведя необходимые анализы, гинеколог подберет противозачаточные средства, подходящие именно данному конкретному человеку, расскажет о механизмах их действия. Очень важно, что весь комплекс обследования перед назначением контрацепции можно провести, не выходя из Центра. Это и кольпоскопия с цитологическим исследованием на атипические клетки, и анализ крови на гормональный профиль, и ультразвуковое сканирование органов малого таза, молочных желез, щитовидной железы, и анализ мазков на половые инфекции.

Сегодня супружеские пары имеют возможность выбирать из большого числа методов планирования семьи. К ним относятся: презервативы, разнообразные спермициды, диафрагмы, цервикальные колпачки, новые ВМС (система Мирена) оральные контрацептивы, женская и мужская добровольная стерелизация, имплантанты, инъекционные контрацептивы.

Итак, **планирование семьи** – это комплекс мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и сохранения здоровья женщин и детей; комплекс мероприятий, имеющих своей целью способствовать супружеской паре в решении следующих задач:

- 1) избежать нежеланных детей;

- 2) иметь только желанных детей;
- 3) регулировать интервалы между беременностями;
- 4) установить количество детей;
- 5) контролировать выбор времени рождения ребенка в зависимости от возраста родителей.

Часть этих задач решается за счет:

- 1) обеспечения противозачаточными средствами;
- 2) лечения бесплодия;
- 3) лечения невынашивания.

Определение возрастного периода женщины для рождения ребенка имеет большое значение. Женщины, рожавшие в возрасте моложе 20 лет, составляют группу риска в отношении возникновения осложнений в период беременности, родов и после родов. При родах у женщины в возрасте старше 35 лет повышается риск рождения ребенка с генетическими «поломками» (например, ребенок - даун).

Планирование семьи играет важную роль в снижении материнской смертности, одной из причин которой являются нелегальные искусственные аборты. Прерывание незапланированных беременностей путем искусственных абортов порой наносит непоправимый вред репродуктивному здоровью женщины. Исследования показали, что, если у женщины моложе 16 лет первая беременность закончилась абортom, то в последующем высокий процент неудачных вторых беременностей (самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды).

Здоровье детей и детская (перинатальная) смертность тесно связана с возрастом матери, интервалами между рождениями детей. Смертность среди детей, рожденных с интервалом менее одного года вдвое выше, чем среди детей, рожденных с интервалом в 2 и более лет. Контрацепция - это метод предупреждения беременности у женщин репродуктивного возраста. В настоящее время существуют следующие *методы контрацепции*:

- 1) традиционные (барьерные, химические, биологические, прерванное половое сношение);

- 2) современные (гормональная контрацепция, внутриматочная контрацепция);
- 3) необратимая контрацепция - хирургическая стерилизация (перевязка маточных труб).

Ведущим критерием при выборе метода контрацепции является эффективность (надежность) метода, которая определяется индексом Перля. **Индекс Перля** показывает процент контрацептивных неудач при использовании метода в течение одного года. Индекс Перля рассчитывается - это количество беременностей у 100 женщин за год. Величина индекса обратно пропорциональна эффективности метода.

1. Традиционные методы:

Барьерные (механические):

- диафрагмы;
- шеечные колпачки;
- губки со спермицидами;
- презервативы.

Индекс Перля при использовании презервативов составляет 12 - 20 %. Барьерные методы дополнительно к контрацептивному эффекту защищают от инфекций передаваемых половым путем, в том числе от СПИДа. Презервативы - это профилактика рака шейки матки (защита от инфицирования вирусом папилломы человека онкогенных типов).

Химические методы (спермициды): индекс Перля 15 - 30 %. (Фарматекс, Патентекс-Овал, Контрацептин-Т).

Ритмические (биологические) методы:

- календарный метод (соблюдение ритма) – применение календарного метода возможно у женщины с нормальным менструальным циклом;
- температурный метод – метод основан на измерении температуры тела вскоре после овуляции (измерение базальной температуры тела в прямой кишке). После овуляции повышается базальная температура тела, и повышенный уровень сохраняется до следующей менструации; запа-

дение температурной кривой - это день овуляции, принимают за «0» день; женщина должна не жить половой жизнью 6 дней до и 3 дня после овуляции (9 дней опасного периода);

- цервикальный метод – определение фертильного периода по характеру изменений в слизистом отделяемом из шейки матки;
- многокомпонентный метод (сочетание всех вышеперечисленных биологических методов).

Индекс Перля при использовании биологических методов составляет 14 - 50 %.

Прерванное половое сношение:

Индекс Перля составляет 15-30 %. Побочные эффекты:

- у женщины страх нежеланной беременности;
- нарушение оргазма у мужчины;
- психоэмоциональный срыв у мужчины.

2. Современные методы контрацепции.

Внутриматочная контрацепция - это достаточно надежный способ контрацепции (индекс Перля составляет 0,3 - 0,8 %), но инвазивный метод, который провоцирует и поддерживает инфекцию половой сферы. Применение ВК у молодых не рожавших женщин нежелательно.

Гормональная контрацепция. Индекс Перля составляет 0,0-0,9 %.

Существуют:

- комбинированные оральные контрацептивы;
- гестагенсодержащие;
- инъекционные гестагенные;
- имплантанты (гестагенсодержащие).

В молодом возрасте рекомендовано применение комбинированных оральных контрацептивов.

Комбинированные оральные контрацептивы бывают: монофазные, двухфазные, трехфазные. Монофазные препараты содержат два вида гормонов, доза

гормонов постоянная. (Микрогинон, Марвелон, Ригевидон, регулон, Новинет, Логест, Диане-35 и т.д.)

Двухфазные препараты содержат постоянную дозу эстрагенов и меняющуюся дозу гестагенов в разные фазы менструального цикла. (Антеовин).

Трехфазные препараты содержат переменные дозы гормонов соответственно фазам менструального цикла, что обеспечивает течение циклических процессов приближенное к естественному. (Три-регол, Тризистон и др.)

Выбор метода контрацепции – сложная задача. При выборе метода контрацепции учитывается возраст женщины, особенности половой жизни, наличие гинекологических и соматических заболеваний. Подбор метода контрацепции должен делать врач.

Контрацепция – это способы предохранения от нежелательной беременности.

Следует помнить, что беременность может наступить даже при первом и единственном половом контакте, до прихода первой менструации, во время менструации, при сексуальном контакте, когда половой член не был введен во влагалище, но сперма оказалась в области наружных половых органов, при первом половом акте, в случае, если девушка приняла душ, ванну.

А если беременность наступила, и она нежелательна, то последует ее прерывание оперативным способом, т.е. искусственный аборт. А последствия, особенно у подростков, искусственного прерывания могут быть непредсказуемыми: это и воспалительные заболевания, нарушение менструальной функции, бесплодие в дальнейшем.

На протяжении многих лет проблемы регулирования рождаемости решались в условиях широкой доступности искусственных абортов и крайне ограниченного применения современных методов контрацепции. Сейчас же существует - национальная модель планирования семьи, основанная на применении искусственных абортов как метода регулирования рождаемости, широкого применения современных методов контрацепции.

Наиболее подходящими *методами контрацепции у подростков* являются следующие.

I. Гормональные контрацептивы.

II. Различают следующие типы гормональных контрацептивов:

- монофазные комбинированные препараты, содержащие постоянную дозу эстрогенного и гестагенного компонентов;

- двухфазные комбинированные препараты - первые 10 таблеток содержат эстрогены, а остальные 11 таблеток - включают эстрогены и гестагены;

- трехфазные комбинированные препараты - таблетки 3-х видов, в которых переменные дозы эстрогенов и гестагенов имитируют уровень гормонов при физиологическом менструальном цикле.

Наиболее приемлемые оральные контрацептивы для подростков:

- Марвелон (21 тб. и 28 тб.), прием с 1-го дня менструального цикла те и другие;
- Микрогинон 30 (21 тб.) с 5-го дня менструального цикла;
- Минизистон (21 тб.) - с 1-го дня менструального цикла;
- Новинет регулон - с 1-го дня менструального цикла;
- Триквилар - с 1 -го дня менструального цикла;
- Три-регол - с 5-го дня менструального цикла.
- Постинор - посткоитальный препарат наружный.

При появлении побочных действий: тошноты, рвоты, нагрубании молочных желез, межменструальных кровотечений - обращаться за советом к врачу.

III. Внутриматочная контрацепция. Внутриматочная спираль (ВМС) редко применяется у подростков, поскольку одним из условий является длительное (больше 1 года) применение.

В этом возрасте устойчивые регулярные и длительные отношения встречаются не часто. Контрацептивный эффект связан с усилением сокращений матки и созданием условий, препятствующих имплантации зиготы.

IV. Барьерные методы: мужской презерватив, женская диафрагма. Эффективность этого метода 88%. Преимущество перед другими мето-

дами контрацепции является одновременная защита от ВИЧ-инфицирования. Диафрагма - куполообразный резиновый колпачок с гибким ободком, который вводится во влагалище до полового акта.

V. Химические методы (спермициды).

Они состоят из 2-х компонентов: спермоубивающего вещества и основания. Основание обволакивает шейку матки и способствует тому, чтобы ни один сперматозоид не мог избежать контакта со спермацидным компонентом.

Существуют следующие спермациды:

1. Плёнка - контрацептивная защита начинается через 15 минут.
2. ВКП (вагинальная контрацептивная пленка)
3. Крем «Фарматекс».
4. Пена – контрацептивная защита немедленная, в течение 1 часа.
5. Желе и кремы – контрацептивная защита немедленная и в течение 6-8 ч.
6. Свечки и таблетки: фарматекс, нео-сампуун, семицид, ренделл, норформ и т.д.

К отечественным спермицидам относятся: Трацептин, Контрацептин-«Т», Грамицидиновая паста, влагалищные шарики с лютеинурином.

VI. Физиологический метод.

Используются естественные чередования на протяжении менструального цикла периодов пониженной и повышенной способности забеременеть. Жизнеспособность яйцеклетки колеблется от 1 до 3-х суток, после овуляции, спермиев – до 5 суток. Наступление беременности наиболее вероятно в промежутке времени за 5 дней до овуляции и 3 дня после. Наиболее простым и достоверным методом определения овуляции является измерение базальной температуры. Момент овуляции соответствует спаду температуры на 0,2 - 0,4 градуса и подъему на 0,6 - 1 градус. Эти измерения регистрируются лишь через 1-2 суток после овуляции. Это очень ненадежный вид контрацепции.

Для правильного выбора методов контрацепции необходимо индивидуальное консультирование врачом.

Многие методы планирования семьи не только *предупреждают нежеланную беременность*, но и *полезные для здоровья* (помогают избежать заражения инфекциями, передающимися половым путем, в том числе и ВИЧ-инфекции/СПИД; снизить вероятность развития воспалительных заболеваний органов малого таза, ослабляют менструальные спазмы и боли, регулируют менструальный цикл и даже помогают предотвратить некоторые виды рака.

Консультирование – чрезвычайно важный компонент услуг по планированию семьи. Консультирование такими специалистами как: гинеколог-эндокринолог, андролог, общий эндокринолог, генетик, психолог дает возможность молодой паре сделать осознанный выбор касающийся их репродуктивных возможностей, спланировать желаемую беременность, предупредить возникновение различных заболеваний, выбрать устраивающий их метод контрацепции, правильно и успешно использовать выбранный метод, укрепить межличностные отношения в семье.

Осуществление планирования семьи тесно связано с реализацией человеком своих репродуктивных прав.

Законодательство Российской Федерации, как и многих других стран, в отношении охраны репродуктивных прав соответствует международным правовым документам и нормам, регламентировано Конституцией РФ и специальными законодательными актами по охране здоровья, материнства, детства, социальной поддержке семьи; целевыми федеральными программами и другими документами. Эти документы содержат ряд прав граждан РФ, которые могут рассматриваться самостоятельно или в сочетании с другими правами и служить целям охраны репродуктивного здоровья и защиты репродуктивных прав.

Так, в соответствии со статьей 15 (п. 4). **Конституции Российской Федерации**, права и свободы человека в репродуктивной сфере являются неотъемлемым компонентом личных прав и свобод граждан, предполагают также непременным условием их реализации право на охрану здоровья, в ст. 55

гарантируется право каждого гражданина на бесплатную помощь в государственной системе здравоохранения.

С 1 марта 1996 года введен в действие новый **Семейный кодекс Российской Федерации**, принятый Государственной Думой 8 декабря 1995 года (Закон Российской Федерации от 29.12.95 № 223-ФЗ).

Семейное законодательство исходит из необходимости укрепления семьи, построения семейных отношений на чувствах взаимной любви и уважения, взаимопомощи и ответственности перед семьей всех ее членов, недопустимости произвольного вмешательства кого-либо в дела семьи, обеспечения беспрепятственного осуществления членами семьи своих прав, возможности судебной защиты этих прав.

Вопросы материнства, отцовства, воспитания, образования детей и другие вопросы жизни семьи решаются супругами совместно, исходя из принципа равенства супругов. Супруги обязаны строить свои отношения в семье на основе взаимоуважения и взаимопомощи, содействовать благополучию и укреплению семьи, заботиться о благосостоянии и развитии своих детей.

Существенным вкладом в развитии нормативно-правовой базы по охране репродуктивного здоровья граждан, планированию семьи стали **«Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»**, принятые в 1993 году.

Согласно **ст. 22** государство берет на себя заботу об охране здоровья членов семьи. Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на бесплатные консультации по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-генетические, другие консультации и обследования в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения с целью предупреждения возможных наследственных заболеваний у потомства.

Ст. 23 предусматривает государственные гарантии беременным женщинам: право на работу в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья; обеспечение женщин в период беременности, во время и после родов специализированной медицинской помощью в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения за счет средств целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан; право на получение пособия женщинам во время беременности и в связи с рождением ребенка; право на полноценное питание беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет.

В **ст. 30** закреплены права пациента на: уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала; проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов; облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами; сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении; информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии: отказ от медицинского вмешательства в соответствии и другие.

Раздел 7 Основ законодательства об охране здоровья граждан непосредственно посвящен медицинской деятельности по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека.

Так, **ст. 35** закрепляет право каждой совершеннолетней женщины детородного возраста на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона.

В **ст. 36** определено право женщин самостоятельно решать вопрос о материнстве, в том числе, право на искусственное прерывание беременности. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям - при сроке

беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины – независимо от срока беременности. Искусственное прерывание беременности проводится в рамках программ обязательного медицинского страхования в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, врачами, имеющими специальную подготовку. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Здесь уместно упомянуть о *перечне социальных показаний для прерывания беременности*, утвержденном Постановлением Правительства РФ от 08.05.96 № 567:

- 1) наличие I или II группы инвалидности у мужа;
- 2) смерть мужа во время беременности;
- 3) пребывание женщины или ее мужа в местах лишения свободы;
- 4) женщина или муж признаны безработными в установленном порядке;
- 5) наличие решения суда о лишении или ограничении родительских прав;
- 6) женщина не состоит в браке;
- 7) расторжение брака во время беременности;
- 8) беременность в результате изнасилования;
- 9) отсутствие жилья, проживание в общежитии или частной квартире;
- 10) женщина имеет статус беженца или вынужденного переселенца;
- 11) наличие в семье трех и более детей;
- 12) наличие в семье ребенка-инвалида;
- 13) доход в семье на одного человека ниже прожиточного минимума, установленного для данного региона.

Ст. 37 Основ законодательства РФ по охране здоровья граждан предусматривает права на медицинскую стерилизацию граждан, согласно которой медицинская стерилизация, как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции, может быть проведена только по письменному заявлению

гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и согласия гражданина – независимо от возраста и наличия детей.

Ст. 38 гарантирует доступность и бесплатность первичной медико-санитарной помощи, что включает в себя: лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование; проведение мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства, других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства. Объем первичной медико-санитарной помощи устанавливается местной администрацией в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования.

Необходимо также отметить, что 2000 году в Российской Федерации разработана и утверждена тремя министерствами (здравоохранения, образования, труда и социального развития) **Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России на период 2000-2004 гг. и План мероприятий по ее реализации.** Концепция определяет основы государственной политики по охране репродуктивного здоровья населения страны и систему комплексных профилактических мер, включающих совершенствование организации медицинской помощи и лекарственного обслуживания, улучшение подготовки и усовершенствование кадров, информационное обеспечение деятельности в области охраны репродуктивного здоровья, а также проведение научных исследований в этой области.

Согласно **Федеральному Закону от 28.12.01 № 181-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей»** с 1 января 2002 г. в три раза повысился размер единовременного пособия при рождении (усыновлении) ребенка (с 1500 руб. до 4500 руб.). Также увеличился до 500 руб. размер ежемесячного пособия на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет.

До 300 рублей повысился размер пособия по беременности и родам, выплачиваемого женщинам, уволенным в связи с ликвидацией предприятий, учреждений и организаций, в течение 12 месяцев, предшествовавших дню признания их в установленном порядке безработными. Также в три раза увеличился размер единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности (300 рублей).

24 сентября 2001 года Постановлением Правительства РФ была принята **Концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года**, разработанная на основе Указа Президента Российской Федерации от 10.01.00 № 24 «О Концепции национальной безопасности Российской Федерации». Можно выделить несколько блоков в Концепции, ориентированных на обеспечение репродуктивных прав в РФ. Так, одной из задач демографического развития Российской Федерации является улучшение репродуктивного здоровья населения. В этой области предусматривается совершенствование организации и развитие государственных и негосударственных форм оказания населению специализированной медицинской помощи, включая использование высоких медицинских технологий, в том числе в рамках федеральных целевых программ. При этом особо выделяются программы обеспечения ранней диагностики и качественного лечения нарушений репродуктивного здоровья населения, прежде всего подростков, развития новых подходов к их гигиеническому и нравственному воспитанию, подготовке к семейной жизни.

Тема 15. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В НАРКОЛОГИИ

По данным Всемирной Организации Здравоохранения количество россиян, употребляющих различные наркотические вещества, уже превысило 5 миллионов человек. Среди наших наркоманов 40 % составляют подростки и молодежь в возрасте от 12 до 20 лет.

Больной наркоманией – лицо, которому по результатам медицинского освидетельствования, проведенного в соответствии с законодательством Российской Федерации, установлен диагноз «наркомания».

Незаконное потребление наркотических средств или психотропных веществ – потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача.

Наркологическая помощь – комплекс мероприятий по профилактике, лечению, медико-социальной реабилитации больных наркоманией, осуществляемых специализированными государственными медицинскими учреждениями, получившими лицензию на указанные виды медицинской деятельности.

Наркомания – болезнь, которая проявляется влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием синдрома лишения — *абстиненции* — в случае прекращения их приема; формируется **наркотическая зависимость** — сильное, непреодолимое влечение к состоянию наркотического одурманивания, возникающее после нескольких приемов наркотических веществ.

Основная работа по борьбе с наркоманией ведется на уровне регионов, в которых к подобной деятельности привлечены учреждения социальной службы, здравоохранения, народного образования, милиции, исправительных колоний, общественных организаций и частные лица, научные институты. Главное звено в этой схеме — социальные комиссии коммунального управления, в составе которых находятся специальные подразделения по противодействию распространению наркомании.

Непосредственная помощь наркоманам осуществляется через межрайонные группы, под опекой которых находится 5-6 городских районов.

Для работы с больными наркоманией создаются специализированные центры лечения – как медикаментозного, так и немедикаментозного.

Чтобы выявить места дислокации наркоманов, действуют специальные уличные патрули, разработана программа «Дети улицы» и т.д.

За рубежом созданы «наркопатрули», которые пытаются побудить наркоманов обратиться за помощью к врачу. При направлении в медицинское учреждение соблюдается принцип добровольности.

Межрайонные группы проводят систему мероприятий по социальной реабилитации наркоманов, прошедших курс, лечения и тех, кто не готов к этому. Им оказывается помощь в адаптации к жизни, помощь в трудоустройстве, в решении жилищных вопросов и т.п.

Профилактика наркомании – система социально-экономических, правоохранительных, организационных, педагогических, воспитательных, медицинских и иных мероприятий, направленных на предупреждение возникновения наркомании и устранение условий для развития возможных негативных последствий употребления наркотических средств и психотропных веществ, а также медицинскую, социальную и трудовую реабилитацию больных наркоманией.

Антинаркотическое обучение и воспитание граждан – обязательная составная часть профилактики наркомании, направленная на распространение знаний о причинах заболевания наркоманией, его проявлениях, осложнениях и негативных медицинских и социальных последствиях, способах противодействия вовлечению в потребление наркотических средств и психотропных веществ, а также на формирование навыков ведения здорового образа жизни.

Антинаркотическая пропаганда – распространение и разъяснение знаний, взглядов и морально-этических принципов, направленных на формирование здорового образа жизни и негативного отношения к потреблению наркотических средств, психотропных веществ и их аналогов.

В системе социальной защиты населения создаются учреждения социального обслуживания, специализированные и иные учреждения социальной защиты по оказанию социально-реабилитационной помощи лицам, потреблявшим наркотические средства, психотропные вещества.

Учреждения социального обслуживания лиц, потреблявших наркотические средства, психотропные вещества, создаются в форме территориальных

центров социальной помощи семье и детям, центров психолого-педагогической помощи населению, центров экстренной психологической помощи и в иных формах, предусмотренных федеральным законодательством.

Помещение несовершеннолетнего в специализированное учреждение социального обслуживания лиц, потреблявших наркотические средства, психотропные вещества, осуществляется по личному обращению несовершеннолетнего либо по заявлению его родителей либо лиц, их заменяющих, на основании заключения лечебно-профилактического учреждения, в котором несовершеннолетний прошел курс медицинской реабилитации.

Для профилактики наркомании также применяются меры:

- распространение литературы, пропагандирующей жизнь против наркотиков (за счет коммуны);
- в отношении молодежи ведется лекционно-разъяснительная работа в школах, гимназиях, высших учебных заведениях.

Анонимные Наркоманы (АН) – международная общественная ассоциация выздоравливающих наркоманов. Начавшееся в 1947 году, движение АН сейчас является одним из старейших и крупнейших среди сообществ подобного типа в мире. Оно проводит в семидесяти странах еженедельно почти двадцать тысяч собраний.

Анонимные Наркоманы выделились из Сообщества Анонимных Алкоголиков в конце 1940-ых. В первой половине 50-х годов собрания АН проводились только в районе Лос-Анджелеса, в Калифорнии (США). Много лет Сообщество АН развивалось очень медленно, распространившись от Лос-Анджелеса до других крупных городов Северной Америки и Австралии к началу 1970-х.

Ассамблея делегатов отдельных групп АН впервые собралась в 1978 г. В 1983 Анонимные Наркоманы издали одноименный «базовый текст», и с тех пор скорость роста Сообщества взмыла подобно ракете. Группы быстро сформировались в Бразилии, Колумбии, Германии, Индии, Республике Ирландия, Японии, Новой Зеландии и Великобритании. Через три года после первой публикации «базового текста» АН число групп Анонимных Наркоманов почти утрои-

лось. Сегодня Анонимные Наркоманы довольно хорошо организованы повсюду в Западной Европе, обеих Америках, Австралии и Новой Зеландии. Вновь сформированные группы АН появились в Индокитае, Африке, Восточной Азии, Ближнему Востоку и Восточной Европе.

Членом АН может стать любой наркоман, независимо от используемого наркотика или комбинации используемых наркотиков. Не имеется никаких социальных, религиозных, экономических, расовых, этнических, национальных, половых или классовых ограничений для вступления в сообщество. Членство в Анонимных Наркоманах абсолютно добровольное, никакие списки членов или отчеты о посещаемости не ведутся ни для АН, ни для кого-либо еще. Члены живут в Сообществе или посещают собрания тогда, когда считают нужным. Не имеется никаких вступительных или членских взносов. Хотя большинство членов регулярно вносят небольшие суммы, чтобы помогать оплатить расходы на собрания группы, эти пожертвования не являются обязательными.

Ядро программы выздоровления Анонимных Наркоманов – последовательность личных поступков, известная как «Двенадцать Шагов» - адаптировано из программы Анонимных Алкоголиков. «Шаги» включают признание имеющейся проблемы, обращение за помощью, правдивую самооценку, доверительный рассказ о себе, возмещение причиненного окружающим ущерба и помощь желающим выздороветь наркоманам. Важнее всего в программе – акцент на том, что обозначается как «духовное пробуждение». «Духовное пробуждение» имеет сугубо практическую ценность, а не преследует цель экспорта философских или метафизических идей. Этим достигается легкость преодоления программой границ между культурами. Анонимные Наркоманы не являются религиозной организацией и поощряют каждого члена Сообщества к своему пониманию «духовного пробуждения», неважно – религиозному или нет.

Анонимные Наркоманы полагают, что один из ключей к успеху – ценность наркоманов, помогающих другим наркоманам, как психотерапевтов. На собраниях члены Сообщества делятся своим личным опытом с другими ищущими помощи – не как профессионалы, но просто как люди, пережившие

похожую ситуацию и нашедшие решение. Анонимные Наркоманы не имеют профессиональных врачей, реабилитационных центров или больниц. АН не обеспечивают работой и никакими юридическими, финансовыми, психиатрическими или медицинскими услугами. Самое правильное определение понятия «консультант АН» – «наставник, опытный член Сообщества, который предоставляет неформальную помощь более молодому члену».

Первичная служба, обеспечиваемая Анонимными Наркоманами – собрания групп АН.

Тема 16. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Все медицинские учреждения делятся на:

- лечебно-профилактические;
- санитарно-противоэпидемические.

Лечебно-профилактические подразделяются на:

- 1) амбулаторно-поликлинические;
- 2) стационарные;
- 3) специализированные.

Первичную медико-социальную помощь населению оказывают амбулаторно-поликлинические учреждения. Это очень широкая и наиболее массовая сеть учреждений (например, в нашей стране их свыше 38 тыс.). 80% больных начинают и заканчивают лечение в этой сети. Всего участковых врачей в поликлиниках занято 96 тыс. – это говорит о массовости.

Амбулаторно-поликлиническая сеть работает по принципам нашего российского здравоохранения:

- обязательность медицинского страхования всех граждан, проживающих на территории России;
- общедоступность первичной медико-социальной помощи;
- единство лечебных и профилактических мероприятий;
- принцип участковости;

- диспансерный метод работы.

Номенклатура амбулаторно-поликлинических учреждений относит следующие поликлинические учреждения:

- 1) территориальная городская поликлиника для взрослого населения;
- 2) амбулаторная;
- 3) здравпункт

Кроме того, по амбулаторно-клиническому типу работают учреждения охраны материнства и детства (детская поликлиника, женская консультация), учреждения медицинского обслуживания рабочих промышленных предприятий (медико-санитарная часть, здравпункт на территории предприятия), специализированные поликлиники, где находятся диагностические центры, поликлинические отделения диспансеров.

Участковость – это обслуживание какой-то группы населения одним врачом – участковым.

Участки бывают:

- территориальные;
- цеховые;
- участок врача общей практики;
- семейный;
- гинекологический;
- педиатрический;
- сельский.

Размеры различных участков:

- 1) размер территориального участка 1700 человек взрослого населения – демографическое понятие взрослого населения определяет это населения в возрасте от 15 лет и старше;
- 2) цеховой участок насчитывает 1600 рабочих в единой цеховой принадлежности;

- 3) участок врача общей практики насчитывает 1500 человек, обслуживаемых этим врачом по контракту;
- 4) участок семейного врача насчитывает 1200 человек обслуживаемых по контракту;
- 5) сельский участок насчитывает от 5 до 8 тыс. жителей, детей и взрослых любого возраста – поскольку сельское здравоохранение кроме принципа участковости имеет принципе этапности, учитывается и размер территории. Радиус обслуживания до 10 км; *радиус обслуживания* – это расстояние от сельского здравпункта до самого отдаленного места жительства;
- 6) акушерский-гинекологический участок составляет 3800 женщин в возрасте от 15 лет;
- 7) педиатрический - 800 детей (от 0 до 14 лет).

Задачи которые решаются в амбулаторно-поликлинических учреждениях (согласно положению о городских поликлиниках):

- 1) оказание квалифицированной и специализированной помощи населению, обслуживающей территорией в поликлинике и на дому;
- 2) проведение комплекса профилактических мероприятий среди населения, направленных на снижение инвалидности, заболеваемости и смертности;
- 3) организация и проведение диспансеризации больных и декретированных групп населения;
- 4) санитарно-гигиеническое воспитание и обучение, пропаганда здорового образа жизни.

Деятельность всей амбулаторно-поликлинической сети на примере городской территориальной поликлиники.

Поликлиника – это из массовых учреждений, это многопрофильное, специализированное, учебно-профилактическое учреждение, предназначенное оказывать медицинскую помощь на амбулаторном приеме и на дому, а также осуществлять комплекс профилактических мероприятий.

Амбулатория – отличается от поликлиники уровнем специализации и объемом клиники, где прием ведется по не большому числу специальностей (терапия, хирургия, педиатрия). Работает в сельской местности.

По номенклатуре поликлиники делятся на следующие группы.

По профилю:

- общие (территориальные);
- детские;
- стоматологические;
- физиотерапевтические;
- курортные;
- консультативно-диагностические (специализированные).

По территориальному признаку:

- городские;
- сельские.

По организационному признаку:

- объединенные;
- самостоятельные.

Мощность поликлиники определяется числом посещений. *Категорийность* определяется числом врачебных должностей. *Сеть и кадровое обеспечение* поликлиники планируется исходя из основных планово-нормативных показателей (потребность взрослого городского населения в амбулаторной помощи - 13.4 посещений на жителя в год). 20% населения посещают поликлинику более 40 раз в год, а 40% не посещают ее ни разу в год.

Штатные нормативы – 13 врачебных должностей на 10 тыс. взрослого населения. В среднем у нас в РФ около 15, но может доходить и до 30 .

Основные разделы работы поликлиники:

- лечебно-диагностический;
- профилактический;
- организационно-методический;
- организационно-массовый.

Лечебно-диагностический: постановка диагнозов, назначение лечения, направления на консультацию, направления на исследование, направление на санаторно-курортное лечение, направление на диетпитание, а также экспертная работа – экспертиза нетрудоспособных временно и направление на экспертизу нетрудоспособных постоянно, это консультационные вопросы, это экспертные вопросы при установлении вида нетрудоспособности. На всю ту работу участковому терапевту выделяется 7.5 часов при пятидневной неделе. Эти 7.5 часов делится на две части: первая часть для обследования амбулаторных больных – 4-4.5 часа, вторую часть времени врач обследует больных на дому. Неравное распределение этих частей зависит от социально-демографической характеристики обслуживаемого населения.

Например, если поликлиника в пределах Санкт-Петербурга в центре города, где 80% пенсионеров, то конечно больше времени уделяется врачом на обследование на дому. А если поликлиника находится в районе, где много молодого населения то больше времени уделяется на амбулаторный прием. По нормативу нагрузка участкового терапевта в час при обслуживании больных амбулаторно составляет 5 человек, при обследовании на дому 2 человека в час.

Есть показатель нагрузки терапевта в течение года, который называется посещаемость – это число посещений к одному участковому терапевту за год. Это показатель выполненной работы, количества выполненной работы. Показатель посещаемости сравнивается с нормативным показателем, который называется *пунктом врачебной должности* (ПВД). ПВД – это нормативный показатель нагрузки участкового врача за год. У нас принят нормативный показатель 7 тыс. человек в год у терапевта. Значит, в отчетной документации посещаемость участкового терапевта должна составлять цифру, приближенную к нормативу. Экспертные вопросы: отдельное время на эти вопросы участковому врачу не выделяется. В эти же 5 посещений в час он должен провести вопросы определения вида нетрудоспособности, заполнить документы и направить в соответствующее учреждение.

Профилактическое направление работы состоит из трех частей:

- диспансеризация больных;
- санитарно-противоэпидемические мероприятия;
- прививочные мероприятия.

Диспансеризация больных: раньше выделяли 4 часа в месяц, сейчас не это не выделяется времени. Диспансеризация проводится согласно приказу №775 от 1988 г. «О диспансеризации населения». В этом приказе подробно по каждой нозологической форме расписаны объем и периодичность обследования.

В профилактическую работу входят также диспансеризация декретированных слоев населения. В условиях перехода к обязательному медицинскому страхованию, когда за каждого человека платится какая-то сумма, диспансерный осмотр декретированных категорий населения становится дорогостоящим. Поэтому диспансеризация их проводится только на полной договорной основе соответствующими учреждениями.

Санитарно-противоэпидемическая работа: поликлиника пропускает через себя большие массы населения поэтому в этих учреждениях устанавливается особый санэпидрежим. Поликлинику два раза в год контролирует санэпиднадзор. В рамках самой поликлиники имеются подразделения которые требуют усиленный санэпидрежим: рентгенологическое, физиотерапевтическое, процедурное, стерилизационное. Эти подразделения контролируются один раз в квартал санэпиднадзором.

Прививочная работа проводится широко в рамках детской поликлиники. В структуре которой имеется самостоятельное подразделение - прививочный кабинет. В взрослой поликлинике прививки проводятся в кабинете инфекционных заболеваний. Прививочный кабинет имеет свой эпидрежим, который контролируется санэпиднадзором.

Организационно-методическая работа включает следующие мероприятия.

1. *Учет и отчетность.* Наиболее часто встречаемые учетные формы: №25 это форма имеет статический талон, который используется для разработки

заболеваемости. Учетная форма №25 имеет индивидуальная карта амбулаторного больного. Под этим же УФ №25 - лист уточненных диагнозов, в котором дублируется запись статического талона. УФ №30 - контрольная карта диспансерного наблюдения. Учетная форма – листок нетрудоспособности или больничный лист. Кроме того все направления на анализы, на исследования также являются учетными формами. В детской поликлинике эта учетная форма - история развития ребенка. В женской консультации – обменная карта. Учетная форма заполняется на каждую единицу наблюдения, то есть на каждого человека или на каждый случай. Например, амбулаторная карта заполняется на больного, больничный лист – на случай. Отчетная форма поликлиники имеет №30 - отчет о работе поликлиники. ОФ №12 – анализ общей заболеваемости. ОФ №16 – ВН – временная нетрудоспособность – это отчет о нетрудоспособности. Существует также отчеты об инвалидах, о профилактической работе и другие.

2. *Организация и проведение* конференций, семинаров, как в самой поликлиники, так и участие в этих мероприятиях в других учреждениях.
3. *Повышение квалификации* медицинских работников, то есть планирование усовершенствования врачей.

Организационно-массовый раздел – это работа санитарно-гигиенического воспитания и обучения, пропаганда здорового образа жизни.

Типовая структура городской поликлиники. Во главе поликлиники стоит главный врач, у него имеется три заместителя: по лечебной работе – начмед, по экспертным вопросам – зам. по КЭК, по хозяйственным вопросам – завхоз.

В условиях медицинского страхования могут взять зам. по экономическим и финансовым вопросам. В структуре поликлиники имеется терапевтическое отделение (одно или несколько, но не более 4). Во главе отделения стоит штатный заведующий отделением. Отделение насчитывает 3 и более участков (бывает до 20, но в среднем 10-12).

Тема 17. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В ЦЕНТРАХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ

Социальное обслуживание включает в себя совокупность социальных услуг, которые предоставляются гражданам на дому или в специализированных государственных и муниципальных учреждениях.

Основными принципами деятельности в сфере социального обслуживания являются: предоставление государственных гарантий; обеспечение равных возможностей при получении социальных услуг и их доступности; преемственность всех видов социального обслуживания; ориентация социального обслуживания на индивидуальные потребности граждан; приоритет мер по социальной адаптации и др.

Важнейшими *моделями социального обслуживания* стали такие, как социальное обслуживание на дому; полустационарное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания учреждений социального обслуживания; стационарное социальное обслуживание в домах-интернатах, пансионатах и др.; срочное социальное обслуживание; социально-консультативная помощь; предоставление жилой площади в специальных домах для престарелых и т.д.

Преобладающей моделью нестационарных социальных служб в системе социальной защиты населения являются ***центры социального обслуживания населения***.

Центры могут иметь в своей структуре различные подразделения социального обслуживания: отделения дневного пребывания престарелых и инвалидов, социальной помощи на дому, службы срочной социальной помощи и др.

В задачи центра входит выявление престарелых и других лиц, нуждающихся в социальной поддержке; определение конкретных видов и форм помощи, предоставление различных социально-бытовых услуг разового или постоянного характера; анализ социально-бытового обслуживания населения; привлечение различных государственных и негосударственных структур к реше-

нию вопросов оказания социально-бытовой, медико-социальной, психологической, юридической помощи пожилым людям и другим нуждающимся лицам.

Важнейшей частью работы центра является социальное обслуживание на дому одиноких пожилых людей: закупка и доставка продуктов, обеспечение лекарствами, организация уборки в квартире, различные социально-бытовые услуги и их оплата (сдача белья в прачечную, одежды в чистку, утепление оконных рам и дверей и т.п.), информирование и консультирование и др.

Социальные работники поддерживают связь с трудовыми коллективами, где раньше работали их подопечные, добиваются, чтобы они не забывали, оказывали помощь и проявляли внимание к своим бывшим работникам.

Анализ основных направлений деятельности центров социального обслуживания свидетельствует о том, что данная модель социальной службы, ориентированной на работу с пожилыми людьми, получила наибольшее распространение и признание, является наиболее типичной. Однако она еще не охватывает многие категории пожилых людей, которые испытывают потребность в социально-психологической помощи, в общении, социально-правовых консультациях, в адаптации к новым условиям.

Центры социального обслуживания населения становятся эффективными нестационарными формами социальной поддержки пожилых людей и других категорий населения Российской Федерации.

Как известно, с годами здоровье у пожилых людей становится хуже, обостряются хронические заболевания, организм становится все более уязвимым для болезней. Поэтому наряду с медико-социальным обслуживанием на дому создаются и специальные медико-социальные отделения.

Их цели:

- продление активного долголетия, достижение более высокого уровня качества жизни пожилых людей;
- создание условий для достойной старости;
- разработка новых форм и технологий в работе с пожилыми людьми и внедрение их в практическую деятельность.

Задачи:

- совершенствование системы индивидуального подхода и улучшения качества медико-социального обслуживания лиц престарелого возраста;
- изучение, применение и внедрение основных методов реабилитации: медицинской, социальной, социально-психологической;
- максимально возможная интеграция лиц пожилого и старческого возраста в общество.

Технологии, применяемые в медико-социальной работе:

- оккупационная терапия (терапия повседневной занятостью);
- технологии развития самостоятельной активности;
- образовательные технологии;
- информационно-познавательные;
- технологии художественно-творческой деятельности;
- спортивно-прикладные технологии.

Тема 18. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Эксперты в области здравоохранения предупреждают, что к концу этого года количество умерших от хронических заболеваний превысит число летальных исходов от инфекций, голода и осложнений во время беременности вместе взятых и достигнет рекордных 35 миллионов человек из общих 58 миллионов умерших. Таким образом, ежегодно почти 80% смертей (как это ни странно, преимущественно, в странах со средним уровнем жизни) - результат хронических заболеваний, таких как болезни сердца, диабет и рак.

По мнению редактора медицинского журнала The Lancet Ричарда Хортонна, причина большинства этих заболеваний кроется в курении и избыточном весе. В то время как крупнейшие страны мира пытаются бороться со СПИДом, малярией и туберкулезом, хронические заболевания остаются на периферии внимания медиков.

В своем опубликованном отчете Всемирная организация здравоохранения предупреждает, что если начать принимать меры уже сегодня, то к 2015 году

удастся сохранить до 36 миллионов жизней. «Без четко скоординированных действий многих государств мира, все успехи в борьбе с инфекционными заболеваниями будут сведены на нет огромным числом смертей от последствий болезней, которые можно и нужно предотвратить, - считает Хортон. - К счастью, мы имеем для этого уникальную возможность. Нужно лишь начать действовать как можно скорее».

По самым скромным оценкам специалистов в этом году число жертв СПИДа достигнет 2,8 миллионов человек, в то время как количество умерших от сердечно-сосудистых заболеваний за этот же период составит 17,5 миллионов.

Хронические заболевания – это заболевания внутренних органов, которыми люди болеют длительное время. Чаще всего излечиться от этих заболеваний невозможно, можно лишь добиться стойкой ремиссии – отсутствие обострений заболевания в течение длительного времени (иногда несколько лет).

С некоторыми заболеваниями люди рождаются, другие возникают в детском возрасте или во взрослом состоянии из-за недостаточного или несвоевременного лечения острых заболеваний.

Любое хроническое заболевание требует наблюдения у соответствующего врача-специалиста, соблюдения определенной диеты и образа жизни, возможно длительного приема лекарственных препаратов с индивидуальным подбором и периодической коррекцией дозы принимаемых лекарств.

Самая частая болезнь из внутренних заболеваний - **астрит** – характеризуется следующими проявлениями:

- морфологические изменения слизистой оболочки неспецифичны, воспалительный процесс очаговый или диффузный;
- структурная перестройка слизистой с нарушением регенерации и атрофией;
- неспецифические клинические проявления;
- нарушения секреторной, моторной, частично инкреторной функций.

Частота хронического гастрита с каждым годом растет, и к 70 годам может быть у каждого.

Около 7% всего взрослого населения больны **хроническими неспецифическими заболеваниями легких**.

Классификация – хронические заболевания легких, хронические генетически детерминированные легочные дисплазии или приобретенные заболевания:

- с преимущественным поражением бронхов
- с преимущественным поражением паренхимы.

Хронический гепатит — группа нарушений, характеризующихся хронической воспалительной реакцией в печени, протекающей в течение, по крайней мере, 6 месяцев. Общие симптомы: утомляемость, недомогание, анорексия, невысокая лихорадка; желтуху отмечают при тяжелом течении заболевания. У некоторых больных наблюдаются осложнения цирроза: асцит, варикозное кровотечение, энцефалопатия, коагулопатия и гиперспленизм.

Хронический пиелонефрит – неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание слизистой оболочки мочевыводящих путей: лоханок, чашечек и интерстициальной ткани почек. По сути, это интерстициальный бактериальный нефрит, составляющий 60% всех заболеваний почек.

Хронический холецистит – воспаление стенки желчного пузыря, вызванное длительным раздражением либо камнем, либо повторяющимися острыми воспалительными процессами, либо бактериальной персименцией.

Гипертоническая болезнь – стойкое повышение артериального давления. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), давление ниже 140/90 мм рт.ст. считается нормальным, от 140/90 до 160/95 мм рт.ст. – пограничным, выше – повышенным. Гипертоническая болезнь относится к распространенным сосудистым заболеваниям: болеют одинаково часто мужчины и женщины.

«**Ожирение**» - это хроническое заболевание обмена веществ, проявляющееся избыточным развитием жировой ткани, прогрессирующее при естествен-

ном течении, имеющее определенный круг осложнений и обладающее высокой вероятностью рецидива после окончания курса лечения.

Основным диагностическим критерием ожирения является избыток общей массы тела по отношению к норме. Именно избыток жировой массы определяет тяжесть течения заболевания.

При количественной оценке ожирения предпочтение отдается такому показателю как индекс массы ИМТ (рассчитать ИМТ = масса тела в килограммах, деленная на квадрат роста в метрах), что объясняется простой его подсчета и корреляцией с сопутствующими ожирению заболеваниями.

Всемирная организация здравоохранения предлагает свои способы борьбы с подобной ситуацией: уменьшение содержания соли в пищевых продуктах и увеличение налогов на табачную продукцию. Отметим, что по данным на сентябрь этого года около 1 миллиарда жителей Земли страдают от избыточного веса. К сожалению, специалисты полагают, что заставить людей (особенно тех, кто живет в развивающихся странах) отказаться от высококалорийных продуктов с высоким содержанием холестерина не так-то просто, ввиду их довольно низкой стоимости.

Мифы и факты о хронических заболеваниях.

Миф: "Хронические заболевания - признак финансового благополучия"

Факт: четыре смерти из пяти, вызванных хроническими заболеваниями, приходится на страны с низким или средним экономическим развитием. По последним данным, рост заболеваемости инфарктом, инсультом, сахарным диабетом, раком намного обгоняет экономическое развитие государства.

Например, в странах с неразвитой экономикой, увеличение индекса массы тела и уровня общего холестерина происходит очень быстро, при некотором росте дохода.

Миф: "Люди все равно должны от чего-то умирать"

Факт: Безусловно, каждый умрет от чего-то, но смерть не обязана быть преждевременной, медленной и мучительной. Хронические заболевания редко заканчиваются внезапной смертью. Чаще всего, состояние больного ухудшает-

ся постепенно, особенно, при отсутствии адекватного лечения. В бедных странах люди заболевают хроническими болезнями раньше, страдают дольше (зачастую, от осложнений, которых можно бы было предупредить), и умирают раньше, чем в богатых странах. Смерть неизбежна, но длительных страданий можно избежать.

Миф: "Хронические заболевания развиваются под влиянием вредных факторов в течение многих лет, поэтому должны смениться несколько поколений, прежде чем наступит эффект от профилактических мер"

Факт: Результата не придется ждать десятилетиями. Воздействие на факторы риска дает на удивление быстрый результат, как на популяционном уровне, так и в каждом конкретном случае. Например, в случае борьбы с курением, государственные программы дают незамедлительный эффект. Быстро снижается потребление табака населением, распространенность сердечно-сосудистых заболеваний и количество госпитализаций по поводу инфаркта миокарда.

Миф: "Профилактика хронических заболеваний менее эффективна с экономической точки зрения, чем профилактика острых и инфекционных заболеваний"

Факт: Меры по борьбе с хроническими заболеваниями экономически эффективны во всех регионах мира, за исключением стран Африки, расположенных к югу от Сахары. Многие мероприятия не только экономичны, но и легко осуществимы. Примеры таких мероприятий: уменьшение содержания поваренной соли в пище путем соглашения с пищевыми предприятиями, обложение налогами табачных изделий (это еще и увеличивает доходы государства), запрещение рекламы сигарет, медикаментозная терапия у пациентов из группы риска.

Тема 19. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ И ТЕХНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ

Технические вспомогательные (компенсаторные) средства – протезно-ортопедические и сурдо-тифлотехнические средства и обязательные гигиенические средства, перечень которых утверждается Правительством РФ.

Сурдотехнические средства – технические средства для коррекции и компенсации дефектов слуха, в том числе усиливающие средства связи и передачи информации.

Тифлотехнические средства – средства, направленные на коррекцию и компенсацию утраченных возможностей инвалидов в результате дефекта зрения.

Протезно-ортопедические средства – средства, замещающие отсутствующие конечности или другие части тела, компенсирующие нарушенные или утраченные функции организма вследствие заболевания или повреждения здоровья.

Протезно-ортопедическая помощь – специализированный вид медикотехнической помощи по обеспечению инвалидов протезно-ортопедическими средствами и обучение пользованию ими.

Обязательные гигиенические средства – средства, предназначенные для отправления естественных физиологических нужд и потребностей.

Инвалиды от трудового увечья или профессионального заболевания, полученного по вине работодателя, обеспечиваются протезно-ортопедической помощью, сурдотехническими, тифлотехническими средствами, обязательными гигиеническими средствами согласно индивидуальной программе реабилитации инвалида за счет средств работодателя в соответствии с законодательством РФ.

В случае прекращения деятельности работодателя – индивидуального предпринимателя или ликвидации юридического лица, протезно-ортопедическая помощь, сурдотехнические, тифлотехнические средства, обязательные гигиенические средства инвалидам, получившим трудовое увечье или профессиональное заболевание по вине работодателя, предоставляются за счёт средств го-

сударственного заказа в соответствии с законодательством РФ о государственных закупках.

Инвалиды обеспечиваются протезно-ортопедической помощью в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Протезно-ортопедическая помощь заключается в предоставлении медицинских услуг по протезированию, обеспечению инвалидов в установленном порядке протезно-ортопедическими средствами, а также в обучении пользования ими.

Указанная протезно-ортопедическая помощь осуществляется за счёт средств государственного заказа в соответствии с законодательством РФ о государственных закупках.

Инвалиды, нуждающиеся в протезно-ортопедической помощи, подают заявление в городские, районные отделы занятости и социальных программ по месту жительства.

Департаменты (управления) социальной защиты областей, департаменты (управления) занятости и социальных программ города республиканского значения, столицы (далее – уполномоченный орган) на основании заявлений и индивидуальных программ реабилитации инвалидов, разработанных территориальными подразделениями центрального исполнительного органа в области социальной защиты населения (далее – территориальный орган), определяют потребность в протезно-ортопедических средствах с указанием их перечня и количества.

Обеспечение протезно-ортопедическими средствами, а также их ремонт за счёт средств государственного заказа производится:

- 1) участникам, инвалидам Великой Отечественной войны, а также лицам, приравненным по льготам и гарантиям к инвалидам Великой Отечественной войны;
- 2) военнослужащим, инвалидность которых наступила в связи с исполнением служебных обязанностей в Вооруженных Силах РФ;

3) лицам начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, органов национальной безопасности, инвалидность которых наступила в связи с исполнением служебных обязанностей;

4) инвалидам от общего заболевания;

5) инвалидам с детства;

6) детям-инвалидам.

Инвалиды обеспечиваются шино-кожаными, комбинированными протезами, протезами, изготовленными по современным технологиям, приспособлениями к ним, чехлами на культю, ортопедическими аппаратами, подколениками, вкладными башмачками, протезами-подставками, кожаными сидениями, кожаными брюками, ползунками, рукавицами к ползункам, перчатками, рукавицами, тростями, костылями, ходунками.

До выдачи основного протеза верхних и нижних конечностей, инвалиды обеспечиваются по медицинским показаниям учебно-тренировочными протезами со сроком ношения не более 6 месяцев.

Рабочими протезами с приспособлениями инвалиды обеспечиваются по их желанию одновременно с основным видом изделия.

Шино-кожаные, комбинированные протезы, ортопедические аппараты заменяются после того, как они пришли в негодность, но не ранее чем через год со дня их получения.

Замена комплектующих узлов и изделий в составе протезов нижних и верхних конечностей, изготовленных по современной технологии, производится не ранее, чем через три года, для детей-инвалидов – не ранее, чем через два года со дня их получения; косметическая облицовка, стопы, приёмная гильза, изготовленные на основе синтетических смол, чехлы – до одного года; замена протезов грудной железы, ходунков производится через два года, тростей и костылей – не менее чем через год со дня их получения.

Инвалидам, получающим одновременно два протеза верхней или нижней конечности (основной и запасной или основной и рабочий), производится их замена не ранее, чем через два гарантийных срока.

При выдаче протезов ног к каждому протезу выдается по 3 чехла на культю ежегодно. Протезы грудной железы выдаются с двумя комплектами белья (бюстгалтер).

Если по истечении срока ношения протез находится в пригодном состоянии и инвалид не желает заказывать новый протез до истечения повторного срока ношения, то на этот период ему выдаются чехлы в установленном количестве из расчета ношения одного протеза.

Решение о досрочной замене, а также продлении срока ношения, ремонте протезов, в том числе новых моделей, принимается комиссионно и производится только на основании соответствующего акта, составляемого поставщиком услуг по оказанию протезно-ортопедической помощи, определяемого в соответствии с законодательством о государственных закупках (далее – поставщик). При установлении комиссией факта некачественного изготовления изделия по вине поставщика, устранение брака осуществляется за счет его средств.

Инвалиды обеспечиваются следующими видами ортопедической обуви: сложной, малосложной, обувью на протезы и ортопедические аппараты.

Сложная ортопедическая обувь изготавливается при укорочении нижней конечности 3 см и выше, при паралитических, варусных, эквиноварусных, вальгусных, плосковальгусных и полых стопах, косолапости, слоновости, ампутированных культиях стоп по Шопару, Гритти, Лисфранку и Пирогову.

Малосложная ортопедическая обувь изготавливается при укорочении нижней конечности до 3 см, увеличении головок плюсневых костей, при продольном и поперечном плоскостопии, куркообразных и молоткообразных пальцах, шпорах пяточной кости и иной патологии стоп.

Сложная ортопедическая обувь (кроме сапог) выдается:

- 1) участникам, инвалидам Великой Отечественной войны, а также лицам, приравненным к инвалидам Великой Отечественной войны по льготам и гарантиям, в количестве двух пар (летняя и зимняя) со сроком ношения один год, считая с момента выдачи заказа;

2) инвалидам первой и второй групп в количестве одной пары в год (летняя или зимняя);

3) детям-инвалидам - две пары в год (летняя и зимняя).

Инвалидам Великой Отечественной войны, а также лицам, приравненным к ним по льготам и гарантиям, с ампутационными культями обеих рук либо при резком понижении функций обеих кистей, либо с поражением позвоночника, а также при анкилозах в тазобедренных суставах выдается обувь с боковыми резинками за счёт средств государственного заказа.

Инвалидам третьей группы от общего заболевания и с детства сложная ортопедическая обувь (летняя или зимняя) выдается с 50 - процентной скидкой стоимости.

Услуги и работы сверхпредусмотренных технологией на изготовление ортопедической обуви (ажурная строчка, микропористая подошва, рантовая отделка, меховой утеплитель либо другая улучшенная отделка), срочность изготовления оплачиваются заказчиком, кроме участников, инвалидов Великой Отечественной войны, а также лиц, приравненных по льготам и гарантиям к инвалидам Великой Отечественной войны и детей - инвалидов.

Участникам, инвалидам Великой Отечественной войны, а также лицам, приравненным по льготам и гарантиям к инвалидам Великой Отечественной войны выдается одна пара обуви на протезы со сроком ношения один год, считая с момента выдачи заказа.

Детям-инвалидам - две пары обуви (летняя и зимняя на сукне) со сроком ношения один год с момента выдачи заказа.

Инвалидам первой и второй групп выдаётся одна пара обуви на протезы со скидкой 50 процентов от стоимости.

Инвалидам третьей группы такая обувь изготавливается за счёт их собственных средств по действующим ценам.

Обувь на протезы изготавливается без утепленной подкладки с использованием кожзаменителей.

При ампутации одной нижней конечности и пользовании только рабочим протезом инвалиды, имеющие право на льготное или бесплатное протезирование, обеспечиваются в установленном порядке обувью на сохранившуюся нижнюю конечность в количестве двух полупар.

Инвалидам, вместо ортопедических или протезных ботинок по их желанию за счёт собственных средств, могут изготавливаться сапоги. В этом случае заказчикам предоставляется скидка к стоимости сапог в сумме, предусмотренной на изготовление ботинок.

Лечебно-профилактическими протезно-ортопедическими средствами со сроком ношения один год обеспечиваются:

1) участники, инвалиды Великой Отечественной войны, а также лица, приравненные по льготам и гарантиям к инвалидам Великой Отечественной войны;

2) военнослужащие, инвалидность которых наступила в связи с исполнением обязанностей военной службы в Вооруженных Силах РФ;

3) лица начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, органов национальной безопасности, инвалидность которых наступила в связи с исполнением служебных обязанностей;

4) дети-инвалиды.

Инвалиды первой и второй групп от общего заболевания и с детства, обеспечиваются лечебно-профилактическими протезно-ортопедическими средствами с 50-процентной скидкой от их стоимости со сроком ношения один год, если они предназначены для лечения заболевания либо травм, приведших к инвалидности этих граждан.

Уполномоченный орган ведёт учет инвалидов, нуждающихся в протезно-ортопедической помощи и получивших эту помощь за счет средств государственного заказа. Совместно с департаментами (управлениями) здравоохранения областей, городов федерального значения уполномоченный орган организует работу по направлению инвалидов для получения протезно-ортопедической помощи.

Направление инвалидов на повторное протезирование либо обеспечение протезно-ортопедической обувью производится в установленные сроки замены протезов и других протезно-ортопедических средств.

Прием заказов от инвалидов, нуждающихся в протезно-ортопедической помощи, осуществляет поставщик.

В зависимости от характера и вида заказа, поставщик принимает решение о необходимости вызова инвалида для стационарного протезирования либо выполнения заказа в его отсутствие. Вызов высылается заблаговременно.

Прием заказов от нетранспортабельных инвалидов в случае необходимости осуществляется на дому на платной основе вызовов.

Прибывшие на протезирование представляют поставщику:

- 1) направление уполномоченного органа;
- 2) направление-рекомендацию лечащего врача, выписку из истории болезни при первичном протезировании;
- 3) рентгеновские снимки;
- 4) справку об инвалидности;
- 5) удостоверение личности, для детей-инвалидов - свидетельство о рождении, выписку из книги учёта жильцов.

Поставщик на все протезно-ортопедические средства открывает карту протезирования. Заполненная карта протезирования и бланк заказа являются учетными документами, регламентирующими порядок изготовления и выдачи протезно-ортопедических средств заказчикам. Карта протезирования хранится постоянно, бланк заказа - 5 лет.

В карте протезирования указываются данные о времени предыдущей выдачи протезно-ортопедического средства, протезно-ортопедической обуви и их ремонта, а также право инвалида на протезирование за счёт средств государственного заказа.

В бланк заказа заносятся данные о стоимости протезно-ортопедического изделия, номер удостоверения, подтверждающего статус лица, кем и когда оно выдано.

Прием заказов на сложные протезно-ортопедические средства, изготовить которые без примерки не представляется возможным, производится, как правило, поставщиком.

К сложным протезно-ортопедическим средствам относятся: корсеты, аппараты, туторы, obturatory, протезы при вылушении бедра, коротких и длинных культях верхних и нижних конечностей, протезы с жесткой фиксацией и другие протезно-ортопедические средства, включая и сложную ортопедическую обувь.

Готовое протезно-ортопедическое средство, требующее обязательной примерки, выдается лично заказчику. В случаях, когда примерка не требуется, допускается выдача изделия другому лицу при наличии доверенности на получение либо оно высылается по месту жительства заказчика за счёт средств госзаказа.

Поставщик ежемесячно ведет учет и составляет реестр по установленной форме на протезно-ортопедические средства и протезно-ортопедическую обувь, изготовленные за счет средств государственного заказа, а также акт приема-передачи выполненных услуг, которые представляются в уполномоченный орган для оплаты.

Протезно-ортопедические средства и протезно-ортопедическая обувь изготавливаются в порядке очередности в течение не более 30 календарных дней со дня сдачи заказов в производство.

Мелкие протезно-ортопедические средства (obturatory, биндажи, кисте-держатели, супинаторы, пронаторы, детские лечебные изделия) изготавливаются в том же порядке в пределах 7 рабочих дней.

При окончательной примерке протезно-ортопедического средства заказчику сообщается дата явки для его получения.

В срок изготовления протезно-ортопедического средства не включается время, в течение которого изделие находилось в ожидании явки заказчика на примерку.

В срок изготовления добавляется:

- 1) при назначении второй примерки - 5 рабочих дней;
- 2) при изготовлении специального полуфабриката - до 10 рабочих дней;
- 3) на протезно-ортопедические средства при двусторонней ампутации или поражении конечностей, включая и время изготовления слепков, - 10 рабочих дней.

Общий срок изготовления не должен превышать 45 рабочих дней.

Ремонт протезно-ортопедической обуви инвалидам производится за счет их собственных средств в порядке очередности.

Инвалиды, нуждающиеся в стационарном протезировании, госпитализируются в медицинский стационар поставщика. На весь период госпитализации, включая время проезда в медицинский стационар и обратно, выдается листок нетрудоспособности в сроки, установленные законодательством РФ.

Расходы, связанные с поездкой на протезирование (открытие заказа, для примерки, получения протезов или сложной ортопедической обуви), содержанием на время протезирования, оплачиваются поставщиком за счет средств государственного заказа.

Проезд оплачивается по железной дороге по тарифу жесткого плацкартного вагона, по водным путям - по тарифу второго класса, по шоссейным или грунтовыми дорогам - по установленным тарифам. При проезде в скором поезде производится оплата за скорость. Стоимость проезда оплачивается до поставщика и обратно на основании предъявленного билета или справки, выданной кассой железнодорожного вокзала, автовокзала, пристани.

Оплата проездных на протезирование производится не более чем за две поездки в год (считая за одну поездку от местожительства до пункта протезирования и обратно).

Лицам, имеющим право на обеспечение бандажами, оплачиваются расходы только за одну поездку.

Инвалидам первой группы и детям-инвалидам, следующим на протезирование и нуждающимся в сопровождении, оплачиваются расходы на проезд сопровождающего непосредственно самому сопровождающему по предъявлении

паспорта при поездке на протезирование один раз в год в оба конца. Оплата проездных инвалидам при первичном протезировании и детям-инвалидам в связи с заменой протезов по мере формирования культи производится два раза в год.

Обеспечение инвалидов сурдотехническими средствами осуществляется за счёт средств государственного заказа в соответствии с законодательством РФ о государственных закупках.

Инвалиды обеспечиваются сурдотехническими средствами на основании заявлений, индивидуальной программы реабилитации инвалида, разработанной территориальным подразделением центрального исполнительного органа в области социальной защиты населения (далее – территориальный орган).

За счёт средств государственного заказа сурдотехническими средствами обеспечиваются:

- 1) участники и инвалиды Великой Отечественной войны;
- 2) лица, приравненные по льготам и гарантиям к инвалидам Великой Отечественной войны;
- 3) дети-инвалиды;
- 4) инвалиды первой, второй, третьей групп.

Указанным лицам выдаётся один слуховой аппарат, а при двусторонней симметричной потере слуха по заключению территориального подразделения центрального исполнительного органа в области социальной защиты населения - два слуховых аппарата при предъявлении установленных документов:

- 1) участники Великой Отечественной войны - паспорт или удостоверение личности, удостоверение участника Великой Отечественной войны и индивидуальную программу реабилитации инвалида;
- 2) инвалиды Великой Отечественной войны - паспорт или удостоверение личности, удостоверение инвалида Великой Отечественной войны, индивидуальную программу реабилитации инвалида;
- 3) лица, приравненные по льготам и гарантиям к инвалидам Великой Отечественной войны - паспорт или удостоверение личности, пенсионное удо-

стование с отметкой о праве на льготы и индивидуальную программу реабилитации инвалида;

4) дети-инвалиды - паспорт или удостоверение личности, несовершеннолетние - свидетельство о рождении, паспорт или удостоверение личности одного из родителей (опекунов, попечителей), индивидуальную программу реабилитации инвалида;

5) инвалиды первой, второй, третьей групп - паспорт или удостоверение личности, пенсионное удостоверение, индивидуальную программу реабилитации инвалида.

Слухопротезирование показано лицам, у которых средняя потеря слуха на каждом ухе составляет более 20 дБ, установленная при общем лоросмотре и аудиометрическом обследовании больных врачами-сурдологами, оториноларингологами.

Слуховые аппараты, предоставляемые инвалидам в зависимости от медицинских показаний и расположения, могут быть внутриушные, внутриканальные, заушные, карманные, в очковой оправе, имплантируемые, воздушной и костной звукопроводимости.

Обеспечение инвалидов слуховыми аппаратами, комплектующими изделиями, запасными частями, источниками питания к ним, сурдологическое обследование, слухопротезную помощь, подбор, заключение на соответствие слуховых аппаратов техническим характеристикам, сервисное обслуживание, ремонт проводит организация, специализирующаяся на оказании слухопротезной помощи с целью медико-социальной реабилитации путём подбора и выдачи современных слуховых аппаратов, наблюдения за состоянием слуха, техническом обслуживании слуховых аппаратов (далее – организация), имеющая соответствующую материально-техническую базу и специалистов.

При двусторонней симметричной потере слуха рекомендуется двустороннее (бинауральное) слухопротезирование, которое достигается путём назначения двусторонних слуховых аппаратов, одинаковых по усилению.

При асимметричных нарушениях слуховой функции, назначается моноуральное слухопротезирование.

В случаях, когда понижение слуха по костно-тканевой проводимости не превышает 20 дБ, а потеря слуха по воздушной проводимости при выраженном костно-воздушном интервале составляет более 50 дБ назначается индивидуальный слуховой аппарат с костной звукопроводимостью.

Слухопротезирование, электроакустическая коррекция остаточного слуха проводится с учётом особенностей детского и взрослого населения, с обязательным обучением их адаптации к слуховому аппарату, а также с приобретением навыков по его использованию и длительной эксплуатации.

Лица, нуждающиеся в сурдотехнических средствах, подают заявление в городские, районные отделы занятости и социальной защиты по месту жительства.

Департаменты (управления) координации занятости и социальных программ областей, департаменты (управления) занятости и социальных программ города республиканского значения, столицы (далее – уполномоченный орган) на основании заявлений и индивидуальных программ реабилитации инвалидов, разработанных территориальными подразделениями центрального исполнительного органа в области социальной защиты населения (далее – территориальный орган), определяют потребность в сурдотехнических средствах с указанием их перечня и количества.

Уполномоченный орган создаёт комиссию и проводит закуп сурдотехнических средств. Согласно условиям заключённого договора о государственных закупках между заказчиком и поставщиком сурдотехнических средств поставка сурдотехнических средств осуществляется поставщиком уполномоченному органу.

Прием у поставщика сурдотехнических средств осуществляется уполномочен

Подбор, настройку, выдачу слуховых аппаратов инвалидам, комплектующих изделий, источников питания к слуховым аппаратам проводит организация.

Выдача слуховых аппаратов регистрируется в индивидуальной медико-социальной карте пациента с указанием номера слухового аппарата, даты выдачи и росписи получателя.

Слуховые аппараты участникам и инвалидам Великой Отечественной войны заменяются не ранее, чем через 3 года и через 4 года - всем остальным категориям инвалидов.

При замене выданный ранее слуховой аппарат подлежит обязательному возврату организации.

Досрочная выдача слухового аппарата производится организацией:

1) при ухудшении слуха и необходимости коррекции слуха другим типом слухового аппарата;

2) в случаях его хищения или иной утере по объективной причине на основании соответствующих документов уполномоченных органов.

Участникам и инвалидам Великой Отечественной войны один раз в 3 года, инвалидам первой, второй, третьей групп один раз в 4 года организацией за счет средств государственного заказа производится ремонт слухового аппарата, выдаются звукопроводы, батарейки или аккумуляторы в стандартной заводской комплектации с обязательной отметкой в медико-социальной карте о дате выдачи и росписи получившего лица.

Другие сурдотехнические средства, полученные уполномоченным органом от поставщиков, передаются по акту в городские, районные отделы занятости и социальных программ с указанием наименования полученных сурдотехнических средств и их количества. Городские, районные отделы занятости и социальной защиты выдачу других сурдотехнических средств проводят по списку с указанием фамилии, имени, отчества инвалида, номера пенсионного удостоверения, даты рождения, места проживания, наименования полученного сурдотехнического средства, даты получения, отметки в получении.

Под обязательными гигиеническими средствами понимаются мочеприёмники, калоприёмники, памперсы, предназначенные для отправления естественных физиологических нужд и потребностей инвалидов.

Обеспечение инвалидов обязательными гигиеническими средствами осуществляется за счёт средств государственного заказа в соответствии с законодательством.

Инвалиды обеспечиваются обязательными гигиеническими средствами на основании заявлений, индивидуальной программы реабилитации инвалида, разработанной территориальным подразделением центрального исполнительного органа в области социальной защиты населения (далее – территориальный орган).

Инвалиды, нуждающиеся в обязательных гигиенических средствах, подают заявление в городские, районные отделы занятости и социальных программ по месту жительства.

Департаменты (управления) социальной защиты областей, департаменты (управления) социальной защиты городов (далее – уполномоченный орган) на основании заявлений, индивидуальных программ реабилитации инвалидов, разработанных территориальным органом, определяют потребность в обязательных гигиенических средствах с указанием их перечня и количества.

Уполномоченный орган создаёт комиссию и проводит закуп обязательных гигиенических средств.

Полученные уполномоченным органом от поставщика обязательные гигиенические средства передаются по акту в городские, районные социальной защиты с указанием наименования полученных обязательных гигиенических средств и их количества.

Городские, районные отделы социальной защиты выдачу обязательных гигиенических средств проводят по списку с указанием фамилии, имени, отчества инвалида, номера пенсионного удостоверения, даты рождения, места проживания, наименования полученного обязательного гигиенического средства, даты получения, отметки в получении.

Обязательные гигиенические средства, предназначенные для отправления естественных физиологических нужд и потребностей выдаются инвалидам на год в следующем количестве:

- 1) памперсы для инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата – 480 штук;
- 2) мочеприёмники для инвалидов с нарушением мочеполовой системы – 12 штук;
- 3) калоприёмники для инвалидов с кишечным заболеванием – 12 штук.

Городские, районные отделы занятости и социальных программ в течение месяца после выдачи обязательных гигиенических средств, представляют списки инвалидов, получивших обязательные гигиенические средства, в уполномоченный орган с указанием фамилии, имени, отчества инвалида, номера пенсионного удостоверения, даты рождения, места проживания, наименования полученного обязательного гигиенического средства, даты выдачи, а также росписи лица в получении.

Тема 20. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С УЧАЩИМИСЯ И СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖЬЮ

Молодежь как социально-демографическая группа характеризуется не только возрастными признаками, но и спецификой социального становления, особым местом в структуре общества. Для значительной части молодых граждан области острыми остаются проблемы, связанные с получением жилья и качественного образования, безработицей, отсутствием содержательного досуга. Все это отрицательно влияет на общественное положение молодых граждан, провоцирует развитие негативных явлений в их среде. Угрожающее распространение среди молодежи приобрели такие опасные болезни, как туберкулез, ВИЧ/СПИД, наркомания, болезни, передающиеся половым путем. Значительная часть молодых граждан занята в теневом секторе экономики. Увеличиваются объемы нелегальной внешней трудовой миграции. Снижается интерес молодежи к литературе, искусству, культурному наследию.

В современную эпоху высшее образование стало одной из самых обширных сфер человеческой деятельности. В нем занято более миллиарда учащихся и почти пятьдесят миллионов педагогов. Государства, правительства стали осознавать, что уровень образованности населения страны в значительной степени определяет ее будущее развитие.

Высшая школа как часть социального института образования является «сознательно организованным и управляемым учреждением – формой совместной деятельности совокупности людей (преподавателей, студентов, административных руководителей, вспомогательного персонала), целенаправленно организующих и обеспечивающих процесс обучения и воспитания молодых специалистов, передачи им социально значимых ценностей науки, культуры, морали».

Одна из наиболее острых проблем высшей школы – это проблема учащейся молодежи, с ее еще не устоявшимся мировоззрением, подвижной системой ценностей. Бездуховность и ее результат – потребительско-эгоистическое отношение к жизни - порождают у многих молодых людей апатию, безразличие к себе и другим, что грозит потерей духовного и нравственного здоровья нации.

Подорвано и собственно физическое и психологическое здоровье учащихся высших учебных заведений. Так, ежегодные комплексные обследования состояния здоровья студентов АмГУ показали, сто среди них относительно здоровых - 28,3 %, патологии выявлены у 71,1 %, из них 15,8 % студентов нуждаются в проведении активных мероприятий по коррекции здоровья.

Изменение привычных для личности учащегося условий жизни и деятельности (относительно высокие учебные нагрузки по сравнению со средней школой; новые формы самостоятельной работы и подготовки; отрыв от привычного окружения, от родных, близких, друзей; ломка прежних стереотипов и др.) приводит к повышению уровня тревожности студентов: согласно данным психодиагностических тестов (ММРІ, Люшера, ДДЧ), уровень тревожности у более чем 54 % учащихся 1-3 курсов очень высок, причем в 90 % случаев это ситуативная тревожность.

Кроме этих негативных факторов, исследования среди студенческой молодежи показывают, что значительная часть (до 70 %) молодых людей имеют доход ниже прожиточного минимума, причем основным источником доходов студентов остаются стипендия и помощь родителей.

Определение содержания идеологии и направлений идейно-воспитательной работы в рамках воспитания здорового образа жизни и оздоровления учащейся молодежи должно, прежде всего, учитывать прошлый позитивный опыт идеологического воспитания, который включал в себя мощную систему социальной защиты человека, систему его морального стимулирования, систему деятельности средств массовой информации, отражающих и популяризирующих интересы страны, общества, человека-труженика. Сегодня необходимо критически переосмыслить негативные проявления идеологического воспитания, которые во многом спровоцировали столь бурное крушение фундамента казалось бы мощной советской государственности. Следует иметь в виду, что формирование и принятие новой идеологии молодежью затруднено тем, что за последнее десятилетие идеологический вакуум мгновенно был заполнен идеями разобщенности и национализма, псевдосвободы и независимости.

Социально-медицинское идеологическое воспитание подрастающего поколения – это возможность создания базиса личности, формирования направленности, определяющей отношение человека к происходящим событиям, культурному и научному наследию, историческим достижениям, понимание человеком себя, своего места в обществе.

Целью мероприятий по социально-медицинской работе с учащейся молодежью является создание благоприятных политических, социальных, экономических, финансовых и организационных условий для самоопределения и самореализации молодежи, решение ее насущных проблем, активизация участия молодых граждан в социально-экономической, политической и культурной жизни области.

Механизм реализации мероприятий предусматривает привлечение к решению проблем молодежи представителей общественных организаций, пред-

принимателей, научных работников, местных средств массовой информации и других социальных институтов.

Основные задачи и направления реализации Программы

1. Создание условий для доступности качественного образования, содействие творческому и интеллектуальному развитию молодежи, что предусматривает:

создание условий для всестороннего развития личности, обучения одаренных детей и молодежи;

поддержку мероприятий в сфере научной и научно-технической деятельности учащейся и студенческой молодежи;

создание условий для информирования молодежи, которая желает получить соответствующее образование, принимать участие в международных учебных программах;

поддержку печатных изданий студенческой молодежи;

создание условий для реализации творческих инициатив молодежи;

усовершенствование воспитательной работы в учебных заведениях, усиление социальной работы с учащейся и студенческой молодежью;

обеспечение участия студентов в общественном контроле за предоставлением образовательных услуг высшими учебными заведениями;

поддержку мероприятий экологической направленности среди молодежи.

2. Обеспечение занятости и развитие предпринимательской деятельности молодежи, что предусматривает:

содействие гарантированному обеспечению молодежи первым рабочим местом, стимулирование создания работодателями дополнительных рабочих мест для молодежи;

создание условий для вторичной занятости студенческой молодежи без отрыва от учебного процесса;

содействие развитию предпринимательства и фермерства среди молодежи в сельской местности, поддержка образовательных проектов для сельской

молодежи, направленных на стимулирование предпринимательской деятельности;

создание условий для профессиональной ориентации и профессионального обучения молодежи;

информационное обеспечение молодежи, осуществляющей трудовую миграцию за пределы России;

поддержку мероприятий молодежных общественных организаций и их союзов, направленных на решение проблем занятости молодежи и реализацию ее предпринимательских инициатив.

3. Формирование здорового образа жизни молодежи, что предусматривает:

формирование у молодежи ответственного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих, осознания жизненной необходимости здорового образа жизни;

усовершенствование работы центров ресоциализации наркозависимой молодежи «Твоя победа» и аналогичных центров, создаваемых молодежными общественными организациями;

поддержку деятельности центров социальных служб для семьи, детей и молодежи и их специализированных формирований, расширение сети этих учреждений;

подготовку и внедрение в учебных заведениях программ, курсов, учебных пособий, дидактических видеоматериалов по вопросам здорового образа жизни;

обеспечение информационными материалами профилактической направленности педагогических, медицинских, социальных работников, учащихся, студентов, их родителей, привлечение к этой работе средств массовой информации;

поддержку мероприятий, направленных на создание и обеспечение деятельности спортивно-оздоровительных центров молодежи;

осуществление пропагандистской деятельности, направленной на популяризацию здорового образа жизни, предотвращение табакокурения и употребления наркотиков, снижение вреда от употребления наркотиков, соблюдение безопасного сексуального поведения;

поддержку молодежного туризма;

поддержку мероприятий, направленных на популяризацию любительского спорта, проведение районных, городских, областных соревнований различного вида спорта среди непрофессиональных молодежных команд;

реализацию мероприятий, направленных на предотвращение заболеваний ВИЧ/СПИДом в молодежной среде;

содействие деятельности молодежных и детских общественных организаций, их союзов по вопросам формирования здорового образа жизни, привлечение детей, подростков и молодежи к занятиям физической культурой, спортом и туризмом.

4. Подготовка молодежи к семейной жизни и поддержка молодых семей, что предусматривает:

воспитание у молодых людей чувства ответственности за выполнение брачно-семейных и родительских обязанностей, последующее укрепление семьи как социального института;

содействие развитию сети центров планирования семьи, центров поддержки детства, в частности, центров «Родинний дім», центров социально-психологической реабилитации детей и молодежи;

развитие альтернативных форм воспитания детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки (создание и поддержка детских домов семейного типа и приемных семей);

содействие решению социальных проблем студенческих семей;

информационное обеспечение работы с молодыми семьями;

пропаганду традиций украинской семьи и воспитания детей;

привлечение общественных организаций (в том числе молодежных, женских, религиозных, благотворительных) к проведению мероприятий по подготовке молодежи к семейной жизни и социальной поддержке молодых семей.

5. Содействие воспитанию патриотизма, развитию духовности, нравственности детей и молодежи, организации их содержательного досуга, что предусматривает:

укрепление в сознании молодых людей высоких моральных ценностей, усвоение лучших образцов отечественного и мирового культурного наследия, воспитание любви к Родине;

поддержку художественного профессионального и самодеятельного творчества, деятельности творческих союзов и объединений, военно-патриотических объединений, просветительских, спортивных заведений и секций, технических станций для школьников, физкультурно-оздоровительных клубов, центров и других внешкольных учебных заведений, молодежных и детских клубов по месту жительства;

усовершенствование системы военно-патриотического воспитания и допризывной подготовки молодежи;

организацию и проведение молодежных культурно-художественных, спортивных, туристическо-краеведческих мероприятий, направленных на развитие интеллектуальных, творческих и спортивных способностей молодежи;

содействие проведению государственных, народных и традиционных праздников с привлечением молодежи;

создание и поддержку центров досуга молодежи, ориентированных на организацию содержательного досуга молодежи;

поддержку трудовых и волонтерских отрядов, молодежных общественных организаций, деятельность которых направлена на реставрацию и восстановление исторических памятников культуры и архитектуры, мемориальных комплексов, памятников военной и трудовой славы, помощь социально незащищенным слоям населения;

содействие проведению конкурсов по разработке компьютерных игр патриотической тематики;

поддержку деятельности молодежных и детских общественных организаций, их союзов, которые содействуют развитию духовности, патриотизма, организации содержательного досуга молодежи;

поддержку деятельности молодежных центров, созданных областными молодежными общественными организациями.

б. Формирование у молодежи уважения к закону и предотвращение негативных явлений в молодежной среде, что предусматривает:

поддержку мероприятий, направленных на усиление роли семьи, школы, средств массовой информации, местных органов исполнительной власти, органов местного самоуправления, общественных организаций в процессе формирования правовой культуры, предупреждение негативных проявлений в поведении молодежи;

создание условий для социальной, психолого-педагогической, медицинской, правовой поддержки и реабилитации подростков и молодежи с девиантным поведением, в частности, путем их привлечения к деятельности в молодежных общественных организациях, участию в физкультурно-спортивных, туристических, информационных, развлекательных программах и мероприятиях, лагерях труда и отдыха, молодежных трудовых отрядах;

поддержку мероприятий молодежных общественных организаций и их союзов, направленных на формирование у молодежи правовой культуры, пропаганду социально безопасного поведения молодежи, привлечение студенческой молодежи к предоставлению правовой помощи социально незащищенным гражданам.

7. Развитие гражданской активности молодежи, обеспечение постоянного сотрудничества местных органов исполнительной власти и органов местного самоуправления с молодежными и детскими общественными организациями, что предусматривает:

содействие развитию волонтерского молодежного общественного движения;

организацию обучения лидеров и активистов молодежного и детского движения основам управления общественными объединениями;

поддержку связей между молодежными общественными организациями области и украинской диаспорой;

содействие формированию областных детских и молодежных организаций;

содействие деятельности волонтеров молодежных и детских общественных организаций;

содействие общественной и политической активности молодежи, повышению ее роли в жизни области путем создания условий для самореализации, творческого развития, жизненного самоопределения молодых людей;

обеспечение участия молодежных общественных организаций и их союзов в разработке и внедрении социальных программ, касающихся молодежной проблематики;

развитие лидерских качеств молодежи.

8. Привлечение молодежи к участию в работе местных органов исполнительной власти и органов местного самоуправления, что предусматривает:

информирование молодежи по вопросам государственного управления, государственной службы и необходимости подготовки государственных служащих;

привлечение молодежи на государственную службу;

содействие деятельности координационных советов по вопросам молодежной политики, создающихся на местном уровне;

изучение и внедрение позитивного зарубежного опыта работы с молодыми государственными служащими.

9. Интеграция молодежи в мировое и европейское молодежное сообщество, что предусматривает:

расширение возможностей для повышения квалификации и стажировки талантливой молодежи за рубежом за счет финансовой поддержки специальных международных программ;

содействие международному молодежному обмену между городами-побратимами, учебными заведениями, молодежными общественными организациями и их союзами;

создание условий для расширения в области международного молодежного туризма;

поддержку инициатив по организации и проведению международных творческих выставок, музыкальных, фольклорных, театральных фестивалей, конкурсов и концертов, а также международных научных, информационно-методических и других мероприятий для молодежи;

содействие распространению в области международных студенческих и молодежных дисконтных карточек, обеспечивающих предоставление скидок во время приобретения товаров и услуг;

поддержку реализации в области международных программ молодежных и детских общественных организаций и их союзов;

содействие международному молодежному сотрудничеству;

поддержку программ молодежных и детских общественных организаций по сотрудничеству молодежи.

10. Формирование информационного пространства для реализации региональной молодежной политики, что предусматривает:

освещение в местных печатных и электронных средствах массовой информации, компьютерной сети Интернет хода реализации региональной молодежной политики, создание в сети Интернет информационной базы данных о вакансиях для молодежи, центра правовой помощи «on-line»;

содействие проведению научных исследований по вопросам реализации региональной молодежной политики, изучению интересов, ценностных ориентаций и настроений молодежи;

поддержку местных молодежных печатных средств массовой информации, теле- и радиопрограмм, интернет-центров;

поддержку информационных и издательских проектов областных детских и молодежных общественных организаций;

поддержку областных молодежных информационных агентств, информационных служб и центров;

подготовку и издание информационных продуктов, способствующих информационному обеспечению региональной молодежной политики;

создание условий и проведение информационных кампаний, направленных на информирование молодежи о событиях и процессах, происходящих в молодежной среде;

разработку методической и информационной продукции, направленной на исследование проблем молодежи;

поддержку мероприятий, направленных на расширение доступа молодежи к сети Интернет, других информационных баз;

поддержку программ областных молодежных организаций, направленных на исследование проблем молодежи.

11. Обеспечение реализации прав молодежи с особыми потребностями, что предусматривает:

создание условий для профессиональной самореализации молодых людей с ограниченными физическими возможностями;

содействие предпринимательской деятельности молодежи с особыми потребностями, обучению ее навыкам предпринимательской деятельности;

организацию оздоровления детей и молодежи с особыми потребностями;

содействие организации досуга молодежи и детей с особыми потребностями;

поддержку мероприятий, направленных на социальное становление и помощь молодежи, пребывающей в местах лишения свободы;

содействие ресоциализации, психологической реабилитации молодежи, вернувшейся из мест лишения свободы.

В результате ожидается:

повышение эффективности реализации региональной молодежной политики, обеспечение необходимых условий для социального становления и развития молодежи;

создание необходимых стартовых возможностей для социального становления молодежи, ее инновационной деятельности, создания благоприятных условий для непосредственного участия в общественных преобразованиях на принципах социального партнерства;

создание условий для получения молодежью качественного образования, повышение заинтересованности молодежи в его получении, создание системы поиска, обучения, воспитания и самоусовершенствования одаренных детей и молодежи;

привлечение учащихся и студентов к научной и научно-технической деятельности, расширение сотрудничества учебных заведений с детскими и молодежными общественными организациями в реализации образовательно-воспитательных программ, усовершенствование деятельности органов студенческого самоуправления;

решение проблем занятости молодежи, увеличение количества рабочих мест для нее, обеспечение желающих временной работой в свободное от учебы время, привлечение учащихся, студентов и безработной молодежи к общественным работам;

создание условий для предпринимательской деятельности молодежи, в частности поддержка ее развития на селе, усиление контроля, в том числе общественного, за качеством рабочих мест, бронирующихся для молодежи;

поощрение работодателей, принимающих на работу выпускников учебных заведений и безработную молодежь, обеспечивающих студенческие и учебные трудовые отряды необходимым объемом работ;

содействие развитию сети служб трудоустройства молодежи;

улучшение социальной работы с молодежью, в частности с молодыми семьями, молодыми инвалидами, сиротами и детьми, лишенными родительской

опеки, с лицами, вернувшимися из мест лишения свободы, привлечение к этой работе молодежных общественных организаций, волонтеров;

формирование у молодежи основ приоритетности высоких моральных, культурных, общечеловеческих ценностей, утверждение в молодежной среде чувства патриотизма и национального самосознания;

улучшение здоровья молодежи, усиление профилактической работы по предотвращению наркомании, заболеваний ВИЧ/СПИДом, вовлечение молодежи в движение за здоровый образ жизни, привлечение ее к занятиям физической культурой и спортом, формирование навыков здорового образа жизни;

снижение уровня антиобщественных, негативных проявлений среди молодежи, улучшение правового воспитания молодых людей;

повышение эффективности деятельности субъектов социальной и правовой защиты молодежи, молодежных общественных организаций по профилактике правонарушений среди юношей и девушек, их социальной реабилитации в обществе;

активизация молодежного движения, повышение его массовости и авторитетности в обществе, создание модели взаимодействия местных органов исполнительной власти, органов местного самоуправления и общественных организаций в сфере молодежной политики;

усовершенствование механизма отбора и привлечения молодежи к учебе в высших учебных заведениях, занимающихся подготовкой, переподготовкой и повышением квалификации государственных служащих, создание условий для профессионального роста и продвижения молодежи по службе;

увеличение объемов научных исследований молодежных проблем, создание системы информационного обеспечения реализации молодежной политики.

Тема 21. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ПСИХИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ И ИХ СЕМЬЯМИ

В настоящее время психические расстройства широко распространены во всех странах мира и являются важной медико-социальной проблемой. Медико-

социальная значимость психических расстройств обусловлена рядом причин, а именно: эти заболевания дают высокую инвалидизацию заболевших и приводят к значительному экономическому ущербу; они могут изменять отношение человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношение общества к человеку.

Рост инвалидности среди лиц с психическими расстройствами во многом обусловлен наличием серьезных препятствий для их трудоустройства и трудовой реабилитации. В условиях рыночных отношений психически больные социально не защищены, их в первую очередь увольняют с работы, они испытывают серьезные проблемы с трудоустройством, с материальным обеспечением себя и своей семьи. Поэтому значительно возросло количество их обращений за медицинской помощью в областные учреждения здравоохранения, оказывающие психиатрическую помощь, что соответственно вызвало увеличение количества медико-социальных экспертиз. Большинство экспертируемых граждан направляются на медико-социальную экспертную комиссию для решения вопроса об установлении инвалидности по психическому заболеванию. Увеличилось число утративших социальные связи и жилье больных с психическими расстройствами.

По мнению экспертов ВОЗ, сегодня в мире людям с психическими расстройствами уделяется недостаточное внимание. Часто в обществе психическое заболевание не считается подлинной болезнью. Существование в нашей стране на протяжении многих лет института недобровольной психиатрической помощи надолго подорвало доверие граждан к этой специальности медицины. В сравнительно недавнем прошлом, обращение за помощью к врачу-психиатру могло иметь значительные социальные последствия, включая ограничение дееспособности, прав и свобод человека. Нарушения прав человека в отношении людей с психическими расстройствами, происходят повсюду во всех странах мира, эти больные страдают не только по причине своей болезни, часто общество клеймит или порицает их. В повседневной жизни это не дает этим людям возможности вновь стать полноценными членами общества, обрести нормаль-

ное жилище и работу, вести достойную общественную жизнь, в связи с чем ВОЗ разработала и реализует «Проект политики в области психического здоровья», в котором всем странам рекомендуется совместно с ВОЗ разработать свои программы по решению проблем людей с психическими расстройствами.

В настоящее время у нас в стране психиатрическая помощь оказывается мощной системой лечебно-профилактических учреждений, в которых трудится более 16 тыс. врачей-психиатров. В то же время, в Государственном докладе «О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2003 году» отмечается, что сегодня «...сведены практически к нулю возможности психиатрической службы по реабилитации психических больных (катастрофическое сокращение числа мест в ЛПМ)».

В 1992 г. был принят Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», явившийся выражением существующих изменений государственной политики в отношении граждан, страдающих психическими расстройствами. Данный Закон заложил ряд новых подходов к обеспечению граждан психиатрической помощью, основанных на международном опыте, и потребовал пересмотра всего процесса организации психиатрической помощи. Реализация Закона на практике позволяет выявить имеющиеся в нем недостатки и погрешности и в дальнейшем устранить их. В связи с этим, возникает острая потребность в изучении и обобщении опыта работы учреждений, занимающихся оказанием лечебно-профилактической помощи больным психиатрического профиля, в разработке современных организационных форм оптимизации их деятельности.

Как правило, лица, страдающие психическими заболеваниями, в силу специфических обстоятельств далеко не всегда в состоянии не только отстаивать, но и осознавать свои права, поэтому помощь в решении социально-правовых вопросов может быть показана также экстренно как и медицинская, психиатрическая. Психическое заболевание часто приводит к тому, что больной не может адаптироваться к современной жизненной ситуации, не может без посторонней помощи обслуживать себя, не соблюдает или нерегулярно соблюдает личную

гигиену.

Больные психическими заболеваниями часто не могут выполнять обычные для здорового человека действия.

Части больных требуется помощь в восстановлении утраченных или получении новых документов (паспорт, полис ОМС, документы, подтверждающие право на жилье, пенсионное удостоверение, справки МСЭК). Всего, помимо социальной помощи, примерно треть больных нуждались в юридической помощи, в том числе для решения гражданско-правовых, семейно-правовых, жилищно-правовых и прочих правовых вопросов.

Зарубежный опыт и опыт отечественной психиатрии последних десяти лет показывает возрастающее значение профессиональной социальной работы в психиатрии в деятельности по защите прав и интересов лиц, страдающих психическими заболеваниями.

Не случайно социальная работа определяется Всемирной организацией здравоохранения как деятельность, близкая врачебной. Если основная цель психиатра – восстановление у пациента психического здоровья, то основная цель специалиста по социальной работе, работающего в психиатрии – восстановление социального статуса пациента, чего нельзя достичь без восстановления личности в правах. В связи с развитием психиатрических служб, основанным на биопсихосоциальной модели помощи, деятельность всех специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи проводится в рамках одного процесса – медико-социальной реабилитации пациента.

В соответствии с п. 2 ст. 5 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 1992 г. все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения. На основании ряда статей Семейного Кодекса, устанавливающих порядок выявления и устройства несовершеннолетних, оставшихся без попечения родителей и опекунов, был разработан меха-

низм, сигналом к работе которого является решение лечащего врача-психиатра о готовности пациента к выписке. Он включает в себя *4 уровня вмешательства*.

1. Своевременное уведомление родителей или опекунов о завершении курса обследования и лечения ребенка с просьбой приехать за ним в указанный срок.
2. Если по истечении двухнедельного срока после отправки уведомления ребенок из отделения не вывезен, то при отсутствии ответа с указанием объективных причин этого, на основании статьи 121 и статьи 122 Семейного Кодекса РФ, информация о положении несовершеннолетнего направляется главе администрации муниципального образования по месту постоянного жительства ребенка.

При получении такого письма органы опеки и попечительства в течение 7 дней обязаны принять меры по защите прав несовершеннолетнего, оставшегося без попечения родителей, и содействовать возвращению его на постоянное место жительства, а в особых случаях содействовать его дальнейшему устройству.

Как показывает трехлетняя практика, в 70% случаев органы опеки и попечительства реагируют достаточно своевременно и ребенок возвращается домой или в детский дом (школу-интернат), откуда он поступал в стационар.

3. В ряде случаев органы опеки и попечительства отказываются принимать участие в дальнейшем устройстве обследованных и пролеченных в психиатрическом стационаре несовершеннолетних, подлежащих выписке. Иногда ситуация обостряется тем, что отсутствует какая бы то ни было реакция на обращение. Тогда принимаются дальнейшие меры. Информация о нарушении прав несовершеннолетнего, оставшегося без попечения родителей, направляется в межрайонную прокуратуру по месту постоянного проживания пациента. На основании законодательства «О прокурорском надзоре» органы прокуратуры вмешиваются в ситуацию, что, как правило, приводит к достаточно быстрому и эффективному решению проблемы.

4. В тех случаях, когда проведенная на предыдущих этапах работа не привела к положительному решению вопроса, информация о несовершеннолетнем, оставшемся без попечения родителей с указанием всех известных обстоятельств дела направляется в Отдел по надзору за исполнением законов о несовершеннолетних областной прокуратуры. Как показывает практика, меры по решению проблемы после выхода на указанный уровень принимаются незамедлительно.

В современной модели социально-психиатрической помощи семья душевнобольного стала занимать более значимое место, чем это было в рамках традиционной, медикоцентристской модели. Появились исследования, рассматривающие различные аспекты работы с семьями больных: психотерапевтический, медико-социальный, психообразовательный и др. Растет понимание того, что, будучи естественной сетью социальной поддержки больного, семья способна оказывать на него существенное в терапевтическом отношении влияние (М.М. Кабанов, А.Е. Лифшиц, Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис). Однако, несмотря на то, что наука вплотную подошла к вопросу о необходимости взаимодействия с семьей пациента в процессе его социальной реабилитации, объединения усилий специалистов лечебного учреждения и родственников больного, ученые вынуждены признать, что «это самостоятельная и еще не в полной мере разработанная проблема».

С одной стороны, идет накопление эмпирического опыта привлечения родственников к участию в реабилитационных мероприятиях, организации деятельности сообществ само- и взаимопомощи, состоящих из больных и членов их семей, но, с другой стороны, до сих пор не удается до конца преодолеть инерцию предубеждения в среде психиатров по отношению к родственникам пациентов, представление о преимущественно патогенном влиянии семьи на больного. Одной из причин последнего является недостаточная разработка совокупности вопросов о роли родственников в процессе социальной реабилитации психически больного, о целесообразности их привлечения на основе сотрудничества со специалистами к усиленному участию в социально-реабилита-

ционной деятельности, об их потенциальных возможностях как субъектов этой деятельности и условиях, способствующих реализации упомянутых, назовем их реабилитологическими, возможностей.

Очевидно, что осуществление такого исследования в рамках исключительно медицинской науки невозможно. Проблема социальной реабилитации находится на стыке различных наук: медицины, социологии, психологии, педагогики. В то же время следует отметить, что процесс социальной реабилитации психически больного, понимаемой как его ресоциализация, обладает признаками социально-педагогического процесса. Соответственно и условия реализации потенциальных реабилитологических возможностей родственников пациентов правомерно рассматривать как педагогические. Исходя из этого, научное изучение педагогических аспектов социальной психиатрии осуществляется нами на основе междисциплинарного подхода в рамках социально-педагогического исследования.

Анализ теории и практики социальной реабилитации психически больных и роли, отводимой в этом процессе родственникам пациентов психиатрических учреждений, позволил выявить ряд обусловивших актуальность предпринятого нами исследования противоречий:

- между междисциплинарным характером социальной психиатрии как научным направлением, ориентирующим психиатрическую практику на социальную реабилитацию пациентов и возвращение их в общество, и недостаточной разработанностью ее педагогических аспектов, связанных с актуализацией личностно-средовых факторов (включая семейный) социализации и ресоциализации психически больных;

- между новой, биопсихосоциальной моделью психиатрической помощи находящимся на стационарном лечении пациентам и инерцией традиционного медикоцентрированного подхода, игнорирующего родственников больных и исключаящего сотрудничество с ними в лечебно-восстановительном процессе;

- между потенциальными возможностями родственников психически больных как одного из факторов их социальной реабилитации и отсутствием

научного обоснования педагогических условий, способствующих эффективности реализации названных возможностей в осуществляемом в психиатрическом учреждении реабилитационном процессе.

Тема 22. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТЫ С СЕМЬЯМИ СОЦИАЛЬНОГО РИСКА

Охрана материнства и детства – приоритетное направление здравоохранения. Медико-социальные и правовые основы охраны материнства и младенчества. Показатели здоровья женщин и детей являются наиболее чувствительным индикатором социально-экономического развития общества. Деятельность государственной системы охраны материнства и детства направлена на реализацию комплекса социально-экономических и лечебно-профилактических мер по оптимизации образа жизни в семье, укреплению здоровья женщин и детей, обеспечению условий нормальной жизнедеятельности.

Комплекс мероприятий должен быть направлен на:

- обеспечение гарантий гражданских прав женщин и мер поощрения материнства;
- разработку и обеспечение законодательных актов о браке и семье;
- охрану женского труда и трудовой деятельности подростков;
- государственную материальную и социальную помощь семьям, имеющим детей;
- гарантирование системы обучения и воспитания детей в нормальных условиях, не нарушающих их здоровья;
- качественную, гарантированную и доступную медико-социальную помощь.

В системе охраны материнства и детства различают *6 этапов оказания профилактической и лечебной помощи:*

- 1) оказание помощи женщине вне беременности, подготовка ее к материнству, совершенствование работы женских консультаций, центров «Брак и семья», генетических центров и др.;

2) комплекс мероприятий по антенатальной охране плода в женских консультациях, отделениях патологии беременности, специализированных отделениях и др.;

3) интранатальная охрана плода и рациональное ведение родов;

4) охрана здоровья новорожденного, организация правильного вскармливания, создание оптимальных условий для физического развития;

5) охрана здоровья ребенка в дошкольный период, обеспечение условий для оптимального физического развития, создание нужного иммунологического статуса;

6) охрана здоровья детей школьного возраста.

Основная задача учреждений по охране материнства и детства - снижение материнской и младенческой смертности, заболеваемости детей, достижение высокого уровня здоровья в различные периоды их развития.

В рамках развивающегося в России института социальной работы осуществляется напряженный поиск оптимальных моделей как долговременных, так и кратковременных видов помощи и поддержки семьи и детей. Социальная работа в целом и система социального обслуживания населения в частности развиваются интенсивно с использованием различных технологий. Возникновение новых социальных проблем в обществе потребовало разработки новых технологий для их решения. При помощи социальных технологий можно своевременно снимать социальное напряжение, разрешать индивидуальные и коллективные социальные конфликты, принимать и реализовывать оптимальные управленческие решения.

В ведении органов социальной защиты населения субъектов Российской Федерации, по состоянию на начало 2006 года, 3059 учреждений социального обслуживания семьи и детей, в числе которых центры социальной помощи семье и детям, реабилитационные центры для детей-инвалидов, социальные приюты для детей и подростков, кризисные центры для женщин и другие.

Каждое из этих учреждений использует технологии социальной работы в зависимости от проблем, с которыми обращаются нуждающиеся.

Департамент по делам детей, женщин и семьи Минздрав и соцразвития России предпринимает усилия для разработки новейших социальных технологий по работе с семьей и детьми, а также изучает, анализирует и распространяет опыт учреждений социального обслуживания семьи и детей..

В целях выявления перспективных социальных технологий, обеспечивающих повышение эффективности деятельности учреждений социального обслуживания семьи и детей, расширение спектра социальных услуг и улучшение их качества, проводятся конкурсы на лучшие проекты по решению проблем семьи, женщин и детей, возникших в связи с социально-экономическими преобразованиями последнего десятилетия и традиционных (например, работа с детьми-инвалидами).

В зависимости от типа семьи, нуждающейся в помощи, используются различные *технологии социальной работы*, цель которых – сохранение семьи как социального института в целом и каждой конкретной семьи в отдельности.

Основные трудности семьи, потребность в профессиональной помощи обусловлены ее типом (неполная семья, многодетная, семья инвалидов или семья, воспитывающая ребенка-инвалида и другие). Вместе с тем семейные проблемы (дисфункциональность семейных связей, патологизация отношений между супругами, родителями и детьми) не зависят от социального статуса семьи и могут быть присущи равно обеспеченной, интеллигентной и малообеспеченной и малообразованной семье.

Социальные работники в настоящее время могут оказывать помощь семье преимущественно на этапе ее кризиса, в момент конфликта или распада, заниматься же профилактикой семейных дисфункций, налаживанием семейных коммуникаций в предкризисном состоянии большинство социальных учреждений пока не в состоянии. Между тем это одна из важнейших задач социальной работы в стабильном обществе. По мере улучшения социальной ситуации в нашей стране, когда задачи обеспечения собственно социальной защиты семьи и детей отойдут на второй план, проблемы семейной терапии, совершенствования и стабилизации семейных отношений выйдут на первое место.

Остра проблема семейного насилия и жестокости, которая только отчасти связана с внешними социальными трудностями. Защита более слабых членов семьи, в первую очередь детей, от жестокого обращения в семье – одна из важнейших задач социального работника. Используя технологии стабилизации семейных отношений, социальный работник должен учитывать факторы личного риска, а также варианты, в которых социальная терапия будет наиболее эффективна.

К технологиям, используемым в случаях семейного насилия, относится *организация специализированных учреждений для несовершеннолетних, кризисных центров для женщин, центров социальной помощи семье и детям*, которые дают возможность женщинам и детям переждать в безопасном месте кризис семейной ситуации.

Однако, как правило, ограничиваться только таким видом помощи бывает непродуктивно, неразрешенные семейные конфликты периодически обостряются. Поэтому социальные работники используют в своих технологиях разработку среднесрочных программ помощи, ориентированных на стабилизацию семьи, восстановление ее функциональных связей, нормализацию отношений между супругами, между родителями и детьми, взаимоотношений всех указанных членов семьи с окружающими.

При работе с семьями алкоголиков используются другие технологии, предусматривающие выявление основных причин злоупотребления спиртными напитками и сопутствующих обстоятельств. Работа с такими семьями подразумевает формирование мотивации клиента и его семьи к безалкогольному образу жизни и построению иной системы взаимоотношений.

Технологии коррекции семейных взаимоотношений многочисленны; их выбор определяется как обстоятельствами конкретной социальной ситуации, так и профессионализмом самих социальных работников.

Социальные проблемы присущи различным категориям населения и обусловлены возрастом, социальным, имущественным или семейным положением, состоянием здоровья, жилищными условиями. Население, с которым ведется

социальная работа, разделяется на категории по различным критериям. В последнее время все большее внимание уделяется гендерному аспекту социальных проблем, анализу социальной ситуации клиента в зависимости от его принадлежности к мужскому или женскому полу.

Социальная работа с мужчинами вполне заслуживает того, чтобы быть выделенной в отдельную область, уже есть один кризисный центр для мужчин, работающий в г. Барнауле, однако в силу ряда причин в этом направлении делаются только первые шаги и в России, и во всем мире.

Социальная работа с женщинами признается одной из наиболее важных и масштабных сфер социальной работы в целом. Основная причина выделения женщин в особую социально-демографическую группу и специфическую категорию клиентов – выполнение ими генеративной функции, наличие у них способности к деторождению, что является биологической предпосылкой целого ряда культурных и социальных особенностей.

Комплексность социальных проблем женщин, обусловленность их общей социально-экономической и социально-психологической ситуацией общества определяют необходимость системного подхода к их разрешению, использования самых разнообразных технологий для получения конкретных позитивных результатов.

Для оказания помощи женщинам, оказавшимся по разным причинам в трудной жизненной ситуации, открываются *кризисные центры для женщин* или отделения в учреждениях социального обслуживания населения разных типов.

В системе учреждений социального обслуживания семьи и детей функционируют 18 кризисных центров для женщин (на начало 2000 года действовало 10 кризисных центров для женщин). В кризисных центрах для женщин оказываются психологические, юридические, медицинские, педагогические, социально-бытовые услуги женщинам и девочкам, попавшим в трудную жизненную ситуацию или подвергшимся насилию. В 2006 году в кризисных центрах получили помощь 45 тыс. женщин, что в 2,3 раза больше по сравнению с 2000 годом.

Кроме того, на начало 2007 года действовало 142 кризисных отделения для женщин, созданных в учреждениях социального обслуживания населения разных типов. Число указанных отделений по сравнению с 2001 годом возросло более чем в 2 раза.

Невозможно охарактеризовать все социальные технологии, применяемые в учреждениях социального обслуживания семьи и детям для решения проблем социально незащищенных категорий населения, адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также технологии по профилактике семейного неблагополучия, беспризорности, безнадзорности детей, индивидуальной помощи семье и детям.

Целесообразно назвать адреса центров социальной помощи семье и детям, в деятельности которых разрабатываются и успешно применяются новые подходы, новые технологии, формы и методы работы.

Поскольку в семье находят отражение все социальные проблемы, характерные для современного общества, отдельно выделяют семьи, относящиеся к группе риска, то есть семьи, которые в силу объективных причин находятся в состоянии жизненного затруднения и нуждаются в помощи со стороны государственной системы социальной защиты, в частности, в организации эффективной медико-социальной работы, включающей в себя комплекс взаимосвязанных мероприятий – медицинских, социальных, экономических, правовых, психологических, педагогических, направленных на преодоление жизненных трудностей семьи, создание благоприятных условий ее жизнедеятельности, сохранение и укрепление здоровья (физического, психического, нравственного).

Как правило, объектом деятельности специалиста по социальной работе в детской поликлинике являются: семьи социального риска, а именно малообеспеченные семьи; семьи с избыточной иждивенческой нагрузкой; молодые и неполные семьи; семьи, воспитывающие детей-инвалидов; семьи инвалидов; семьи безработных; семьи, члены которых работают на предприятиях и в учреждениях, месяцами не выплачивающих заработную плату; семьи военно-

служащих; семьи беженцев и вынужденных переселенцев; семьи родителей, заключенных в местах лишения свободы.

Неполные семьи характеризуются обилием медико-социальных проблем, обусловленных, в первую очередь, малообеспеченностью, поскольку в семье имеется всего один трудовой доход (иногда трудового дохода нет вообще, и семья вынуждена жить на пособие по безработице либо на детские пособия). Доход женщины, как правило, ниже дохода мужчины в силу ее отставания на социальной лестнице, вызванного выполнением обязанностей по уходу за детьми. Доход от алиментов, если дети имеют на них право и получают их, как правило, покрывает не более половины стоимости их содержания.

В результате значительно снижается покупательная способность семьи, сокращается потребление основных продуктов питания, обеспечивающих полноценный рост и развитие ребенка, что в свою очередь негативно отражается на его физическом и психическом состоянии. Неправильное питание, несоблюдение принципов здорового образа жизни, невыполнение санитарно-гигиенических требований, неблагоприятные жилищно-бытовые условия, низкое качество материнского/отцовского ухода вследствие нехватки времени и перегруженности работой, все это характеризует неполные семьи, как семьи социального риска, нуждающиеся в организации эффективной медико-социальной работы.

Социально-медицинские проблемы в неполных семьях усугубляются психологическими трудностями, присутствующими во внутриличностной сфере и межличностных отношениях членов семьи. Это обида, угнетенность, чувство неполноценности детей в после разводной ситуации, чувство вины родителей, приводящее к гиперопеке или, наоборот, заброшенность детей, обусловленная чрезмерной занятостью единственного родителя, берущего на себя чрезмерную трудовую нагрузку. Самая большая сложность в такой семье – затруднения в правильной полоролевой идентификации и ориентации детей.

В настоящее время стали распространены новые категории неполных семей: неполные расширенные семьи, образующиеся в результате гибели ро-

дителей малолетних детей, нахождения родителей в тюрьме, лишения родительских прав, пьянства, в связи с чем, прародители вынуждены брать внуков на содержание и воспитание. Такие семьи, разумеется, имеют низкий уровень доходов, ряд сложностей, вызванных плохим состоянием здоровья пожилых людей, их более слабыми адаптационными способностями, неумением приспособиться к реалиям современности.

Многодетные семьи сегодня составляют незначительную долю от общего количества семей. Причем зачастую многодетность является не запланированной, а случайной (рождение близнецов, либо рождение ребенка в результате неэффективности контрацепции или невозможности в силу состояния здоровья женщины прибегнуть к прерыванию беременности). Все многодетные семьи распределяются на 3 категории:

- 1) семьи, многодетность которых запланирована, в связи с национальными традициями, религиозными предписаниями, культурно-идеологическими позициями, традициями семьи. Такие семьи испытывают трудности, обусловленные малообеспеченностью, теснотой жилья, загруженностью родителей, состоянием их здоровья;
- 2) семьи, образовавшиеся в результате второго и последующего браков матери (реже – отца), в которых рождаются новые дети;
- 3) неблагополучные многодетные семьи, образующиеся в результате безответственного поведения родителей, иногда на фоне интеллектуально-психической сниженности, алкоголизма, асоциального образа жизни. Дети из таких семей особенно остро нуждаются в помощи, реабилитации, страдают от болезней и недоразвития.

Семьи, воспитывающие детей-инвалидов, зачастую отказываются поместить ребенка с неисправимой врожденной патологией в специализированный интернат, что, безусловно, заслуживает одобрения, но порождает чрезвычайные

трудности, связанные с воспитанием такого ребенка (ограничения жизнедеятельности, малообеспеченности).

Уход за ребенком-инвалидом часто не совместим с другой деятельностью, поэтому мать, как правило, бывает вынуждена оставить работу или перейти на другую работу, более свободную по графику, ближе к дому, но нижеоплачиваемую. Количество разводов в таких семьях намного выше – отцы чаще не в состоянии выдерживать постоянные трудности и уходят из семьи.

Дети-инвалиды, лишённые квалифицированной реабилитирующей и развивающей помощи, иногда ведут практически биологическое существование, не получая тех навыков и умений, которые помогут им хотя бы в самообслуживании, если не в трудовом самообеспечении. Исследования показывают, что в семьях с детьми-инвалидами, получающими даже элементарную помощь специалистов по социальной работе, ситуация складывается не столь безнадёжная.

Не относится официально к группе риска, но тоже может нуждаться в помощи полная малодетная семья, находящаяся в состоянии социального или семейного неблагополучия.

К факторам социального неблагополучия семей можно отнести следующие:

- 1) финансово-экономические и жилищные факторы (низкая заработная плата родителей, низкий прожиточный минимум, безработица, социально-бытовая неустроенность и т.д.);
- 2) асоциальные факторы (алкоголизм, наркомания, проституция родителей, отсутствие навыков и культуры здорового образа жизни родителей);
- 3) психолого-этические факторы (жестокость, грубость, конфликтность, эгоизм, неуравновешенность родителей, психолого-педагогическая неграмотность);
- 4) медицинские факторы (проблемы детской заболеваемости, а также различных отклонений в физическом и психическом здоровье родителей).

К факторам семейного неблагополучия относится нестабильность семейного образа жизни, выражающаяся, прежде всего, в возрастании числа разводов. Количество разводов в год на 1000 жителей нашей страны в последние годы достигло приблизительно показателя 6,3, это один из самых высоких показателей в мире: на каждые 3 брака фиксируется в среднем 2 развода.

Нестабильность семейной жизни проявляется также в постоянном сокращении числа детей на каждую семейную пару. Сегодня во многих странах наблюдается второй демографический переход от малодетной к преимущественно однопородной семье, что вызвано, в первую очередь,

социальными причинами, так как все прежние внешние побуждения к многодетности (предоставление льгот, квартир и т.д.) отошли в прошлое. На фоне общего сокращения рождаемости происходит рост числа внебрачных детей. Сегодня родители почти каждого пятого ребенка в нашей стране не состоят в зарегистрированном браке. Отчасти это можно объяснить ослаблением моральных норм и более либеральным отношением к внебрачным детям. Кроме того, такое явление можно охарактеризовать, как стремление минимизировать семью в условиях кризиса: мужчины не считают себя обязанными связывать свою жизнь с женщиной и своим ребенком.

Семейное неблагополучие часто характеризуется проблемой семейной жестокости, которая служит средством выплеска агрессивности, накопленной под влиянием психотравмирующих условий существования, на наиболее слабых и незащищенных (женщины и дети). Она объясняется также низкой компетентностью в регулировании своих психологических состояний, отсутствием навыков альтернативного снятия отрицательных эмоций.

Таким образом, изучение семей социального риска, позволяет сделать вывод, о наличии множества трудностей и противоречий, возникающих в процессе их функционирования, обусловленных кризисными явлениями в социально-экономическом положении нашей страны, недостатком или несовершенством социальных, медицинских и других программ, направленных на оптимизацию жизнедеятельности семей.

На сегодняшний день острой медико-социальной проблемой пациентов и их родителей, обслуживаемых детской поликлиникой, является отсутствие навыков и культуры здорового образа жизни. Здоровый образ жизни – это деятельность, наиболее характерная, типичная для конкретных социально-экономических, политических, экологических условий, направленная на сохранение и улучшение, а также укрепление здоровья людей.

Формирование здорового образа жизни – основа мер по индивидуальной первичной профилактике как системе социально-экономических и медицинских мер, предупреждающих возникновение и развитие болезней.

Целью здорового образа жизни является утверждение более разумных форм поведения по укреплению и сохранению здоровья. Поэтому, важнейшей функцией и задачей всех органов и учреждений, всех организаций, которые занимаются формированием здорового образа жизни, и, прежде всего учреждений первичной медико-социальной помощи, в частности, поликлиник, – это эффективная пропаганда здорового образа жизни.

Создание *отделений медико-социальной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях* является сегодня необходимым условием для повышения эффективности профилактической и лечебно-оздоровительной работы среди населения, в том числе детского. Это обусловлено тем, что практически каждый второй ребенок на педиатрическом участке по наличию социальных факторов риска в семье относится участковым педиатром во вторую группу здоровья, каждый десятый ребенок воспитывается в семье, имеющей два и более факторов социального риска.

Тема 23. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ, НАХОДЯЩИМСЯ В ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ

Основные направления развития медико-социальной помощи детям и подросткам определяются характеристиками здоровья и образа жизни детей в группах риска социальной дезадаптации. Медико-социальная и в первую оче-

редь социально-психиатрическая помощь должна быть адресована несовершеннолетним, находящимся в особо трудных жизненных обстоятельствах, так как именно в этих группах детей существенно возрастает вероятность возникновения психических расстройств в силу деструктивных психосоциальных воздействий, которым они подвергаются.

Среди *основных факторов, оказывающих негативное влияние на здоровье детей в семье*, выделяют следующие:

- социально-гигиенические – плохие материально-бытовые условия; низкий уровень общей и санитарной культуры семьи; тяжелые и вредные условия труда родителей, особенно матери; мать или оба родителя являются учащимися, и др.;
- медико-демографические – многодетность; отсутствие одного из родителей – неполные семьи; возраст матери до 18 лет и старше 40 лет; наличие в семье ребенка с врожденным или наследственным заболеванием, дефектом развития; случаи выкидышей, мертворождения или смерти ребенка, особенно первого года жизни и пр.;
- социально-психологические – злоупотребление одним или обоими родителями алкоголем, наркотиками, курением; неблагоприятный психологический климат семьи; рождение нежеланного ребенка; жестокое обращение с детьми.

Особенно велико влияние факторов социального риска, имеющих в семье, на состояние здоровья, заболеваемость и смертность детей первого года жизни. При проведении лечебно-профилактических мероприятий таким детям обязательным условие является дифференцированный подход, учитывающий характер и направленность социального фактора, и оказание медико-социальной помощи семье в зависимости от имеющихся в ней проблем и потребностей.

Важнейшей медико-социальной проблемой семей имеющих детей, в настоящее время являются нарушения в психическом здоровье, обусловленные следующими факторами:

- неправильное воспитание детей, педагогическая неграмотность родителей;
- патология течения беременности и родов;
- неудовлетворительные жилищно-бытовые условия;
- начало посещения дошкольного учреждения ребенком в возрасте до трех лет;
- асфиксия в родах;
- госпитализация ребенка;
- злоупотребление родителями алкоголем и наркотическими веществами;
- перегруженность ребенка во внешкольное время;
- летний отдых в пионерском лагере;
- посещение группы продленного дня;
- неблагоприятный психологический микроклимат семьи.

Отмечается рост отклонений в нервно-психическом развитии у детей, обучающихся в образовательных учреждениях нового типа – лицеях, гимназиях, частных школах, учебных заведениях с расширенным содержанием образования, где резко повышены требования, интенсифицировано обучение, увеличен объем учебной нагрузки по сравнению с базовым учебным планом.

Среди данного контингента учащихся по сравнению с массовой школой, выявлена значительная распространенность пограничных нервно-психических нарушений (на 14 - 20% чаще), достигая до 55%. В структуре нервно-психических нарушений доминируют психоастенические состояния (66 - 90%), истероподобные реакции (41 - 63%), психоастения (14 - 42%).

Сегодня в современном обществе появились такие неблагоприятные тенденции, как рост попыток к суицидам, смертности от самоубийств, причем даже в возрастной группе от 5 до 9 лет. По материалам Государственного доклада, в 2000 году из 21 тысячи умерших детей от 10 до 14 лет 15 тысяч или 2/3 погибли в результате несчастных случаев, отравлений и травм. Из них

на автотранспортные травмы приходится 22%, самоубийства- 17%, убийства – 12%.

В последние годы число завершенных самоубийств в России составляет более 40 на 100 тысяч населения, достигая в Волго-Вятском, Западно-Сибирском, Уральском, Дальневосточном и других экономических районах 65 – 81, а в Республике Коми, Удмуртии - 150 – 180.

В то же время, по данным Всемирной организации здравоохранения, уровень самоубийств более 20 на 1000 тысяч населения является критическим. В значительной мере это обусловлено интенсивным ростом алкоголизма, наркомании, реактивными состояниями, неврозами, расстройствами детского и подросткового возраста, то есть тех расстройств, в возникновении которых важную роль играют социально-экономические факторы.

Государственной статистикой Российской Федерации зафиксирована смертность от самоубийств мальчиков в возрасте от 10 до 14 лет, превышающая в 4,5 раза таковую среди девочек.

Как свидетельствуют материалы ЮНИСЕФ, коэффициент самоубийств в возрастной группе 5 – 14 лет за 1998 год в России оказался

самым высоким среди стран Центральной и Восточной Европы, составив 7,0 на 100 тысяч населения, тогда как в Белоруссии – 5,0, Польше – 4,0, Словакии – 3,0, Румынии – 2,2.

Таким образом, это подчеркивает необходимость принятия адекватных мер, в частности, в рамках оказания медико-социальной помощи лицам с кризисным состоянием, а также профилактики суицидального поведения.

Одной из наиболее опасных тенденций в настоящее время становится рост заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), среди молодежи в возрасте от 15 до 19 лет, а также рост аборт (около 300 тысяч аборт приходится на молодых девушек в возрасте до 19 лет). Уровень использования современных методов контрацепции крайне низок, недостаточна информированность об этих методах среди населения. Если в Великобритании и

Голландии гормональную контрацепцию используют до 50% женщин, то в России, по данным Е.Ф. Лаховой, - всего 5 – 6%.

Неуклонное распространение получает добрачная половая жизнь: по данным Минздрава России, сексуальный опыт имеют 48% подростков, причем 35% из них начали половую жизнь в 12 – 13 лет.

Высокое число аборт и заболеваний, передающихся половым путем, способствуют тому, что каждая десятая супружеская пара в нашей стране бесплодна и обуславливают социальную значимость проблемы планирования семьи.

Важнейшей медико-социальной проблемой является также рост ранней, в том числе внебрачной беременности, что усугубляется в России малообеспеченностью, неграмотностью, социальными затруднениями, в частности, являющимися причиной ранней проституции.

Социальным работникам знаком сегодня такой феномен, как несовершеннолетние многодетные матери. Как правило, подобное свидетельствует о наличии врожденных психических патологий или низком интеллектуальном уровне несовершеннолетней, либо испытываемой ею ранней алкогольной зависимости.

Исходя из вышеуказанного можно сделать вывод о наличии серьезных медико-социальных проблем у пациентов и их родителей, обслуживаемых детской поликлиникой и необходимости их решения в рамках организации активной медико-социальной работы, направленной на улучшение функционирования современной семьи.

Ведущим направлением социально-психиатрической помощи является оказание консультативной, коррекционной, реабилитационной помощи и правовой поддержки детям, оставшимся без попечения родителей, которые передаются под опеку, усыновление или на воспитание в учреждения интернатного типа для детей-сирот. Необходимость развития этого направления определяется современными общественными условиями, в которых социальная динамика семьи характеризуется негативными тенденциями. Продолжает расти число де-

тей, проживающих в неполных семьях (в 94% это семьи без отца). Стабильно растет внебрачная рождаемость детей, которая достигла 25,3 % от всех родившихся.

Проведенные в рамках президентской программы «Дети России» специалистами Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского (далее ГНЦ С и СП им. В.П. Сербского) социально-клинические исследования показали, что указанная негативная динамика семьи выступает психосоциальным патологизирующим фактором, определяющим развитие широкого спектра патологических состояний:

- задержанное физическое и психическое созревание с нарушениями интеллекта, личностной незрелостью, признаками депривационного развития личности (до 62% случаев у детей, с раннего детства воспитывающихся в интернатных учреждениях);

- соматоформные или психосоматические расстройства, затяжные реакции на стресс (43,7% у детей-сирот; 77,3% у детей из хронически конфликтных семей);

- стойкие отклонения поведения с характерологическими и патохарактерологическими реакциями до 22-23% в обеих группах).

В указанной социальной группе детей с семейной дезадаптацией при неполной оценке психосоциальных патологических факторов и недостаточном использовании методов социально-психиатрической помощи отмечается неуклонный рост «хронически болеющих детей» с полиморфными, дисфункциональными расстройствами.

Следующим важным направлением социально-психиатрической помощи детям и подросткам с проблемами развития и поведения является психолого-медико-педагогическая поддержка детей с трудностями в обучении и педагогической запущенностью. Последние годы характеризуются снижением психопрофилактической роли школы в предупреждении нарушений психического развития, что сопровождается ухудшением соматического и психического здоровья учащихся. Многие педагогические коллективы дистанцируются от пре-

вентивной помощи трудным детям и подросткам. С 1999 г. Министерством образования РФ возобновлен учет всех детей, которые должны обучаться в школе. В общеобразовательных школах наблюдается значительное число учащихся с астеническими расстройствами, которые сопровождаются соматоформными и эмоционально-поведенческими нарушениями. У 25% детей на фоне астенизации отмечается задержанное физическое развитие с уменьшением массы тела, снижением мышечной силы.

Специалистами ГНЦ С и СП им. В.П. Сербского с 1996 года проводится исследование, задачей которого является оценка психического здоровья и возрастного психического развития у детей со школьной неуспешностью и детей, занимающихся по программам коррекционно-развивающего обучения. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у детей с трудностями обучения формируются следующие патологические состояния:

- легкая умственная отсталость с поведенческими нарушениями (12%);
- органические эмоционально-лабильные (астенические) и когнитивные расстройства, включая нарушения развития школьных навыков (18%);
- астенические нарушения и соматоформные расстройства (40%);
- тревожно-фобические расстройства, протекающие по типу «школьного невроза» (15%);
- эмоционально-поведенческие расстройства, включая проблемы связанные с формированием зависимости от психоактивных веществ (21%).

Полученные данные свидетельствуют, что комплексная диагностика, коррекционная реабилитационная помощь детям с особыми потребностями в обучении должны осуществляться на основе междисциплинарного и межведомственного взаимодействия.

Сегодня первичным звеном в оказании такой помощи является школьная психологическая служба во взаимодействии с открытыми в каждом регионе психолого-медико-педагогическими консультациями и центрами социально-психологической и педагогической реабилитации. Однако методологическая база оказания такой комплексной социально-психологической и психиатриче-

ской реабилитационной помощи разработана недостаточно. Практика показывает, что специалисты в этих центрах решают преимущественно педагогические коррекционные задачи, хотя работают с детьми с задержанным и дисгармоничным психическим развитием или клинически выраженными пограничными психическими расстройствами у детей и подростков. Число медицинских специалистов в этих учреждениях, ориентированных в социально-психиатрическом направлении, катастрофически мало.

Специалистами ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского разработаны методические основы консультативной и психокоррекционной помощи в образовательных учреждениях для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи со стороны специалистов психоневрологических диспансеров.

Следующее направление социально-психиатрической помощи сформировалось в последние 4-5 лет. К нему относится оказание социально-психиатрической помощи, психологической и правовой поддержки новой группе повышенного риска - детям из семей беженцев и вынужденных переселенцев. По данным Федеральной миграционной службы на настоящее время статус беженцев получили более 240 тыс. семей, в которых насчитывается 160 тыс. детей и подростков. Среди общего числа таких семей около 12 тыс. многодетных семей с 3-мя и более детьми.

В рамках федеральной целевой программы «Дети семей беженцев и вынужденных переселенцев» в составе президентской программы «Дети России» специалистами Центра им. В.П. Сербского оказывалась комплексная медико-психологическая лечебная и реабилитационная помощь в Дагестане, в Ставропольском крае, в Московской и Тверской областях. Показано, что при отсутствии социально-психиатрической помощи пострадавшим детям у них фиксируются посттравматические стрессовые расстройства с утратой интересов и навыков к обучению. Ведущими формами нарушения социализации в этих случаях становятся безнадзорность с высоким риском бродяжничества, попрошайничества и совершения противоправных действий. Большую тревогу вызывает

также тот факт, что из семей беженцев все более увеличивающееся число детей не может адаптироваться к обучению в обычной образовательной среде.

Указанные трудности социализации детей в современном российском обществе находят свое отражение в динамике эпидемиологических данных. За короткий (10 лет) период произошел существенный сдвиг в психическом здоровье детско-подростковой популяции, который характеризуется ростом показателей заболеваемости психическими расстройствами среди детей в 1,5 раза, среди подростков в 1,3 раза. Преимущественный рост показателей болезненности и заболеваемости отмечается по группе психосоциально обусловленных нарушений (реактивные состояния, соматоформные расстройства, аномалии личностного развития, специфические нарушения психологического развития), а также психических расстройств, связанных с ранними органическими поражениями головного мозга.

Последствия, обусловленные стойкой семейной и школьной дезадаптацией, сочетающиеся с посттравматическими стрессовыми расстройствами, задержанным психическим развитием и стойкими эмоционально-поведенческими нарушениями, проявляются, прежде всего, в том, что все более существенную роль в становлении личностного самоопределения, ценностей и установок детей и подростков переходит к асоциальным, криминальным субкультурам. Это оказывает существенное влияние на динамику преступности несовершеннолетних, которые продолжают оставаться криминально активной категорией населения.

По данным МВД в отделениях внутренних дел состояли на учете 106 188 подростков, из них до 14 лет - 82 231, от 14 до 16 - 23 957. За год поставлено на учет 73 037 детей и подростков в возрасте до 14 лет. В соответствии с Федеральным законом о профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних учреждения психиатрической службы вменено в обязанность участвовать в комплексном медико-психолого-педагогическом освидетельствовании этих детей для оценки уровня психического здоровья и определения мер профилактической помощи. Методологические основы этого нового социаль-

но-психиатрического подхода к указанной социально значимой группе риска разрабатываются специалистами ГНЦ СиСП им.В.П.Сербского.

Разработка основ социально-психиатрической и психопрофилактической помощи несовершеннолетним с противоправным поведением является традиционно базовым направлением для нашего центра. Настоящее время характеризуется тем, что в противоправном поведении несовершеннолетних фиксируются новые черты. Это высокая криминальная активность детей, не достигших возраста уголовной ответственности; рост числа правонарушений, совершаемых девушками (из всех доставленных в ОВД несовершеннолетних за совершение преступлений девушки составляют более трети - 38,4%), и высокая распространенность нарушений возрастного развития у малолетних правонарушителей.

Психическое состояние детей из этой группы риска существенно отягощено педагогической запущенностью. Каждый третий подросток-правонарушитель имеет лишь начальное образование, около 10 тыс. - не имеют начального образования. Для расширения сферы применения личностно-ориентированной консультативно-диагностической и лечебно-реабилитационной помощи специалистами ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского разработаны:

- концепция развития делинквентного (асоциального) поведения у детей и подростков, не достигших возраста уголовной ответственности (две докторские диссертации на эту тему выполнены в ГНЦ СиСП);

- классификация психических расстройств и нарушений возрастного развития в группе детей с риском совершения общественно опасных действий.

Данная классификация используется при определении показаний и противопоказаний к направлению детей с асоциальным поведением в специальные учебно-воспитательные учреждения закрытого типа, для комплексного психолого-медико-педагогического освидетельствования детей и подростков, совершивших общественно опасные действия и не достигших возраста уголовной ответственности;

В настоящее время имеющиеся разработки переносятся на организацию комплексной психолого-медико-педагогической помощи осужденным несовершеннолетним с психическими расстройствами, находящимся в воспитательных колониях Минюста России.

Последствия, обусловленные семейной и школьной дезадаптацией, также тесно связаны с прогрессирующим ухудшением наркологической ситуации в России. Продолжается снижение возраста приобщения несовершеннолетних к токсико-наркотическим веществам. Употребление детьми и молодежью психоактивных веществ превращается в серьезную социальную, педагогическую и медицинскую проблему.

Несомненно, что первичная антинаркотическая профилактическая помощь должна сдвигаться, во-первых, в младшие возрастные группы, во-вторых, в группы детей и подростков без асоциальных поведенческих расстройств.

Следует отметить, что в настоящее время у преобладающего большинства несовершеннолетних отсутствует превентивная психологическая защита, ценностные барьеры, препятствующие приобщению к психоактивным веществам. В сложившейся ситуации антинаркотическая первичная профилактическая работа признана приоритетным направлением деятельности Минобрнауки России.

Деятельность медико-социальных отделений при детских поликлиниках осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава России № 154 от 05.05.99 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста». Приложение № 2 этого Приказа – Инструкция об организации работы отделения (кабинета) медико-социальной помощи детского амбулаторного поликлинического отделения.

Отделение медико-социальной помощи имеет своей целью реализацию медико-социальных мероприятий, учитывающих специфические особенности детей, в т.ч. подросткового возраста и направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков; их социальную и правовую защиту и под-

держку, профилактику и снижение заболеваемости, формирование потребности в здоровом образе жизни.

Отделение является структурным подразделением детского амбулаторно-поликлинического учреждения, обеспечивающего лечебно-профилактическую помощь детскому населению. Объем оказываемой медико-социальной помощи определяется администрацией поликлиники по согласованию с вышестоящими органами здравоохранения.

Деятельность отделения строится на основе законодательства Российской Федерации, директивных документов вышестоящих органов, приказов и распоряжений администрации поликлиники.

Отделение функционирует на основе преемственности и взаимосвязи с подразделениями детского амбулаторно-поликлинического учреждения, территориальными лечебно-профилактическими учреждениями социальной защиты населения, общественными и иными организациями.

Основными функциональными обязанностями социального работника в условиях детских амбулаторно-поликлинических учреждений являются:

- выявление и учет семей медико-социального риска, выделение из них семей высокого социального риска (семьи алкоголиков, наркоманов, детей-инвалидов, юных матерей, матерей-одиночек и др.);
- изучение потребностей данных семей в конкретных видах медико-социальной помощи;
- проведение всех видов патронажей (к беременным женщинам, кормящим матерям, к детям первого года жизни и др.), выявление факторов риска с последующей передачей этих сведений медицинским работникам;
- оказание содействия семьям в решении их социально-бытовых проблем, в т.ч. жилищных, материальных, условий труда, в устройстве детей в дошкольные учреждения, интернаты и др.;
- оказание консультативной, в т.ч. педагогической, психологической помощи семьям социального риска;

- проведение социально-правовой помощи (активное разъяснение прав и обязанностей данных семей, а также социальных льгот, предоставляемых государством, и др.);
- организация и контроль за получением детьми раннего возраста бесплатного питания и лекарственного обеспечения, других льгот;
- оказание помощи семье в воспитании детей;
- проведение совместно с медицинским персоналом санитарно-просветительной работы по гигиеническому воспитанию детей, пропаганде здорового образа жизни;
- осуществление мероприятий по планированию семьи;
- организация взаимосвязи и взаимопомощи в работе различных учреждений и ведомств (муниципальной службы, службы социальной защиты населения, здравоохранения, образования, органов правопорядка и др.) по оказанию медико-социальной помощи населению;
- внесение предложений, направленных на совершенствование законодательных актов по социальным вопросам, на развитие службы медико-социальной помощи;
- ведение учетно-отчетной документации (дневника патронажных помещений, паспорта семьи и др.).

Основными задачами отделения медико-социальной помощи являются следующие.

1. Медико-социальный патронаж в семье, выявление в них лиц, имеющих факторы социального риска и нуждающихся в медико-социальной защите и поддержке.

В группу нуждающихся в особом наблюдении специалиста по социальной работе выделяют семьи, имеющие, прежде всего, следующие факторы риска:

- многодетность семьи;
- плохие материально-бытовые условия, наличие психических заболеваний у одного из родителей;

- алкоголизация родителей или употребление ими наркотических веществ;
- высокая степень конфликтности между членами семьи;
- низкая медицинская и социальная активность членов семьи;
- жестокое обращение родителей с ребенком, направленное использование ребенка в корыстных целях и др.

Специфика работы с детьми и подростками и с самими семьями данного типа состоит, в первую очередь, в необходимости активно посещать их на дому, желательно совместно с участковым педиатром.

Патронаж дает возможность наблюдать семью в ее естественных условиях, что позволяет выявить больше информации, чем лежит на поверхности.

Патронаж может проводиться со следующими целями:

- диагностические: ознакомление с условиями жизни, изучение возможных факторов риска (медицинских, социальных, бытовых), исследование сложившихся проблемных ситуаций;
- контрольные: оценка состояния семьи и ребенка, динамика проблем (если контакт с семьей повторный); анализ хода реабилитационных мероприятий, выполнение родителями рекомендаций.

Исходя из интересов ребенка, совместно с правоохранительными органами ведет открытый контроль за ходом реабилитационных мероприятий, оказывает необходимое директивное воздействие в случае низкой реабилитационной активности семьи, в том числе прибегают к карательным мерам, выступая, например, инициатором лишения родителей прав на воспитание ребенка.

Патронажи могут быть единичными или регулярными в зависимости от выбранной стратегии работы (долгосрочной или краткосрочной) с данной семьей.

С запланированной периодичностью проводятся патронажи семей, имеющих конкретные проблемы. Например, неоднократно посещаются семьи, воспитывающие детей-инвалидов первого года жизни, с целью помочь преодолеть психотравмирующую ситуацию рождения больного ребенка, своевременно раз-

решить ряд социально-правовых вопросов (оформление инвалидности), освоить необходимые навыки по уходу и развитию ребенка.

Регулярные патронажи проводятся в отношении неблагополучных семей и прежде всего асоциальных семей, постоянное наблюдение за которыми в какой-то мере дисциплинирует их, а также позволяет своевременно выявлять и противодействовать возникающим кризисным ситуациям.

Наряду с патронажем, занимающим важное место в деятельности медико-социального отделения, следует выделить оказание медико-психологической помощи на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности, в том числе и путем анонимного приема:

2. Осуществление мероприятий по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья;

Гигиеническое (включая половое) воспитание, обеспечение мероприятий по подготовке молодежи к предстоящей семейной жизни, ориентации на здоровую семью;

Индивидуальная, групповая и коллективная санитарно-просветительская работа, пропаганда мер профилактики, направленных на формирование потребности в здоровом образе жизни и ориентирующих молодых людей и их родителей на осознание вреда «рисковых» или так называемых «саморазрушающих» форм поведения для здоровья и развития (табакокурение, злоупотребление алкоголем, наркомания, таксикомания, ранняя сексуальная активность, правонарушение несовершеннолетних, бродяжничество и т.п.);

Оказание индивидуальной или опосредованной социально-правовой помощи детям, подросткам, семье по защите их прав и законных интересов в соответствии с действующим законодательством.

Специалист по социальной работе обеспечивает связь с органами социальной защиты населения, правоохранительными органами, службами опеки и попечительства, учебно-воспитательными учреждениями, участвует в «социальном патронаже», разрабатывает индивидуальную программу работы с семьей, подростками.

Деятельность специалиста по социальной работе в поликлинике основывается на преемственности и взаимосвязи с социальными субъектами. Взаимодействие органов управления и учреждений социальной защиты населения в основном касается семей, находящихся в социально-опасном положении.

На сегодняшний день создана система взаимодействия учреждений в области решения медико-социальных проблем детского населения, которая включает:

- 1) Управление здравоохранения;
- 2) Управление по социальным вопросам (муниципальное учреждение «Центр социальной помощи семье и детям», в структуре которого территориальные и специализированные центры социальной помощи семье и детям);
- 3) Управление внутренних дел (центр временной изоляции несовершеннолетних, отдел профилактики правонарушений несовершеннолетних);
- 4) Управление образования (отдел охраны детства, психологическая служба, учреждения дополнительного образования, учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей).

Координация деятельности учреждений и служб по решению медико-социальных проблем детского населения возлагается на управления по социальным вопросам и управление здравоохранения.

Тема 24. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ВОЕННОСЛУЖАЩИМИ

Экономические, политические и социальные преобразования, осуществляющиеся в настоящее время в России, не могли не затронуть такую важную государственную структуру, как Вооруженные Силы. В связи с распадом Советского Союза, созданием российских Вооруженных Сил, реформированием органов внутренних дел и государственной безопасности Российской Федерации в стране сложилась ситуация, которая не имеет аналогов в мировой прак-

тике: значительная часть российских войск оказалась за пределами страны, в других государствах, и поскольку их статус не был определен соответствующими международными договорами, то часть этих войск была в той или иной степени вовлечена в межнациональные и этнические конфликты, происходящие в этих государствах; начались интенсивные миграционные процессы между вооруженными силами государств, ранее входящих в СССР, связанные с формированием национальных армий и резким сокращением Вооруженных Сил России.

Ранее принятые законы и нормативные акты Советского Союза, регулирующие вопросы военного строительства и социального обеспечения военнослужащих, перестали соответствовать новым социально-экономическим условиям. За несколько лет реформ офицеры из категории относительно высокооплачиваемой части населения превратились в малообеспеченную социальную группу.

Результаты мониторингов социально-экономического и правового положения военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, и членов их семей, проводимых Минобороны, МВД, Федеральной службой железнодорожных войск, ФСБ, ФПС, Федеральной службой охраны, ФАПСИ, свидетельствуют о низком уровне жизни, неудовлетворительном социальном самочувствии данной социальной группы, падении престижа военной службы, значительном ослаблении идейно-нравственной составляющей боевого потенциала Вооруженных Сил.

Несмотря на то, что в течение последних 10 лет принято более 300 новых законодательных и нормативных актов, направленных на изменение социального статуса военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, и членов их семей, механизм их реализации не разработан полностью.

Социальная защита военнослужащих и членов их семей как социальный институт находится в процессе становления; в настоящее время данный социальный институт организационно не оформлен; не согласованы действия между органами исполнительной власти в области социальной защиты исследуемой

категории как на федеральном, так и на региональном уровне; практически отсутствует система управленческих отношений в рамках социального института.

Федеральным законом «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Российской Федерации по вопросам денежного довольствия военнослужащих и предоставления им отдельных льгот» от 7 мая 2002 г. отменены основные социальные льготы исследуемой социальной группы. Однако реформы ЖКХ, РАО ЕАС и других монополистов приведут к дальнейшему росту цен, и социально-экономическое положение военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, и членов их семей, по расчетам специалистов, станет еще более сложным.

В связи с этим актуальной становится задача формирования и совершенствования социального института социальной защиты военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, и членов их семей.

Федеральным законом Российской Федерации «О воинской обязанности и военной службе» определено, что военная служба является особым видом федеральной государственной службы, исполняемой гражданами в Вооруженных Силах Российской Федерации, а также в других войсках, воинских формированиях и органах Российской Федерации, созданных в соответствии с федеральным законодательством в целях обороны и безопасности, решения стоящих перед государством специфических задач, требующих высокой степени организованности и формализации управляющих звеньев.

Военнослужащие представляют собой особую категорию государственных служащих, выполняющих конституционную обязанность по защите Отечества с оружием в руках.

В связи с особым характером обязанностей, возложенных на военнослужащих, спецификой военной службы, проявляющейся и в законодательном ограничении гражданских, личных, политических социально-экономических прав и свобод военнослужащих, им предоставляются льготы, гарантии, компенсации.

Федеральным законом «О статусе военнослужащих» определен круг лиц, являющихся *военнослужащими*:

- офицеры, прапорщики и мичманы, курсанты военных образовательных учреждений профессионального образования, сержанты и старшины, солдаты и матросы, проходящие военную службу по контракту (далее — военнослужащие, проходящие военную службу по контракту);

- офицеры, призванные на военную службу в соответствии с указом Президента Российской Федерации;

- сержанты, старшины, солдаты и матросы, проходящие военную службу по призыву, курсанты военных образовательных учреждений профессионального образования до заключения с ними контракта (далее -военнослужащие, проходящие военную службу по призыву).

Граждане приобретают статус военнослужащих с началом военной службы и утрачивают его с окончанием военной службы. Однако в соответствии с российским законодательством на них распространяются соответствующие льготы, гарантии, компенсации.

К членам семей военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, относятся:

- супруга (супруг);
- несовершеннолетние дети;
- дети старше 18 лет, ставшие инвалидами до достижения ими возраста 18 лет;

- дети в возрасте до 23 лет, обучающиеся в образовательных учреждениях по очной форме обучения;

Учитывая условия и особенности прохождения военной службы и жизни членов семей военнослужащих, вопросы социального обслуживания и обеспечения военнослужащих регламентируются отдельным Законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Социальное обеспечение уволенных офицеров, прапорщиков, мичманов, военнослужащих сверхсрочной службы, женщин, проходивших по состоянию

на 4 августа 1976 г. и позднее военную службу в добровольном порядке на должностях солдат, матросов, сержантов и старшин (бывших военнослужащих женщин), солдат, матросов, сержантов, старшин и курсантов военно-учебных заведений, проходивших военную службу по контракту, лиц, занимавших в период Великой Отечественной войны в советских партизанских отрядах и соединениях командные должности, соответствующие должностям, замещаемым офицерами, и членов их семей организуются в Министерстве обороны Российской Федерации на основании Закона Российской Федерации от 12 февраля 1993 г. «О пенсионном обеспечении лиц, находивших военную службу, службу в органах внутренних дел, учреждениях и органах уголовно - исполнительной системы, и их семей», других законодательных актов и решений Правительства Российской Федерации по этим вопросам, соответствующих приказов и директив Министра обороны Российской Федерации, указаний и разъяснений Главного управления военного бюджета и финансирования Министерства обороны Российской Федерации

Настоящий Закон обобщил накопленный в СССР и других странах опыт разработки законодательств о пенсиях и явился очередным шагом на пути совершенствования в течение десятилетий системы пенсионного обеспечения военнослужащих, лиц, проходивших военную службу, службу в органах внутренних дел, и их семей.

Работа по социальному обеспечению военнослужащих и членов их семей организуется и осуществляется в целях своевременного и полного удовлетворения военнослужащих, уволенных с военной службы, и членов семей умерших, погибших или пропавших без вести (безвестно отсутствующих) военнослужащих и пенсионеров из числа военнослужащих положенными по закону пенсиями, пособиями и компенсациями, а также оказание указанным лицам всемерного содействия в предоставлении установленных для них льгот и удовлетворении неотложных нужд. Обеспечения надлежащего уровня их социальной защищенности.

В соответствии с Положением о военных комиссариатах утвержденным Указом Президента Российской Федерации от 15 октября 1999 г. № 1372 военный комиссар района (области) отвечает за организацию работы по пенсионному обеспечению и социальному обслуживанию лиц, уволенных с военной службы, и членов их семей, назначение указанным лицам предусмотренных для них законодательством Российской Федерации пенсий, пособий и компенсаций и осуществление контроля за правильностью и своевременностью их выплаты.

Работа по социальному обеспечению уволенных с военной службы военнослужащих и членов их семей в Министерстве обороны Российской Федерации осуществляется:

военными комиссариатами районов и городов (без районного деления);

военными комиссариатами республик, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, автономной области, автономных округов, в составе которых имеются отделы социального и финансового обеспечения;

финансово-экономическими управлениями военных округов.

В связи с переходом на контрактную форму комплектования Вооруженных Сил Российской Федерации существует определенный недостаток информации о медико-социальных и психологических особенностях личного состава, изъявившего желание проходить службу по контракту.

По данным ряда авторов, особое опасение вызывает рост заболеваемости среди личного состава по таким нозологиям как, психические и инфекционные заболевания. Анализ состояния психического здоровья военнослужащих Российской армии показал рост выявленных психических расстройств, что обусловлено как реальным ростом заболеваемости, так и повышением качества диагностики). Особое внимание необходимо обратить на аналогичные проблемы у лиц призывного возраста.

Распространение инфекционных нозологий, в том числе ВИЧ-инфекции, в армейской среде находится под пристальным вниманием военных медиков всего мира. По данным Зигаленко Д. Г., Болехан В. Н., Буланькова Ю. И. (2003) наиболее поражена ВИЧ-инфекцией категория военнослужащих по

призыву, которые в 2002 году составили 94% среди всех вновь выявленных случаев. Не меньшую настороженность вызывают кишечные инфекции, гепатиты, пневмококковые инфекции. Однако, сведений о крупных научных исследованиях, позволяющих сравнить положение дел по обозначенным проблемам среди контингента военнослужащих, проходящих службу по призыву и по контракту в Вооруженных Силах Российской Федерации нет.

Известно, что немаловажной составляющей успешной работы лиц экстремальных профессий, в том числе военнослужащих, является отслеживание динамики их психического здоровья и психологического благополучия.

Среди специалистов, изучающих поведение человека в экстремальных условиях, зачастую характерных для военной службы, признанными методами являются многомерный математический анализ, используемый для выявления симптомокомплексов личностных свойств, обеспечивающий эффективность деятельности специалистов экстремального профиля, обоснование интегральных критериев и решающих правил долгосрочного и оперативного прогноза надежности их профессиональной деятельности.

По данным официальной статистики и результатам эпидемиологических исследований здоровье, как молодого пополнения, так и рядового состава, проходящего военную службу по призыву, имеет тенденцию к ухудшению. Это обстоятельство обусловлено экологическими, экономическими, социальными условиями жизни современной России, немаловажное значение имеет и существенное расширение диагностических возможностей здравоохранения и более внимательное медицинское обследование контингента призывников.

Особую тревогу исследователей вызывает рост заболеваемости военнослужащих по таким нозологиям, как инфекции и психические болезни.

В этой связи необходимо совершенствовать методы исследования и проводить работы по изучению контингентов населения, поступающих на военную службу в обязательном порядке – призывники, и в добровольном порядке – контрактники. Приведен достаточно широкий арсенал методов исследования и оценки заболеваемости, психологической адаптации и реабилитации военно-

служащих. Отмечено, что в настоящее время практически отсутствуют работы по сравнительной оценке критериев медицинского и психологического благополучия среди военнослужащих, проходящих службу по призыву и по контракту.

Тема 25. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ ВО ВРЕДНЫХ УСЛОВИЯХ ТРУДА

На всех этапах развития человеческого общества, необходимо заботиться о здоровье трудящегося человека. Ещё на заре рождения промышленности, когда человек стал применять механизмы для улучшения качества труда, появилась необходимость оздоровления и лечения людей, занятых на производстве. С развитием промышленности появилось такое понятие как «вредное производство».

К примеру, вредными факторами литейного производства являются силикозоопасная пыль, интенсивные теплоизлучения, шум и вибрация, постоянные и переменные магнитные поля, ультразвук и др. В кузнечно-прессовых цехах основными неблагоприятными факторами являются высокая температура воздуха (в теплый период года до 32°), теплоизлучение, шум и вибрация. При применении в качестве топлива угля или нефтепродуктов в воздушную среду выделяются пыль, оксид углерода, сернистый газ, продукты термической деструкции топлива.

Шум также является неблагоприятным фактором труда, т.к. уровень звука в рабочих цехах может достигать 120—130 дБ(А). Наиболее интенсивный шум создают фрезерные станки. Обработка деталей на металлорежущих станках проводится под контролем зрения. Размеры обрабатываемых деталей составляют 0,2—0,3 мм при малой контрастности фона и детали.

Условия труда в термических цехах характеризуются повышенной температурой воздуха рабочей зоны (на 7—10° выше допустимой), интенсивным теплоизлучением (до 13000 кДж/м²ч), выделением в воздух рабочей зоны вредных веществ, используемых в качестве закалочной среды (оксида и диоксида угле-

род аммиака, расплавов свинца и цианистых солей др.), или продуктов их термоокислительной деструкции, возможностью воздействия и работающих электромагнитных полей при применении установок токов высокой частоты.

В цехах механической обработки металлов работа на металлорежущих станках характеризуется воздействием на организм пыли, шум, вибрации, применяемых смазочно-охлаждающих жидкостей. Запыленность воздуха колеблется в пределах 2,2-44,6 мг/м³. Наибольшее количество пыли образуется при сухом способе шлифования.

Для работы станочников характерны продолжительное нахождение в неудобной рабочей позе, сосредоточенное наблюдение, статическая и динамическая нагрузки.

В структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности у работающих во вредных условиях труда по фактору загрязненности воздуха преобладают болезни органов дыхания, костно-мышечной системы, органов пищеварения, кожи и подкожной клетчатки и системы кровообращения (в сумме более 80% всех случаев временной нетрудоспособности); у рабочих кузнечно-прессовых цехов – простудные заболевания, болезни периферической нервной системы, кожи; у работающих механических цехов – болезни органов дыхания, кожи и заболевания сердечно-сосудистой системы; у сварщиков велика опасность производственного травматизма.

Ведущими профессиональными заболеваниями у работников литейных цехов являются вибрационная болезнь, неврит слухового нерва, пневмокониозы, пылевые бронхиты, заболевания опорно-двигательного аппарата; в кузнечно-прессовых цехах – неврит слухового нерва; в механических цехах - пневмокониозы и хронические пылевые бронхиты; у сварщиков - пневмокониозы и хронические бронхиты, заболевания опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы, дерматозы, хроническая интоксикация марганцем и другими токсичными компонентами сварочного аэрозоля. У сварщиков регистрируется острое профессиональное заболевание — электроофтальмия.

В течение последнего десятилетия показатели здоровья работающего населения ухудшились: возрастает уровень заболеваний сердечно-сосудистой системы, высокая смертность, превышающая рождаемость почти в два раза, смертность трудоспособного населения, и особенно, мужчин. Утрата трудоспособности, вследствие болезней и травматизма, выливается в огромные суммы, ежегодных выплат по листкам нетрудоспособности. Ежедневно по болезни не выходят на работу миллионы человек, работающих на производстве. Экономика находится в тяжёлом положении, страна беднеет.

Одной из форм медико-социальной работы с работниками, трудящимися во вредных условиях, является работа санатория-профилактория.

Санатории-профилактории как новая форма лечебно-профилактического учреждения, были организованы ещё по предложению первого наркома здравоохранения Н.А. Семашко вскоре после октябрьской революции. Первый профилакторий был открыт в нашей стране в 1921 году, в замоскворецком районе города Москвы. В Ленинграде профилактории открывались при туберкулёзных диспансерах. В дальнейшем эта форма работы претерпела изменения, и санатории-профилактории стали организовываться при промышленных предприятиях.

Особенностью и преимуществом санаториев-профилакториев является их очень малая удалённость от промышленных предприятий, поэтому, проведение лечебного и оздоровительного обслуживания рабочих и служащих производится без отрыва от их трудовой деятельности. Санатории-профилактории находятся в ведении отраслевого, заводского профсоюзного комитета и администрации предприятия.

Постановлением ВЦСПС от 1982 года «О мерах по улучшению санаторно-курортного лечения и отдыха трудящихся и развития сети здравниц и профсоюзных санаториев», поставлен ряд задач, направленных на оздоровление трудящихся, профилактику заболеваний и продление активной жизни работающих людей. Существенное место среди них занимает пропаганда здорового образа

жизни. Особое внимание обращается на более полное использование в здравницах, физиотерапевтических факторов оздоровления.

Общее руководство всей работой санатория-профилактория осуществляется совместно, представителем Фонда социального страхования администрацией предприятия (организации, учреждения), заместителем председателя профсоюзного комитета по социальному страхованию и главным врачом.

Санаторий-профилакторий оказывает свои услуги действующим работникам объединения, пенсионерам, ушедшим на пенсию, и работника предприятий партнёров. Одним из важных аспектов деятельности санаториев-профилакториев является проведение комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на укрепление здоровья рабочих промышленных предприятий, имеющих высокие факторы риска развития профессиональных заболеваний, а также проведение специфической и общеукрепляющей терапии отдыхающих с различными проявлениями профессиональных заболеваний – от начальных признаков неблагоприятного воздействия вредных факторов производственной среды до хронических форм профессиональных заболеваний.

Наметившаяся за последнее десятилетие тенденция к росту числа профессиональных заболеваний свидетельствует о необходимости совершенствования и оптимизации мер и мероприятий охраны здоровья работающего населения.

В современных условиях именно на санатории-профилактории возлагается главная задача проведения этих мероприятий. В силу территориальной близости к производственным условиям промышленных предприятий, они могут более оперативно реагировать на необходимость осуществления лечебно-профилактических мероприятий. В отличие от санаторно-курортных учреждений санатории-профилактории могут работать в тесном контакте с промышленными предприятиями, что значительно повышает значимость профилактических мер.

Профилактика профессиональных заболеваний включает широкий спектр санитарно-гигиенических мероприятий для оздоровления условий труда.

Одна из ведущих ролей в системе профилактики профессиональных заболеваний принадлежит медицинским осмотрам – предварительным при поступлении на работу и периодическим при работе во вредных и неблагоприятных условиях труда. Последние рассматриваются как форма диспансеризации промышленных рабочих.

Медицинский осмотр (отбор) лиц, направляемых на оздоровление в санатории-профилактории, проводится цеховыми терапевтами, врачами-профпатологами и другими специалистами, входящими в комиссию. Комиссией должен быть определен целый ряд показателей, на основании которых выделяются «Группы риска» рабочих или больных профессиональными заболеваниями.

Своевременное проведение оздоровления, у этих групп установленного контингента, может способствовать замедлению, угасанию проявлений патологического процесса и предупреждению его прогрессирования.

При определении критериев отбора необходимо учитывать подробные санитарно-гигиенические данные об условиях труда, качественную и количественную характеристику профессиональных вредностей, тяжесть и напряженность труда. При формировании контингентов, направляемых на санаторно-курортное обслуживание, следует также принимать во внимание уровень и структуру заболеваемости на предприятии не только профессиональной, но и общей, с временной утратой трудоспособности.

Комплекс лечебно-профилактических мероприятий должен строиться дифференцированно в зависимости от характера действующего производственного фактора, условий труда, при обязательном индивидуальном подходе в каждом конкретном случае. Необходимо, оценивать сопутствующие заболевания и осложнения, психолого-социального характера, которые могут существенно влиять на построение оздоровительно-лечебного комплекса, его продолжительность и периодичность.

Проводимые лечебно-профилактические мероприятия должны включать физиотерапевтические методы лечения, методы первичной и вторичной профилактики, лечебную и общеукрепляющую гимнастику, сбалансированное рацио-

нальное питание, в случае необходимости в сочетании с медикаментозной терапией.

Желающие попасть в санаторий-профилакторий получают направление в медико-санитарной части при заводе, у своего цехового врача. На основании этого направления, желающие пишут заявления в свою цеховую профсоюзную организацию, с просьбой выделить путёвку в санаторий-профилакторий. Все заявки из цехов и отделов, концентрируются в профсоюзном комитете объединения, где заместитель председателя комитета по социальному страхованию, ведёт их учёт и очередность. Путёвки предоставляются работникам объединения за 15 % их полной стоимости, и если это необходимо – в кредит. Отдельные работники (матери-одиночки, имеющие не совершеннолетних детей, ветераны В.О.В., блокадники, часть работников вредных производств) получают путёвки бесплатно. Представители сторонних организаций оплачивают полную стоимость. 10% от всего количества выделенных путёвок получает совет ветеранов, организованный при объединении из не работающих пенсионеров.

В условиях санатория-профилактория, медико-социальная помощь заключается в решении медицинских (назначение медикаментозного лечения, выдача медикаментов, отпуск процедур), социально-бытовых (предоставление для проживания благоустроенных комнат, предметов гигиены), психологических (группы тренинга, посещение сауны, занятие в группе ЛФК), отличного разнообразного калорийного питания.

В санатории-профилактории создана почти домашняя обстановка и хорошие условия для улучшения как физического здоровья отдыхающих так и их психологического состояния. Каждому, поступившему в санаторий-профилакторий, необходимо создать благоприятную обстановку для отдыха, сна и встреч с коллегами по работе. Особенно это необходимо тем, кто живёт в общежитиях, принадлежащих нашему предприятию, тем кто сочетает работу с учёбой, тем у кого сложилась тяжёлая обстановка дома – им всем нужна атмосфера разрядки и покоя.

Основным местом пребывания является жилая комната, где наши отдыхающие не только спят, но и проводят свободное время. Комнаты оборудованы мягкой мебелью, есть телевизоры, шкаф для личных вещей, настольные лампы, цветы. Комнаты имеют индивидуальную душевую кабину, туалет. Создание чистоты и уюта, благоприятных санитарно-гигиенических условий в комнатах, кабинетах, столовой и других помещениях, помогает отдыхающим снять накопившееся напряжение, отдохнуть.

Психотерапевтические средства в системе оздоровительных мероприятий санатория-профилактория представлены аутогенной тренировкой. Первый вопрос, возникающий при встрече психотерапевта с больным, касается согласия последнего на проведение психотерапии, в особенности, когда речь идёт о его участии в занятиях психотерапевтической группы. Лечение методами психотерапии не назначаются – о нём договариваются. Человек редко признаёт определяющую роль психологических факторов в развитии его заболеваний, это относится к значительной части отдыхающих. Они не склонны делиться с психотерапевтом, а тем более с группой, своими переживаниями, считая это не нужным, и уверяют, что в их жизни всё благополучно.

Ведущей при этом является установка (защитная) на фармакологические препараты. Больной, относительно редко готов признать психогенную природу своего заболевания; он принимает это скорее косвенно, самым фактом согласия пройти курс психотерапии. Надо привлекать больного к активному участию в лечебном процессе, к лучшему пониманию причинных связей между болезнью и жизненными ситуациями, осознание собственной роли в развитии болезни. Требования к отдыхающему активно участвовать в лечении, выработка у него прочной мотивации к партнёрству в лечебном процессе имеют большое значение.

В санатории-профилактории применяются также некоторые виды NLP, Эриксоновской терапии, гипноза, и т.д. Необходимость осознания психологических механизмов болезни в процессе лечения является одним из важнейших требований лично ориентированной психотерапии.

Различные воздействия на организм через психическую сферу с учетом терапии, профилактики, гигиены носят информативный характер; сигналы, несущие информацию, продуцируются психикой непосредственно или опосредованно. Этим отличаются данные воздействия от других средств, например фармакологических. С помощью психологических воздействий удастся снизить уровень нервно-психической напряженности, снять состояние психической угнетенности, быстрее восстановить затраченную нервную энергию и тем самым оказать существенное влияние на ускорение процессов восстановления в других органах и системах организма.

Медикаментозные средства включают в себя такие средства из вспомогательных мероприятий оздоровления, как фито- и витаминотерапия. Эти средства представляют собой, например, инъекции витаминов или таблетированные витаминные препараты. Фитотерапия это отвары из различных сбор трав таких как: витаминный сбор (шиповник и рябина), успокоительный сбор (валериана, пустырник, душица, чабрец), желудочный сбор (крапива, рябина, календула, мята), гипертонический сбор и другие. Эти отвары готовят сотрудники санатория-профилактория в инфундирном аппарате, по специальной технологии.

Для ингаляций используются грудные сборы с алтейным корнем, эвкалиптом, солодкой. Недавно в профилактории освоена и введена в практику новая методика ингаляций – соляная. Она применяется для оздоровления отдыхающих имеющих в анамнезе профессиональные и хронические заболевания дыхательных путей. Эта процедура длится 20-30 минут, и имитирует пребывание человека в соляной пещере.

Физиотерапевтические мероприятия по оздоровлению трудящихся объединения представлены достаточно хорошо. Это электролечение, включающее в себя гальванизацию (постоянный ток низкого напряжения), лекарственный электрофорез (введение в организм лекарственного вещества с помощью постоянного электрического ток), динамические токи (импульс низкой частоты и низкого напряжения), СМТ (синусоидальные модулированные токи), индуктотерапия (электромагнитное поле высокой частоты и высокого напряжения),

УВЧ (электрическое поле, ультра высокой частоты), ультра звук (колебание тока высокой частоты).

Светолечение представлено ультрафиолетовыми и инфракрасными излучателями, которые применяются для общего УФО (для активизации защитных сил организма, профилактики простудных заболеваний), местного УФО (облучение полями в эритемных дозах).

Так же к физиотерапевтическим мероприятиям относится оздоровительно-лечебный массаж. Массаж является эффективным методом комплексной профилактики многих заболеваний, повышение физической и умственной работоспособности. Массаж оказывает положительное многообразное воздействие на центральную нервную систему, сердечно-сосудистую, дыхательную, пищеварительную системы, опорно-двигательный аппарат, эндокринную систему, психологическое состояние, обмен веществ и т.д. В системе реабилитации массаж предназначен для восстановления психологического комфорта, для улучшения и восстановления утраченных функций работоспособности. Массаж может стать составной частью здорового образа жизни каждого. Поэтому в санатории-профилактории необходимо и проводится обучение приёмам самомассажа с тем, чтобы продолжать эту эффективную процедуру и в домашних условиях. Массаж бывает аппаратным – делается специальными аппаратами; мануальным – делается руками; непосредственно или через колебания упругих сред (вода, воздух). Массаж делающийся на всю поверхность тела – общий массаж, локальный (местный) – на отдельную часть тела. Сегментарно-рефлекторный массаж подразумевает массаж определённых зон согласно сегментарному строению тела для воздействия на внутренние органы, иннервируемые сегментами спинного мозга. Точечный массаж – массаж акупунктурных точек, вид рефлексотерапии. Методика точечного массажа заключается в ритмическом массировании определённых точек.

Ещё одним мероприятием физиотерапии является водолечение. Гидротерапия отличается большим воздействием на психическое и физическое состояние отдыхающих, имеет очень широкий круг показаний к применению. Гидро-

лечение получают практически все отдыхающие, работающие во вредных условиях труда. Гидромассаж – это комбинированное использование физических факторов воздействия на организм. К гидромассажу относятся, подводный душ-массаж, вихревой подводный массаж, водоструйный душ-массаж. Гидротерапия проводится с целью восстановления и нормализации функционального состояния опорно-двигательной системы, устранение застойных явлений, улучшение работоспособности всего организма в целом. К гидротерапии относятся такие мероприятия как ванны.

Одним из доступных мероприятий общеукрепляющего характера, является ЛФК (лечебно физическая культура). Она является одновременно медицинским и вспомогательным средством. ЛФК — это применение различных средств физической культуры для лечения и профилактики некоторых заболеваний. Она способствует восстановлению здоровья и работоспособности. ЛФК стимулирует восстановление нарушенных функций органов движения, кровообращения, пищеварения, оказывает нормализующее действие на состояние центральной нервной системы. Она способствует совершенствованию адаптационных систем организма и предупреждает явления гиподинамии.

Основным средством ЛФК являются специально подобранные дозированные физические упражнения. Существуют индивидуальный и групповой методы проведения ЛФК. В санаториях-профилакториях в основном применяют групповой метод. Отдельным больным дают задания для самостоятельных занятий некоторыми видами ЛФК. Самостоятельные занятия предусматривают многократное повторение больными в течение дня специальных упражнений, которые они предварительно осваивают под руководством методиста. Основными формами ЛФК, применяемыми в санаториях-профилакториях, являются:

- лечебная гимнастика, которая является основной формой ЛФК, дает возможность оказывать дозированное воздействие на различные системы организма и проводится групповым (12-18 человек), малогрупповым (4-8 человек) и индивидуальными методами;

- дозированная ходьба, которая является хорошей формой активного отдыха; во время ходьбы улучшается функция внешнего дыхания, активизируется обмен веществ, улучшается лимфо- и кровотоки в больших мышечных группах, улучшается коронарное кровообращение;

- медленный бег – эффективное средство предупреждения развития атеросклероза, онкологических заболеваний, увеличения работоспособного возраста и продолжительности жизни;

- бег на месте – дозированный бег на месте можно широко использовать для улучшения состояния сердечно-сосудистой системы, при явлениях гиподинамии, для активизации обмена веществ, для профилактики ишемической болезни сердца;

- занятия с тренажерами – во многих санаториях-профилакториях в системе ЛФК уже используются различные тренажерные устройства или тренажеры. Включение этих аппаратов повышает интерес пациентов к лечебным физическим тренировкам и дает возможность строго дозировать индивидуальные нагрузки; занятия с тренажерами активизируют обмен веществ, повышают энергозатраты, повышают работоспособность сердечно-сосудистой и дыхательной систем, укрепляют и развивают скелетную мускулатуру.

Современное здравоохранение ориентируется на дальнейшее развитие профилактики заболеваний и травм, что более выгодно, чем их терапия и реабилитация. Сауна занимает определенное место в профилактической медицине. В последнее время ее все чаще используют для улучшения физического и психического здоровья. Очень важно, чтобы привычка посещать сауну возникла еще в детском возрасте и стала составной частью правильного образа жизни.

Лечебное питание в санатории-профилактории имеет свои особенности. Прежде всего, оно предназначено для больного, который продолжает работать, и может подвергаться некоторым производственным вредностям. Поэтому при составлении меню необходимо учитывать энергетические потребности людей различных профессиональных групп, действие возможных вредных производственных факторов. По выражению основоположника диетического пита-

ния М. И. Певзнера, без правильно поставленного питания не может быть эффективным лечения.

Лечебное питание должно повышать устойчивость организма к неблагоприятным производственным факторам. Например, группы рабочих, подверженных воздействию высоких температур (металлургическое производство, работа у различного вида печей и оборудования с большой теплоотдачей), в связи с большим потоотделением должны получать рацион с повышенным содержанием витаминов и минеральных солей.

Для компенсации теряемых с потом микроэлементов и витаминов в меню необходимо дополнительно включать различные овощные и фруктовые соки, витаминизированные напитки, зеленый чай и др. В рацион рабочих, подвергающихся воздействию свинца, ртути, марганца, следует включать продукты, содержащие пектиновые вещества. Пектиновые вещества являются естественными полимерами, содержатся в овощах, фруктах и ягодах. Эти вещества связывают в кишечнике и кровеносном русле свинец, ртуть, марганец, выводят их из организма. Важные источники пектина — морковь, капуста, редис, свекла, яблоки, груши, соки. Особо детоксицирующими свойствами по отношению к ртути отличаются капуста и морковь.

Для лиц, подвергаемых воздействию производственного шума и вибрации, необходимо составлять меню с учетом повышенной потребности в витаминах группы В.

В тех производствах, где может проявляться гепатотропное действие химических веществ, следует включать в меню больше продуктов, содержащих такие липотропные соединения, как холин и метионин, ограничивать содержание жиров.

Здоровый, не болеющий инициативный работник должен поощряться материально и морально. При назначении пособий по социальному страхованию, распределении различных путевок необходимо учитывать не только состояние больного организма, но также и активность конкретного человека в поддержании собственного здоровья. Предотвратил ли он воздействие на себя табака, ал-

коголя, гиподинамии, использовал ли он в своей жизни различные оздоравливающие факторы, физическую культуру, закаливание, различные гигиенические мероприятия, производственную санитарию и др.

Это касается широкого круга заболеваний — инфекционных, сердечно-сосудистых, профессиональных, заболеваний желудочно-кишечного тракта и др. Здоровый труженик не должен оплачивать своим трудом социальное страхование, экономические убытки, связанные с болезнями курящих, употребляющих алкоголь, людей, не имеющих гигиенической культуры. В санатории-профилактории пропаганда здорового образа жизни ведётся тремя способами.

1. Устный. Популярные лекции на темы, интересующие отдыхающих, агитационно-информационные выступления, групповое и индивидуальное консультирование. Выработка правильного понимания вредных привычек и их последствий, новое отношение к своему здоровью, положительное влияние адекватных методов выздоровления.

2. Печатный. Плакаты в современном стиле, памятки, методические рекомендации. Научно-популярная литература. Здесь доходчиво излагаются вопросы, касающиеся оздоровительных и профилактических мероприятий.

3. Наглядный. Графики, схемы, фотографии, таблицы, стенды. Этот метод даёт возможность формировать у отдыхающих адекватное восприятие излагаемого материала, своего состояния, перспективу своего положения. Пропаганда здорового образа жизни даёт возможность отдыхающим научиться вести разумный образ жизни, выработать определённый динамический стереотип двигательной активности, рационально сочетать нагрузки и отдых.

Тема 26. ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ И УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ

Одной из основных целей реформирования здравоохранения и социальной защиты является развитие сотрудничества и взаимодействия между здраво-

охранением и социальной защитой. Существует 3 различных варианта сотрудничества, различающиеся по степени и объему совместной работы.

- *координирование совместной работы* - это наиболее свободная форма сотрудничества;
- *сотрудничество* - когда действия различных ведомств дополняют друг друга;
- *интеграция* - слияние двух организаций.

Модели совместной работы могут рассматриваться отдельно в отношении структур управления, планирования работы, финансирования, организации профессиональной работы, даже места размещения служб; в отношении различных направлений деятельности, например - уход за престарелыми, инвалидами, работа с детьми и семьями.

Существует множество путей, определяющих взаимодействие между медицинским обслуживанием и социальным уходом. Всестороннее медицинское обслуживание, учитывающее также и социальные факторы, как например: жилищные условия, финансовое положение, ситуация на работе и в семье, стиль жизни пациента, а также возможности для организации самостоятельного ухода способно предотвратить и сократить стационарный уход. Оценка социального положения, в котором находится пациент является неотъемлемой частью ухода в случаях, когда пациент живет дома (т. е. уход на уровне первичного здравоохранения). Когда пациент находится на лечении в больнице, подготовка к его выписке и организация последующего ухода за ним на дому требует информации о тех социальных условиях, в которых будет жить данный пациент. Для того, чтобы организовать соответствующий уход на уровне первичного здравоохранения может потребоваться проведение работы с семьей пациента и другими, близкими ему людьми.

А. Развитие сотрудничества на уровне управления. Этот подход подразумевает, что политические и/или руководящие структуры принимают решения, а предоставление услуг здравоохранения и социальной защиты интегрировано в рамках одной многопрофильной организации. Стимулы для такого решения во-

проса разнородны: начиная от философских/теоретических до экономических; мотивация основывается на всестороннем удовлетворении потребностей клиента \ пациента и получении более высоких результатов.

Весьма характерно, что в рамках интегрированного управления секторы здравоохранения и социальной защиты функционируют достаточно независимо.

Б. Подход по принципу участкового \ территориального обслуживания. Этот подход основывается на сотрудничестве, построенном на предоставлении услуг здравоохранения и социальной защиты на определенной географической территории. Общей обязанностью медицинских и социальных работников является предоставление разносторонних, точно скоординированных услуг в целях удовлетворения потребностей населения. При использовании такого подхода легко выявить дублирование или пробелы в предоставлении услуг, если планирование предоставления услуг проходит совместно. Этот подход не требует интеграции органов управления здравоохранением и социальной защитой.

Подход, основанный на обслуживании определенной части населения, часто связан с внедрением или развитием системы первичного здравоохранения и нестационарных социальных услуг. Это делается для обеспечения возможностей для проведения профилактической работы и пропаганды и развития здорового образа жизни.

В. Адресная помощь. Адресная помощь означает, что совместная работа начинается с обслуживания определенных, адресных, групп населения. Специалисты здравоохранения и социальной защиты вырабатывают координированный путь работы, чтобы вклад одного ведомства дополнял вклад другого ведомства, дублирование минимально. Могут быть созданы комплексные бригады, включающие медицинских и социальных работников, а также и других специалистов.

Подход, базирующийся на оказании адресной помощи очень часто применяется при работе с престарелыми людьми. Он может быть применен и в работе с инвалидами и людьми, страдающими задержкой психического развития, алко-

гольной зависимостью. Некоторые области работы с детьми и семьями могут стать объектами совместной деятельности специалистов из разных ведомств - здравоохранения и социальной защиты.

Г. Медико-социальная работа. Важным элементом в улучшении сотрудничества между двумя сферами является развитие медико-социальной работы. Медико-социальная работа обладает огромным многообразием, и предоставление широкого спектра различных услуг подразумевает проведение медико-социальной работы. Цель данной главы документа заключается в прояснении видения функций медико-социальной работы и разнообразных направлений по ее развитию.

Медико-социальная работа требуется и проводится в различных учреждениях и подразделениях:

- *в медицинском обслуживании:* стационарный и амбулаторно-поликлинический уровни;
- *в социальном обслуживании;*
- *в комбинированных медико-социальных подразделениях;*
- *в рамках действий по пропаганде здорового образа жизни и профилактике заболеваний в различных организациях.*

Медицинское обслуживание. Вопрос о том, какая медико-социальная работа требуется зависит от характера заболевания и социальных условий, в которых проживает пациент. Вообще, при изучении этимологии заболевания, оценке влияния социальных факторов на физическое (и психическое) состояние пациента, а также при подготовке пациента к выписке и планировании реабилитационного ухода за ним на дому необходимо принимать во внимание социальные факторы. В некоторых случаях, социальные и психологические факторы оказывают влияние и на курс лечения.

В рамках медицинского обслуживания (больницы и первичное здравоохранение) оценка социальной ситуации и взаимодействие с социальным уходом осуществляется либо медико-социальным работником (во многих странах

идет подготовка работников по данной специальности), либо эти функции осуществляются медицинскими работниками.

Существуют определенные направления здравоохранения, где социальные факторы играют исключительно важную роль. Многие инфекционные заболевания связаны с социальными условиями и стилем жизни людей (например, туберкулез, венерические заболевания, ВИЧ). При лечении данных заболеваний работа с членами семьи, изучение и улучшение социальных условий зачастую являются важным элементом при проведении работы по контролю за распространением данных заболеваний. Другие заболевания и утрата трудоспособности также могут привести к необходимости изменения стиля жизни в зависимости от того, какие функциональные ограничения вызвало данное заболевание или инвалидность. При уходе за больными детьми и детьми-инвалидами необходимо установление тесного сотрудничества с семьей, поскольку в данном процессе семье отводится центральное место. Тесное сотрудничество с семьей необходимо для того, чтобы информировать членов семьи о характере заболевания или инвалидности ребенка, а также для того, чтобы обеспечить должный уход за ребенком на дому. В этом отношении огромную важность приобретают случаи жестокого обращения с детьми. В некоторых случаях уход на дому возможен если только члены семьи и социальная обстановка в семье поддерживают проведение необходимых мероприятий (например, сахарный диабет). В области психических заболеваний социальные факторы также играют важную роль. Психические заболевания оказывают влияние на семью, и поэтому требуют организации поддержки не только для пациентов, но и для остальных членов семьи. Если психически больной человек получает нестационарный уход, ему в его жизни необходимы различные формы медико-социальной поддержки, уход социальных работников на дому, помощь общественных или добровольных организаций, медицинский уход на дому (например, для приема лекарств или проведения инъекций).

Социальное обслуживание. Медико-социальная работа необходима также и при предоставлении социальных услуг. Например, при организации ухода за

престарелыми необходимы как социальный уход, так и лечение, и сестринский уход. Сотрудничество между надомными социальными работниками и мед. сестрами, осуществляющими уход на дому может быть реализовано различными способами. Иногда они образуют комплексную бригаду и координируют свои действия в отношении общего пациента. Такие бригады могут образовываться от различных организаций и учреждений, либо это может быть единое учреждение. В некоторых странах, например в Финляндии, функциональные обязанности одного работника предусматривают предоставления как социальных, так и медицинских услуг. Для медико-социальных работников базового уровня была разработана образовательная программа.

В некоторых случаях медико-социальная работа требуется при уходе за инвалидами. Реабилитация инвалида может потребовать координации медицинских реабилитационных мер с социальной поддержкой. Медико-социальная работа в области реабилитации часто осуществляется комплексными бригадами медико-социального обслуживания, в которые входят врачи, физиотерапевты (в случае необходимости и другие специалисты), социальные работники, психологи и др. В некоторых странах есть специальные консультанты по реабилитации, которые предоставляют консультации человеку с ограниченными функциональными возможностями и оказывают ему помощь в ходе длительного реабилитационного процесса.

Социальная помощь семьям и детям требует порой оценки состояния здоровья ребенка и остальных членов семьи. Социальная работа с подростками, особенно если это касается злоупотребления алкоголем и наркотиками требует получения консультаций медицинских работников и проведения совместного вмешательства социальных и медицинских работников.

Развитие и распространение здорового образа жизни и профилактика заболеваний. В данном направлении работы социальные факторы играют решающую роль. Стил жизни поведения, соблюдение гигиены, психологические стрессы, самоуверенность, семейные и социальные отношения, наличие работы могут оказать влияние на уровень здоровья человека. Таким образом, необхо-

дим такой подход, при котором бы в программы по пропаганде здорового образа жизни и профилактике заболеваний были включены социальные и психологические факторы. Эта работа в основном, проводится на уровне первичного здравоохранения, но в которой принимают участие также социальные работники и общественные организации.

Возрастание социальной и политической значимости здравоохранения, достижения медико-биологической науки в последнее десятилетие стимулировали развитие международного сотрудничества в области медицины. Совместная деятельность направлена на обмен информацией о здоровье населения и состоянии здравоохранения. Проводятся консультации и обмен специалистами для оказания медицинской помощи. Ученые и медики разных стран проводят совместные конференции, съезды, научные исследования.

Вопросы здоровья населения мира являются одной из глобальных проблем современности и разрабатываются Всемирной организацией здравоохранения. Она создана в соответствии с решением Международной конференции по здравоохранению, состоявшейся в 1946 г. в Нью-Йорке. Устав ВОЗ ратифицирован 07.04.48 г., и с тех пор этот день ежегодно отмечается как Всемирный день здоровья.

Главной уставной целью ВОЗ является «достижение всеми народами наивысшего возможного уровня здоровья». Основные задачи ВОЗ сформулированы следующим образом: координация международной деятельности в области здравоохранения; предоставление государствам соответствующей информации; оказание помощи в вопросах здравоохранения; поощрение и развитие работы по борьбе с эпидемическими, эндемическими и другими болезнями, а также по охране психического здоровья; проведение совместных исследований в области здравоохранения; содействие в подготовке медицинских кадров и др.

По уставу высшим органом ВОЗ является Всемирная ассамблея здравоохранения, ежегодные сессии которой проводятся, как правило, в Женеве. Между сессиями ассамблеи высшим органом ВОЗ является Исполнительный комитет, состоящий из представителей 30 государств — членов ВОЗ, избирае-

мых на 3 года. Уставом ВОЗ предусмотрено создание 6 региональных бюро (африканского и стран Америки, Юго-Восточной Азии, Европы, Восточного Средиземноморья, Тихого океана). К функциям регионального бюро относятся: развитие национальных служб здравоохранения, изучение состояния здоровья, подготовки кадров. Региональное бюро имеет отделы (службы здравоохранения с секцией стипендий и информации и административно-финансовый отдел). Для выполнения программ ВОЗ создает международные бригады, которые руководят работой местных национальных служб здравоохранения.

Главной целью правительств разных стран на будущее десятилетие должно быть достижение всеми гражданами мира к 2000 г. такого уровня здоровья, который позволит им вести полноценный образ жизни. Составлена новая стратегия ВОЗ — «Здоровье для всех», ее основа — концепция развития медико-социальной помощи населению.

Тема 27. ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Организация и структура первичной медико-санитарной помощи различны в различных местах. Часто в её оказании участвуют как специалисты, так и неспециалисты. В Таиланде, например, священники и пограничная полиция входят в состав службы по оказанию первичной медико-санитарной помощи. Развитие системы медико-социальной реабилитации находится в тесной взаимосвязи от состояния экономики страны. Основные мероприятия при медико-социальной реабилитации пожилых направлены на максимально возможное сохранение жизнедеятельности пожилого человека в условиях семьи. Формы: специализированные центры со стационарными отделениями, специализированные отделения по уходу, реабилитационные учреждения. Важнейший принцип – профилактическая направленность.

В Болгарии с 1961 года реализуются задачи: повышение эффективности реабилитации на базе широкого использования достижений научно-технического прогресса, подготовка и усовершенствование кадров по медико-социальной реабилитации, активное использование в процессе реабилитации естественных физических факторов, совершенствование медико-социальной реабилитации на всех уровнях: национальном, региональном и сельском.

Конституция Польши заложила прочные основы польской концепции медико-социальной реабилитации больных, инвалидов и пожилых. Принципы: всеобщность (охват всех медицинских дисциплин и нуждающихся); комплексность (решение всех аспектов проблемы); раннее применение (начало реабилитации вместе с классическими методами лечения); непрерывность (цикл связанных между собой медицинских и социальных мероприятий).

В Финляндии, согласно закону о социальном обеспечении, в случае инвалидизации или потери трудоспособности осуществляется социальная помощь на дому. Большое внимание в стране уделяется организации и поощрению взаимодействия между различными возрастными группами населения, органами здравоохранения и соцобеспечения при проведении помощи больным, преста-

релым и инвалидам, компенсируются затраты на приобретение протезов приспособлений и так далее.

В Германии – специальный раздел – реабилитация гериатрических больных путём развития дневных стационаров. Потребность – 2 койки на тысячу лиц старше 65 лет – это эффективно и более дёшево.

Мероприятия: активизирующие уход – интенсивный, проводимый специально подготовленным персоналом; лечебная гимнастика – восстановление подвижности суставов.

Эрготерапия – функциональная тренировка направленная на восстановление самостоятельности в быту.

Физиотерапевтические процедуры – бальнеотерапия, теплолечение в электротерапии, массаж, психотерапия, музыкотерапия, социальная помощь. В итоге реабилитируются до 73% больных.

Управление реабилитационного обследования США подчёркивает, что на каждую 1000\$ затрачиваемых на реабилитацию инвалида, могут вернуться 35000\$ в процессе труда реабилитируемого индивидуума. Медико-социальная реабилитация направлена на реабилитационную технологию – усовершенствование устройств и приспособлений и обеспечение их лучшего использования. В реабилитационной технологии выделяют следующие направления: регулируемые системы для посадки и расположения больного, системы коммуникации; сенсорного устройства, индивидуальные средства передвижения, функциональная электростимуляция.

Первостепенными задачами медико-социальной помощи в Японии являются: мероприятия по информированию общества о проблемах реабилитации инвалидов; медицинские мероприятия; трудоустройство и профилактическая реабилитация; социальное страхование и обеспечение; обеспечение средствами передвижения и транспортировки; снабжение информацией; спортивные, развлекательные и культурные мероприятия; сотрудничество с международными органами.

В Швеции имеются три этапа организации гериатрической помощи:

1) жизнь в обычном доме для супружеских одиноких пар; 2) на этой же территории интернат для людей, чьи возможности ниже, а зависимость больше, 3) гериатрическая клиника для людей с ещё большей зависимостью.

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

Так как помощь престарелым требует распознавания даже трудноуловимых изменений в состоянии старого человека на фоне уже существовавших хронических явлений, важное значение приобретает систематическое ведение истории болезни. Одна из наиболее эффективных форм профилактики заболеваний у пожилых заключается в раннем выявлении болезни и нарушений; для этого необходимы точные данные об основных показателях функционирования организма. Простые карты, в графах которых можно записывать даты и показатели основных переменных величин (кровяного давления, двигательных функций, зрения, слуха, повседневной деятельности, познавательной способности), могут в итоге дать полезную комплексную информацию и позволят немедленно выявить любое изменение в функциональном статусе человека.

При оказании помощи пожилым следует постоянно оценивать те изменения, которые происходят в состоянии подопечных, чтобы точно установить, когда действительно необходимо вмешательство. Оно может осуществляться в двух формах: терапевтическое вмешательство, направленное на патологический процесс с целью изменения его естественного течения, или же протезирование, направленное не то, чтобы справиться с последствиями патологических изменений и уменьшить вызванные ими функциональные нарушения. И поскольку у больного гериатрического профиля новые проблемы появляются уже на фоне других многочисленных проблем и курсов лечения, то каждое новое отклонение от нормы создаёт новый набор трудностей. Появление новых осложнений может быть замаскировано проявлениями уже существующих. План лечения нового заболевания должен учитывать возможность взаимодей-

ствия назначаемых лекарственных средств с лекарственными препаратами, которые пациент уже принимает. Новое заболевание может послужить толчком к изменению очень хрупкого функционального равновесия у пожилых и привести к нарушению функции в такой степени, когда для коррекции этих нарушений потребуются мобилизовать систему внешней помощи на временной или постоянной основе. Каждое такое вмешательство следует планировать таким образом, чтобы не увеличить зависимость больного от окружающих. Необходимо постоянно предпринимать усилия, чтобы поддержать в сознании пожилых перспективу реабилитации, в этих целях пациентов побуждают использовать для выздоровления резервы собственного организма, а не становиться пассивными участниками процесса.

Актуальность усиления общественной опеки над старыми одинокими людьми определяется тем, что по мере старения увеличивается частота заболеваемости и комплексность патологии, общая физическая немощность, переходящая в старческую дряхлость.

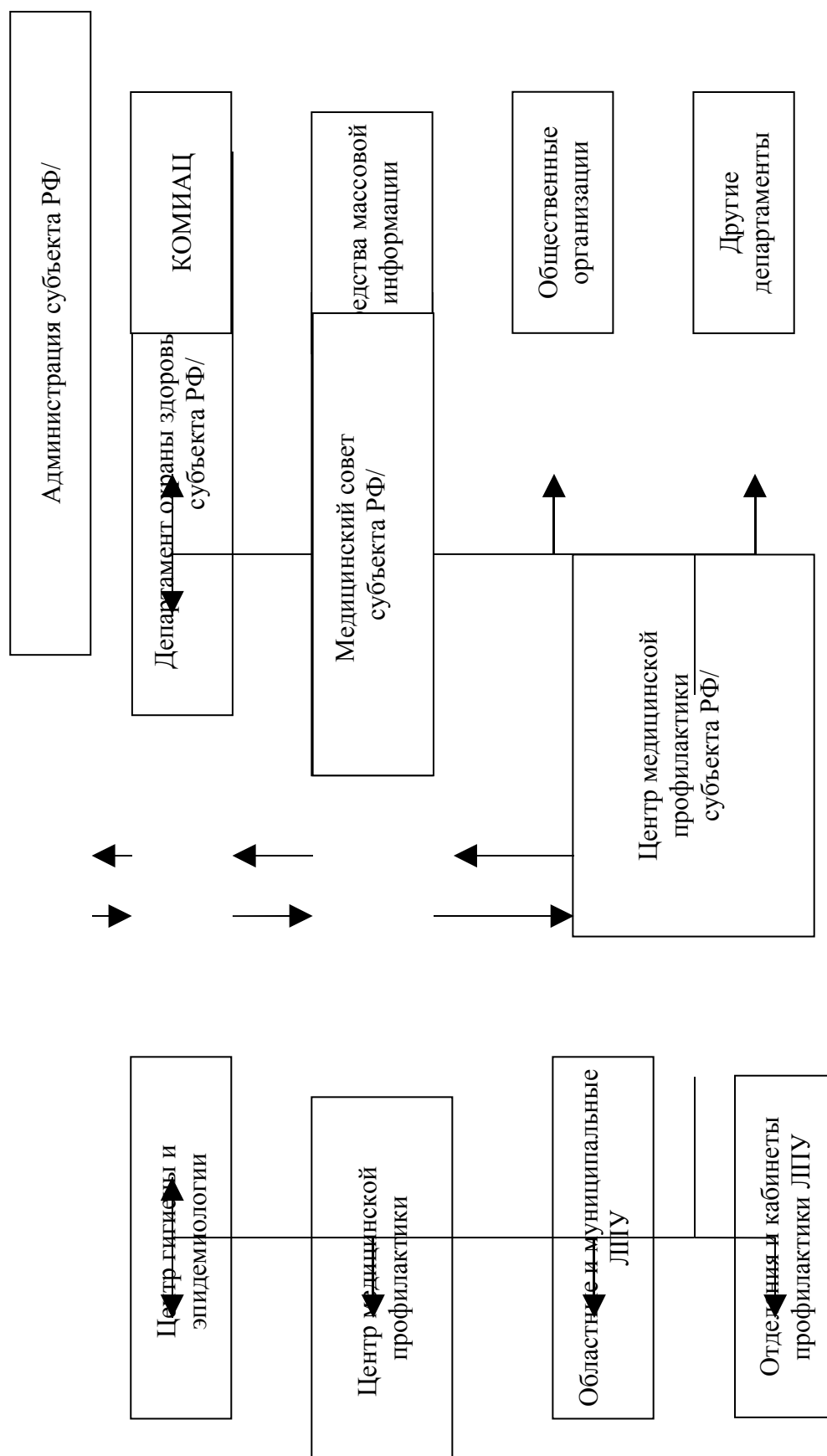


Рисунок 2. Межсекторальное взаимодействие в рамках социально-медицинской работы

Тема 28. РОЛЬ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Здоровье населения является важной составляющей социального, культурного и экономического развития страны. В настоящее время растет понимание роли здоровья населения как стратегического потенциала, фактора национальной безопасности, стабильности и благополучия общества.

Развернувшийся в стране социально-экономический кризис оказал негативное воздействие на состояние здоровья населения и его численность. Этот процесс усугубился такими факторами, как старение населения, рост уровня заболеваемости хроническими болезнями и инвалидности, появлением новых дорогостоящих методов лечения и организационных медицинских технологий..

Проводимые в конце 1980-х гг. реформы в России коснулись всех без исключения социальных институтов. Такие явления как преобразование СССР в СНГ, смена идеологических доктрин и политического курса, переход к рыночной экономике, снижение уровня и качества жизни значительной части населения страны оказали существенное влияние на систему охраны здоровья населения.

Коренные преобразования в сфере медицины выразились в децентрализации, введении рыночных механизмов управления, обязательного и добровольного медицинского страхования, в появлении новых организационных технологий и др. Поиск путей преодоления кризиса является первостепенной государственной задачей.

В данной ситуации особенно важно учитывать, что только взаимодействие всех социальных институтов, ориентированных на предотвращение неблагоприятных воздействий на человека, реализация профилактических программ, наряду с улучшением диагностики, лечения, использованием современных медицинских технологий способны решать стратегические задачи по выведению из кризиса системы общественного здравоохранения.

В сентябре 2005 года, президент России В.В. Путин обозначил приоритетные направления развития государственной политики, направленные на повышение качества жизни населения, что явилось началом реализации в нашей стране Национального проекта «Здоровье». Национальный проект «Здоровье» нацелен на повышение благосостояния населения, повышение качества и доступности медицинской помощи, содействие улучшению положения семей с детьми, попавшими в трудную жизненную ситуацию, повышение эффективности системы социальной защиты и социального обслуживания в первую очередь пожилых граждан и инвалидов и т. д. Данный проект направлен на дальнейшее усиление социальных возможностей здравоохранения.

Министр здравоохранения и социального развития РФ М.Ю. Зурабов считает, что: «Главной целью социальной политики Российской Федерации является последовательное повышение уровня и качества жизни, обеспечение всеобщей доступности основных социальных услуг, прежде всего качественной медицинской помощи и социального обслуживания, обеспечение занятости населения».

Появление социально-уязвимых слоев населения, которые стали остро нуждаться в социальной защите, привело к необходимости создания социальных служб и новой профессии – социальной работа.

Наличие тяжелой патологии усугубляет проблемы социального характера. Анализ различных аспектов социальной работы свидетельствует о необходимости подготовки специалистов в области медико-социальной помощи.

Такой подход обеспечивает создание нового института «медико-социальная работа», для организации которого необходимы: научное обоснование, нормативно-правовая база, система подготовки специалистов с использованием перспективных методологических подходов и технологий.

Социально-экономические преобразования российского общества стали причиной увеличения количества социально-уязвимых слоев населения, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также заболеваемости и смертности от социально значимых и социально обусловленных болезней. Трудная жизнен-

ная ситуация подразумевает такое состояние, когда человек не может преодолеть самостоятельно невзгоды, происходящие в его жизни. Для оказания помощи указанному контингенту лиц появляется новый социальный институт «медико-социальная работа», который находится в России в стадии становления. Одним из направлений развития нового социального института является организация подготовки кадров. Подготовка специалистов по социальной работе, социальных работников и волонтеров значительно улучшит медико-социальные возможности систем здравоохранения и социального развития и разгрузит медицинский персонал учреждений от выполнения несвойственных ему функциональных обязанностей.

Углубленное исследование концептуально-теоретических основ медико-социальной работы, позволило сделать вывод о том, что в современной России происходит становление и развитие нового социального института «Медико-социальная работа» по трем направлениям: как наука, как учебная дисциплина, как вид профессиональной деятельности.

Приведенные данные позволили сделать вывод о том, что в России под эгидой Министерства здравоохранения и социального развития, Федерального агентства по образованию Министерства образования и науки активно формируется сеть новых учреждений, оказывающих специализированную медико-социальную помощь населению с целью повышения уровня общественного здоровья. Однако, несмотря на юридическое обоснование медико-социального направления социальной и медицинской деятельности, оно еще находится в стадии становления. При этом многие вопросы, в том числе качество подготовки специалистов для социально-медицинской работы, остаются недостаточно решенными.

Изучение организации медико-социальной работы в историческом аспекте, анализ законодательной базы, процесса подготовки специалистов свидетельствуют о наличии множества проблем, требующих решения. К их числу относятся дефицит квалифицированных специалистов по медико-социальной работе, недостаточное учебно-методическое обеспечение учебного процесса, несо-

вершенство законодательной базы, высокая потребность населения в медико-социальной помощи, неэффективное использование ресурсов отрасли, что обусловило необходимость проведения настоящего исследования.

Объединение усилий медицинских работников с социальными работниками дает положительный эффект при оказании медико-социальной помощи, а особенно комплексной реабилитации и адаптации инвалидов. Однако представляется необходимым создание единой координационной системы для учреждений социальной защиты населения, образования, силовых структур при осуществлении ими медико-социальной помощи населению для повышения ее эффективности.

Однако для пациентов с социально значимой патологией остаются актуальными следующие проблемы, выявленные нами при опросе: психологическая дезадаптация, высокий удельный вес инвалидизации, нехватка средств на медикаменты, продукты и товары первой необходимости, проблемы с трудоустройством и др. Решение перечисленных проблем требует вмешательства компетентных специалистов.

Основными проблемами медико-социального характера у кардиологических больных являются: необходимость постоянного приема лекарственных препаратов, ограничения трудоспособности, проблемы психологического характера, необходимость в консультациях юристов, снижение сексуальной активности. Основными проблемами наркологических больных являются: употребление суррогатных алкогольных напитков, отсутствие постоянного места работы, наличие беспорядочных половых связей, отсутствие семьи, выяснения отношений путем драки.

У больных туберкулезом среди медико-социальных проблем доминируют: психологическое напряжение, юридическая неграмотность, отсутствие постоянного места работы, различных документов и прописки. Перед семьями, имеющими онкологических больных стоят медико-социальные причины следующего характера: нехватка средств на лечение больного, времени для осуще-

ствления ухода за ним, вынужденный временный или постоянный уход с работы для осуществления ухода, использование услуг сиделки.

Решение выявленных медико-социальных проблем больных социально значимыми видами патологии и членов их семей не является прямой функциональной обязанностью медицинского персонала. Однако сами больные и их семьи часто не могут справиться с этими проблемами и попадают, таким образом, в трудную жизненную ситуацию, поэтому для оказания им комплексной медико-социальной помощи в здравоохранении необходимо использовать труд специально подготовленных социальных работников.

Значительная роль в осуществлении медико-социальной помощи населению принадлежит медицинским учреждениям. При ЛПУ города и большинстве центральных районных больниц созданы астматические школы, школы больных сахарным диабетом, артериальной гипертонии.

В связи с отсутствием тарифных ставок для социальных работников в больнице их функции выполняют медики. Им приходится решать следующие медико-социальные задачи пациентов: идентификацию личности у бомжей, лиц с амнезией; оформление утерянных паспортов; установление дееспособности больных; восстановление в правах на незаконно отнятое жилье; поиски родственников одиноких и бомжей; уход за одинокими больными; определение одиноких малообеспеченных инвалидов и бомжей в дома престарелых после выписки из стационара; помощь в подготовке документов для оформления инвалидности.

Функциональными обязанностями специалистов по социальной работе в учреждениях здравоохранения на современном этапе являются: выявление проблем социально-экономического характера и составление социальных паспортов на каждого поступившего больного; идентификация личностей, поступивших в стационар в состоянии амнезии; оформление или восстановление утерянных документов; распоряжение пенсионными средствами и приобретение на них предметов первой необходимости; восстановление в правах на незаконно проданную жилплощадь, а также оформление прописки; сбор и распределе-

ние одежды б/у нуждающимся в ней; устройство после прохождения лечения в специализированные дома-интернаты; организация досуга; организация тренингов социальных навыков у больных; организация трудотерапии; разыскивание родных и близких и обучение их совместному проживанию с психическим больным; подготовка к переходу на бригадный метод работы в психиатрии по опыту зарубежных стран; правовое консультирование больных и членов их семей; организация социального патронажа психических больных по месту их проживания; возвращение больных в семьи или места иного пребывания после прохождения курса лечения и т. д.

Особого внимания заслуживают внедряемые в данное время такие технологии медико-социальной помощи как тренинги социальных навыков и циклы психообразования, а также новая программа «Поддержка групп взаимопомощи людей, живущих с больными ВИЧ/СПИД», которая стартовала в 2003 году.

Медико-социальной помощью, оказываемой больным туберкулезом, является: восстановление утерянных паспортов либо их получение после выхода из мест лишения свободы, организация получения прописки; помощь в оформлении медицинских полисов и инвалидности; обеспечение бациллярных больных жильем; организация трудоустройства после излечения; восстановление на рабочих местах после незаконного увольнения в связи с болезнью; определение детей из семей больных, проходящих длительное лечение, в интернаты или специализированные детские сады; организация обучения и обеспечения вещами первой необходимости больных детей, особенно из асоциальных семей; захоронение умерших бомжей, болевших туберкулезом; правовое консультирование больных и членов их семей; проведение психологической коррекции и релаксации; санитарно-просветительская деятельность.

Вопросы, решаемые центрами планирования семьи и репродукции, включают: целенаправленную информационную работу с различными категориями населения и специалистами для изменения отношения к планированию семьи и сексуальному воспитанию; работу с подростками и молодежью в организованных коллективах в форме бесед, распространения информационных материалов

о работе центра; индивидуальную работу с «трудными» подростками, неблагополучными семьями, инвалидами с целью оказания помощи в вопросах планирования семьи и социально-психологической адаптации в семье и обществе; привлечение средств массовой информации для распространения и пропаганды идей планирования семьи. К одному из основных направлений деятельности центра относится работа по профилактике аборт.

В функции специалиста по социальной работе бюро МСЭ входит: проведение экспертно-реабилитационной диагностики; участие в оценке структуры и степени ограничений жизнедеятельности; участие в оценке реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза; определение потребности лица в социальной реабилитации; формирование ИПР, ее коррекция и контроль; формирование банка данных инвалида, проведение работы по государственной статистической отчетности инвалидов; участие в многоплановой работе по профилактике инвалидности.

Медико-социальная работа проводится также во всех учреждениях образования. Значительная медико-социальная работа проводится в специальных школах-интернатах (специальная коррекционная общеобразовательная школа-интернат I вида; республиканская специализированная школа-интернат для слабослышащих детей; школа-интернат для слепых и слабовидящих детей; специальная коррекционная школа-интернат VIII-IX вида; две специальные коррекционные школы-интерната VIII вида; школа с надомным обучением; санаторно-лесная школа для тубинфицированных детей и др.). В этих заведениях проходят обучение и социализацию дети-инвалиды. В каждом таком учреждении совместно трудятся: педагоги-дефектологи, врачи, психологи, социальные работники и др.

Инновационные технологии организации медико-социальной помощи населению включают как технологии обучения студентов работе по оказанию медико-социальной помощи различным категориям населения («погружения» их в профессиональную среду, 100% охват всех учащихся выполнением научно-исследовательской работы, обучение «у постели больного» и пр.), так и иннова-

ционные формы организации такой помощи (службы медико-социального сопровождения, хосписные службы, медико-социальные кабинеты, геронтологические и медико-социальные палаты и пр.).

Основой инновационной медико-социальной работы следует считать профильную подготовку специалистов и организацию мероприятий по повышению их квалификации.

Особую роль следует отводить сотрудничеству социальных работников с медицинским персоналом для организации проведения комплексных программ оздоровления и реабилитации нуждающихся в медико-социальной помощи контингентов населения.

Важное место должна занимать оценка эффективности проводимой медико-социальной работы с последующей коррекцией организационных технологий. При этом целесообразно использовать критерии оценки медико-социальной работы путем вычисления следующих показателей:

- доступность – охват патронажем детей из групп риска по показаниям (социальным, медицинским и медико-социальным) (в %);
- достаточность – охват коррекционными программами нуждающихся в помощи медико-социального характера из числа патронированных (в %);
- удельный вес реализованных коррекционных программ (в %).

В курсы повышения квалификации следует включать вопросы организации медико-социальной помощи, материалы изучения мнения медицинского персонала о медико-социальной работе с последующими комментариями. Для разъяснительной работы использовать СМИ. Работать по формированию менталитета населения для внедрения инновационных технологий медико-социальной помощи специалистами немедицинского профиля.

В целях адекватного правового обеспечения медико-социальной работы совершенствовать законодательную базу, регламентирующую деятельность специалистов немедицинского профиля в медико-социальных учреждениях.

Для подготовки квалифицированных кадров немедицинского профиля с целью их последующей работы в системе здравоохранения необходимо улучшить организацию обучения специалистов по вопросам медико-социального характера. Создать учебно-методическую базу, отвечающую всем требованиям ГОС ВПО по подготовке специалистов. Внедрять в процессе обучения инновационные технологии прикладного характера.

Для высвобождения рабочего времени медицинского персонала в учреждениях медико-социального профиля от выполнения несвойственных ему социально-ориентированных функций, включать в штат учреждений специалистов по социальной работе, социальных работников, по возможности привлекать волонтеров.

Популяризировать использование волонтерской профилактической программы «Предупреждение наркозависимости в среде подростков», программы «Ранней профилактики последствий детского церебрального паралича», организацию хосписной службы психосоциального характера, организацию деятельности социального работника в условиях детской поликлиники.

Внедрение инновационных технологий медико-социальной работы улучшает качество жизни пациентов с социально значимыми и социально обусловленными заболеваниями, повышает в лечебно-профилактических учреждениях уровень медико-социальной комфортности, а также освобождает медицинский персонал от занятий нехарактерными для него функциями и способствует рациональному использованию времени для занятий лечебным процессом.

2.4. СЕМИНАРСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Раздел 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ

Тема 1. Предмет и задачи социально-медицинской работы как вида профессиональной деятельности.

Медико-социальные основы здоровья. Медико-социальные услуги. Содержание понятия «медико-социальная помощь». Современные концепции развития медико-социальной помощи. Составляющие медико-социальной помощи: профилактическая, лечебно-диагностическая, реабилитационная, уход за больными, нетрудоспособными и инвалидами. Медико-социальная помощь как межсекторальная задача. Социально-медицинская работа как вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности. Определение медико-социальной работы. Предмет, цель, объекты, виды социально-медицинской работы. Функции специалистов по медико-социальной работе.

Тема 2. Истоки социально-медицинской работы. Проблемы становления социально-медицинской работы как профессиональной деятельности.

Факторы, способствующие становлению медико-социальной работы в России. Предпосылки развития медико-социальной работы в России. Проблемы становления медико-социальной работы как профессиональной деятельности. Сравнительный анализ социально-медицинской работы в России и за рубежом.

Тема 3. Концепция социально-медицинского развития населения.

Социальная медицина в системе социальной работы. Социальные технологии социальных основ здоровья. Концепция социального здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года. Концепция репродуктивного здоровья населения России на период 2000-2004 гг. и план мероприятий по ее реализации. Базовая модель социально-медицинской работы.

Тема 4. Правовые основы медико-социальной помощи населению.

Нормативно-правовая база социально-медицинской работы.

Основные принципы охраны здоровья граждан. Соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья. Государственные гарантии обеспечения этих прав. Приоритет профилактических мер в области охраны здоровья. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья.

Права граждан в области охраны здоровья. Правовая база охраны здоровья граждан России. Создание благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения. Предоставление доступной медико-социальной помощи.

Права граждан при оказании медико-социальной помощи. Право на информацию о состоянии здоровья. Согласие на медицинское вмешательство. Отказ от медицинского вмешательства. Оказание медицинской помощи без согласия граждан. Права отдельных групп населения на оказание медико-социальной помощи.

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

Раздел 2. ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Тема 5. Система здравоохранения в Российской Федерации.

Понятие «система здравоохранения». Государственный контроль медицинской деятельности. Управление здравоохранением. Источники финансирования здравоохранения. Государственная система здравоохранения. Муниципальная система здравоохранения. Международное сотрудничество в области охраны здоровья. Международные организации здравоохранения.

Тема 6. Профилактика заболеваний как основополагающий принцип охраны здоровья населения.

Виды профилактики: первичная, вторичная, третичная. Социальная и медицинская профилактика. Индивидуальная и общественная профилактика. Задачи и основные характеристики профилактики. Методы реализации первич-

ной, вторичной, третичной профилактики. Организационные основы профилактики.

Тема 7. Медико-санитарные аспекты формирования здорового образа жизни.

Здоровый образ жизни как основа индивидуальной профилактики. Понятие и сущность здорового образа жизни. Главные факторы здоровья.

Тема 8. Гигиеническое воспитание населения. Методы и средства.

Актуальность гигиенического воспитания населения. Определение санитарного просвещения. Цели, направления санитарного просвещения. Служба медицинской профилактики и укрепления здоровья. Методы и средства пропаганды в санитарном просвещении (устной, печатной, изобразительной пропаганды). Роль специалиста по медико-социальной работе.

Тема 9. Организация медицинского страхования.

Система обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование. Федеральная программа государственных гарантий по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью.

Тема 10. Организация медико-социальной экспертизы.

Медико-социальные аспекты инвалидности. Критерии и группы инвалидности. Причины инвалидности. Организация МСЭ. Задачи, функции бюро МСЭ. Права инвалидов. Роль социального работника в МСЭ.

Раздел 3. ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ

Тема 11. Медико-социальная работа с пожилыми и старыми людьми.

Социально-гигиенические и демографические вопросы старости и старения. Основные социально-экономические последствия старения. Особенности здоровья населения пожилого и старческого возрастов. Особенности организации медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возрастов. Основные принципы и формы медико-социальной помощи лицам пожилого и

старческого возрастов. Специализированные учреждения медико-социальной помощи. Основы ухода.

Тема 12. Социально-медицинские технологии оказания помощи детям-инвалидам.

Статистика детской инвалидности. Причины детской инвалидности. Методы профилактики. Современные подходы в лечении и реабилитации детей с ограниченными возможностями. Основные документы защиты инвалидов. Льготы семьям, имеющим детей-инвалидов.

Тема 13. Медико-социальная работа в онкологии.

Эпидемиология злокачественных новообразований. Современные представления о причинах злокачественных новообразований. Своеобразие клинического течения онкозаболеваний. Организация онкологической помощи. Профилактическое направление медико-социальной работы. Специфика медико-социальной работы с онкобольными. Паллиативная помощь онкобольным. Хоспис как форма организации паллиативной помощи умирающим больным.

Тема 14. Медико-социальная работа в планировании семьи.

Социальная значимость проблемы планирования семьи. Проблемы репродуктивного периода женщин. Центры планирования семьи и репродукции, основные направления их деятельности. Роль специалиста по медико-социальной работе в планировании семьи.

Тема 15. Медико-социальная работа в наркологии.

Современные представления о заболеваниях, связанных с зависимостью от психоактивных веществ. Медико-социальные последствия заболеваний. Особенности заболеваний связанных с зависимостью от психоактивных веществ в различных половозрастных группах. Основные принципы и методы лечения заболеваний наркологического профиля. Реабилитация больных. Основы профилактики злоупотребления психоактивными веществами. Специфика медико-социальной работы в наркологии.

Тема 16. Медико-социальная работа в учреждениях здравоохранения.

Структура лечебно-профилактических учреждений. Медико-социальная работа в амбулаторно-поликлинических учреждениях, стационарах, центрах реабилитации. Роль и функции специалиста по медико-социальной работе в учреждениях здравоохранения.

Тема 17. Медико-социальная работа в центрах социального обслуживания системы социальной защиты населения.

Система социальной защиты населения. Учреждения социального обслуживания населения. Центры помощи семье и детям. Центры социального обслуживания одиноких престарелых. Особенности медико-социальной работы в учреждениях социальной защиты. Роль и задачи специалиста по медико-социальной работе.

Тема 18. Медицинская помощь хроническим больным.

Социально-медицинская помощь больным сахарным диабетом. Социально-медицинская помощь больным с нарушением мозгового кровообращения. Социально-медицинская помощь больным остеохондрозом позвоночника. Социально-медицинская помощь больным варикозным расширением вен нижних конечностей. Роль и задачи специалиста по медико-социальной работе в помощи хроническим больным.

2.5. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ

Самостоятельная работа студентов включает следующие виды работ:

- знакомство с периодическими изданиями по социальной защите населения;
- знакомство с научно-практической и методической литературой по вопросам социального обслуживания населения;
- работа с нормативно-правовой литературой по вопросам социального обслуживания, охраны жизни и здоровья, соблюдения прав человека;
- знакомство с зарубежным опытом работы по вопросам организации системы социальной защиты населения.

Контроль самостоятельной работы студентов включает:

- текущие контрольные задания на семинарских занятиях по итогам лекции, семинара;
- защита рефератов и докладов;
- тестирование и т.п.

2.6. ТРЕБОВАНИЯ К ДОКЛАДАМ (РЕФЕРАТАМ), ОНИ ЖЕ ЯВЛЯЮТСЯ КРИТЕРИЯМИ ОЦЕНКИ ВЫПОЛНЕННОЙ РАБОТЫ

Оформление:

1. Титульный лист: указать наименование учреждения, кафедру (на которую сдается работа), тему, исполнителя и руководителя, город и год.
2. План: соблюдение трехзвенной структуры (введение, основная часть, заключение) и однотипности плана (хронологический или описательный).
3. Текст: соблюдение формата (А 4), наличие полей, ссылок на источник и сносок, указание пунктов плана в тексте, аккуратность и отсутствие грамматических ошибок.
4. Приложение: наличие таблиц, карт, схем, графиков и других средств, наглядно поясняющих содержание, оформленных соответствующим образом.
5. Список литературы: алфавитный, по мере использования или, при различных видах источников, систематический (литература располагается в следующей последовательности: источники, дополнительная литература, и т.д).

Содержание:

6. Работа должна быть написана в научном или научно - популярном стиле.
7. Объем реферативной работы должен быть не менее 15 -20 листов (лист = 1 страница текста с одной стороны листа, другая сторона остается чистой).

8. Использование нескольких источников (документальные источники, первоисточники), самостоятельный поиск дополнительной литературы (преимущественно монографического характера).
9. Изложение темы должно соответствовать плану, целесообразность включения каждого вопроса рассматривается отдельно.
10. Тема раскрыта полностью: прослеживается логичность изложения, отсутствие плагиата и исторических погрешностей.
11. Наличие собственных оценок и выводов, в работе должно проявиться творчество и собственные мысли автора - наравне с цитатами из работ теоретиков и практиков, разрабатывающих данную тему.
12. Обоснование актуальности темы, ее новизны, степени разработанности, различные теоретические подходы и т.п.; подведение итогов ее изучения.

Глубокое раскрытие темы:

13. Использование новейшей литературы, в том числе и материалов Интернет.
14. Рассмотрение нескольких мнений, позиций, концепций.
15. Опровержение противоположных точек зрения, доказательность и обоснованность аргументов.
16. Использование знаний из дополнительных источников.
17. Отражение собственной позиции и отношения к теме.

2.7. ТЕМЫ ДОКЛАДОВ (РЕФЕРАТОВ)

1. Основы медико-социальной работы.
2. Медико-социальные аспекты формирования здорового образа жизни (ЗОЖ).
3. Медико-социальные аспекты инвалидности.
4. Медико-социальная помощь инвалидам и престарелым.
5. Медико-социальная помощь детям-инвалидам.
6. Медико-социальная помощь хроническим больным.

7. Медико-социальная работа в наркологии.
8. Медико-социальная работа в онкологии.
9. Медико-социальная работа в планировании семьи.
10. Алкоголизм как социально-медицинская проблема.
11. Травматизм как социально-медицинская проблема.
12. Медико-социальная работа в учреждениях здравоохранения.
13. Медико-социальная работа за рубежом.
14. Становление и развитие медико-социальной работы.
15. Организация медико-социальной экспертизы.
16. Организация медицинского страхования.
17. Организация протезно-ортопедической и технической помощи инвалидам.
18. Медико-социальная помощь одиноким престарелым.
19. Зарубежный опыт медико-социальной помощи населению.
20. Медико-социальная работа в центрах социального обслуживания населения.
21. Медико-социальная работа с психическими больными и их семьями.
22. Здравоохранение и социальная работа за рубежом.
23. Медико-социальная работа с учащейся и студенческой молодежью.
24. Медико-социальные проблемы проституции.
25. Медико-социальная работа с детьми страдающими ДЦП.
26. Медико-социальная работа с военнослужащими.

2.8. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ КОНТРОЛЬНЫХ РАБОТ СТУДЕНТАМИ ЗАОЧНОЙ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ

Номер варианта контрольной работы соответствует последней цифре зачетки студента (1-9). Если последняя цифра «0», контрольная работа выполняется по варианту №10. Работа, выполненная не по своему варианту, проверке и рецензированию не подлежит.

Работа может быть выполнена в рукописном варианте (в школьной тетради объемом до 18 листов) или в машинописном (компьютерном) исполнении (на бумаге формата А4; шрифт 14 Times New Roman; интервал 1,5; поля: левое — 30 мм, верхнее, нижнее — 20 мм, правое — 10 мм). Работа, выполненная в рукописном варианте, должна быть написана аккуратно, четким, разборчивым почерком. Объем работы — не больше объема школьной тетради или 10-15 страниц формата А4. Страницы обязательно должны быть пронумерованы.

Работа выполняется по плану, которого следует придерживаться при написании работы. В конце работы – список использованной литературы, дата выполнения контрольной работы и подпись студента. Работа должна содержать информацию не менее чем из четырех источников.

При написании работы необходимо делать ссылки на источник информации, указывая его номер в общей нумерации в списке литературы и страницу – например, /4, с. 56/. В процессе подготовки к выполнению контрольной работы необходимо ознакомиться с предлагаемой основной и дополнительной литературой, рекомендуемой в программе курса дисциплины.

Преподаватель имеет право зачесть или не зачесть выполненную студентом работу.

Контрольная работа засчитывается, если: учебный материал усвоен в полном объеме, изложен логично, выводы и обобщения точны и взаимосвязаны, подкрепляются примерами из практической социальной работы, соответствуют факторам и закономерностям социальной жизни; отсутствует плагиат; используется новейшая литература, в том числе материалы Интернет; допускаются незначительные недочеты.

Контрольная работа не засчитывается, если: в усвоении материала имеются пробелы, тема раскрыта не полностью, материал излагается несистематизировано; выводы и обобщения аргументированы слабо или ошибочны, либо отсутствуют; в работе используется плагиат, цитаты не обозначаются; отсутствует связь с социальной практикой.

После проверки контрольной работы преподаватель пишет на нее краткую рецензию, указывая положительные и отрицательные стороны работы. Незачтенная контрольная работа дорабатывается студентом и сдается на повторную проверку. При сдаче зачета (экзамена) студент должен представить преподавателю зачтенную контрольную работу. Студент, не сдавший вовремя контрольную работу, или чья контрольная работа была не зачтена и не доработана, не допускается к сдаче зачета (экзамена).

2.9. ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЬНЫХ РАБОТ

Вариант 1

Медико-социальные аспекты формирования здорового образа жизни (ЗОЖ).

Медико-социальная работа с детьми страдающими ДЦП.

Вариант 2

Медико-социальная работа в учреждениях здравоохранения.

Медико-социальные проблемы проституции.

Вариант 3

Медико-социальная работа за рубежом.

Медико-социальная работа с военнослужащими.

Вариант 4

Организация медико-социальной экспертизы.

Медико-социальная помощь одиноким престарелым.

Вариант 5

Организация медицинского страхования.

Медико-социальная работа с учащейся и студенческой молодежью.

Вариант 6

Становление и развитие медико-социальной работы.

Медико-социальная помощь инвалидам и престарелым.

Вариант 7

Организация протезно-ортопедической и технической помощи инвалидам.

Медико-социальная работа в наркологии.

Вариант 8

Зарубежный опыт медико-социальной помощи населению.

Медико-социальная работа с психическими больными и их семьями.

Вариант 9

Медико-социальная работа в центрах социального обслуживания населения.

Медико-социальная помощь хроническим больным.

Вариант 10

Медико-социальные аспекты инвалидности.

Медико-социальная работа в планировании семьи.

2.10. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА ПО КУРСУ

Основная

1. Социальная работа. Учебное пособие. - Ростов н/Д:»Феникс», 2003.
2. Технология социальной работы: Учебник /Под общ. ред. Е.И. Холостовой. - М.: ИНФРА – М.: ИНФРА-М, 2001.
3. Черносвитов Е.В. Социальная медицина. - М.: СВЕТОЧ, 2002.

Дополнительная

1. Альперович В.Д. Социальная геронтология. - Ростов н/Д, 1997.
2. Андреева О.С. Принципы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2000. - № 4. - С. 20-27.
3. Баранова Т. О геронтологической помощи учреждениями социальной защиты населения // Социальное обеспечение. - 2003. № 3. - С. 7-11.
4. Белогуров С.Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях. 2-е изд. испр. и доп. - СПб.: «Невский диалект», 2000.

5. Больница и социальная работа // Энциклопедия социальной работы. В 3-х томах. Т.1: Перевод с англ. - М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993.
6. В.С. Ершов, А.Т. Белянва Санитарное просвещение: Учебник. - М.: Медицина, 1982. - 144 с.
7. Вербин Н.Н., Черничкина В.А. Социально-психологические проблемы инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2003. - № 2. - С. 31-34.
8. Геронтологический центр в Сибири // Социальное обеспечение. - 2003. - № 5. - С.15-18.
9. Дадаева О.А., Скляренко Р.Т., Травникова Н.Г. Клинико-психологические особенности детей и подростков, больных сколиозом // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2003. - № 3. - С. 10-13.
10. Дементьева Н.Ф., Рязанов Д.П., др. Характеристика социальных работников и их деятельности по обслуживанию пожилых людей на дому в Липецкой области // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2003. - № 1. - С. 54-56.
11. Здравоохранение США // Энциклопедия социальной работы. В 3-х томах. Т.1: Перевод с англ. - М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993.
12. Иванова Е.Б. Как помочь наркоману. «Комплект», - СПб., 1997.
13. Козлов А.А. Социальная работа за рубежом. - М.: Флинта, 1998.
14. Конституция Российской Федерации. – м.: Юность 1997.
15. Концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года // Бюллетень Министерства труда и социального развития Российской Федерации, 2001, № 10.
16. Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года.
17. Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России на период 2000-2004 гг. и план мероприятий по ее реализации. - М., 2000.

18. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации. // Здравоохранение Российской Федерации. - 1998. - № 3. - С.7-13.
19. Малюков, Н.И. Структура детской инвалидности вследствие врожденных пороков развития / Н.И. Малюков, Л.Е. Азанова, И.Т. Черных // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. - 2003. - №1. - С.45-47. - Библиогр.: 4 назв.
20. Медико-социальная работа / Российская энциклопедия социальной работы. - М., 1997.
21. О проблемах общения с родителями онкологически больных детей. Дата последнего обращения – 22.04.2003. <<http://medi.ru/04003.htm>>.
22. О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста: Приказ Минздрава России № 154 от 05.05.99 г. // Медицинская газета, 2002, № 3, с.9.
23. Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации: Федеральный закон РФ № 124-ФЗ от 24 июня 1998 г. // Вестник образования. 1998. № 8. с.26-40.
24. Основы социально-медицинской работы. Учебное пособие. /Под редакцией Е.А. Сигида. Выпуск 1. - М.: ГАСБУ, 1998. - 256 .
25. Педиатру-онкологу: Что необходимо знать о психике онкологически больного ребенка / Под ред. президента НАДПП А.А.Северного. <<http://www.doctor.ru/onkos/mop/books54.htm>>. Дата последнего обращения – 22.04.2003.
26. Постановление от 25 ноября 1995 года № 1151 « О федеральном перечне гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания (в ред. постановления правительства РФ от 17.04.2002. № 244.
27. Приказ МЗ РФ от 20 сентября 1993 г. № 222 «О мерах по реализации основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» - М., 1993.

28. Приказ МЗ РФ от 28 июля 1999 г. № 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации».
29. Приказ МЗ РФ от 5 мая 1999 г. № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».
30. Приказ Минздравмедпрома России «О психиатрической и психотерапевтической помощи» от 30 октября 1995 г. № 294.
31. Приложение к постановлению Минтруда России от 27 июля 1999 г. № 32 «Методические рекомендации по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения «Комплексный центр социального обслуживания».
32. Приложение № 1 к приказу МЗ России от 5 мая 1999 г. № 154 «Инструкция об организации амбулаторно-поликлинической помощи детям подросткового возраста».
33. Приложение № 2 к приказу МЗ России от 28 июля 1999 г. № 297 «Положение об организации деятельности гериатрического центра»
34. Приложение № 2 к приказу МЗ России от 5 мая 1999 г. № 154 «Инструкция об организации работы отделения (кабинета) медико-социальной помощи детского амбулаторно-поликлинического учреждения».
35. Приложение № 3 к приказу МЗ России от 28 июля 1999 г. № 297 «Положение об организации деятельности гериатрической больницы (отделения)».
36. Приложение № 4 к приказу МЗ России от 28 июля 1999 г. № 297 «Положение об организации деятельности отделения медико-социальной помощи».
37. Принцип активизации в социальной работе. - М., 1997.
38. Профилактика социальной патологии среди детей и подростков. - Благовещенск, 2002.

39. Проценко, А.С. основные направления медико-социальной реабилитации инвалидов в региональных целевых программах / А.С. Проценко, Е.Г. Свистунова // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. - 2003. - №2. - С.18-21.
40. Психологические проблемы, возникающие во время болезни и после нее. <<http://www.doctor.ru/onkos/consult/psiholog1.htm>>. Дата последнего обращения – 22.04.2003.
41. Рак в детском возрасте. Дата последнего обращения – 22.04.2003. <<http://www.doctor.ru/onkos/mop/care5.htm>>.
42. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения: В 2-х томах. Т.1./ Ю.П. Лисицын, Е.Н. Шиган, И.С. Случанко и др. Под ред. Ю.П. Лисицына. - М.: Медицина, 1987. - С. 131-200, 278-344.
43. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения: В 2-х томах. Т.2. /Е.А. Логинова, В.Л. Дерябина, Н.Я. Копыт и др. Под ред. Ю.П. Лисицына. М.: Медицина, 1987. - С. 110-355, 356-378, 418-439.
44. Свистунова Е.Г. Медико-социальная реабилитация инвалидов: организационно-правовые основы в субъектах Российской Федерации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2003. - № 2. - С. 54-56.
45. Свистунова, Е.Г. Медико-социальная реабилитация инвалидов: организационно-правовые основы в субъектах Российской Федерации / Е.Г. Свистунова // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. - 2003. - №2. - С.54-56.
46. Свистунова, Е.Г. Медико-социальная реабилитация инвалидов: профессиональные аспекты / Е.Г. Свистунова // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. - 2003. - №2. - С.6-12.
47. Свистунова, Е.Г. Направления развития региональной правовой базы в сфере медико-социальной реабилитации и социальной защиты инвалидов / Е.Г. Свистунова // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. - 2003. - №1. - С.3-7.

48. Семейный кодекс Российской Федерации. – М.: Проспект. 1999.
49. Семья: XXI век. Проблемы формирования региональной семейной политики / Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. - 2002. - № 11 (167). - С. 73.
50. Современное общество и личность в социологии жизненных сил человека. Т.1 Жизненные силы человека основы формирования социологической концепции / под ред. С.М. Григорьева, Л.Д. Деминой. Барнаул, 1999.
51. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство / Ю.П. Лисицын, Н.В. Полунина, К.А. Отдельнова и др. Под редакцией Ю.П. Лисицына. - М.: 1999. - С.25-157, 185-201, 233-252, 321-442, 554-568, 569-617, 618-641.
52. Старобина, Е.М. Специфика формирования индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов / Е.М. Старобина, К.А. Каменков, В.Я. Щebetаха // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. - 2003. - №1. - С.12-15. - Библиогр.: 4 назв.
53. Степин, В.М. Практика применения действующего законодательства по определению степени утраты профессиональной работоспособности пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Кемеровской области / В.М. Степин, М.Н. Сергеев // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. - 2003. - №2. - С.48-50.
54. Теория и методика социальной работы / Под ред. И.Г. Зайнышева. М.: МГСУ, 1994 г., - Ч.1.
55. Теория и методика социальной работы / Под ред. П.Д. Павленка. М.: ГАСБУ, 1993 г., - Вып.1; 1995 г., - Вып.2.
56. Федеральный закон «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» от 10 декабря 1995 г. № 195-ФЗ // СЗ РФ. 1995 № 50. Ст.4872.

57. Шац И.К. *Проблема психологической поддержки семей, имеющих детей с онкологическими заболеваниями.* Дата последнего обращения – 22.04.2003. <<http://deton.blood.ru/psych.home.htm>>.
58. Экономика и организация медицинского страхования: Учебник. Под редакцией Т.Е. Гварлиани. - Хабаровск, 1995. - 275 с.
59. Энциклопедия социальной работы в 3-х томах. Т 1. Перевод с англ. - М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993. - 480 с.

3. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ЗНАНИЙ (ПРОВЕРОЧНЫЕ ЗАДАНИЯ ПО КУРСУ)

3.1. ВХОДЯЩИЙ КОНТРОЛЬ

Вводное занятие, предусматривающее обсуждение состояния здоровья населения в различных странах мира, а также политики правительств в области охраны здоровья и формирования здорового образа жизни своих граждан (цель обсуждения – оценка степени осведомленности о состоянии системы здравоохранения в РФ и за рубежом, а также общего уровня эрудиции студентов).

3.2. ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ (ТЕКУЩИЙ) КОНТРОЛЬ

Самостоятельные (контрольные) работы по следующим блокам:

- 1) Основы социально-медицинской работы (понятия, теоретические подходы)
- 2) Организация социально-медицинской работы (содержание, структуры, функции)
- 3) Особенности социально-медицинской работы в системе здравоохранения
- 4) Особенности социально-медицинской работы в системе социальной защиты
- 5) Особенности социально-медицинской работы с отдельными категориями населения

3.3. ИТОГОВЫЙ КОНТРОЛЬ (ЭКЗАМЕН) ПО ДИСЦИПЛИНЕ

I Теоретический раздел

1. Медико-социальные основы здоровья. Медицинские услуги. Функции специалиста по медико-социальной работе.
2. Медико-социальная работа. Предмет, цель, объекты. Виды медико-социальной работы.
3. Факторы, способствующие становлению социальной работы в России.

4. Предпосылки развития медико-социальной работы в России.
5. Проблемы становления медико-социальной работы как профессиональной деятельности.
6. Концептуальные основы социально-медицинской работы (Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 г. Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России на период 2003-2004 гг. и план мероприятий по ее реализации. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации).
7. Закон о здравоохранении. (Права граждан в области охраны здоровья. Права отдельных групп населения в области охраны здоровья. Определение здоровья граждан и основные принципы охраны здоровья граждан. Организация охраны здоровья граждан. Права пациента. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.)
8. Правовые основы медико-социальной работы. Приказ от 28 июня 1999 г. № 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации.
9. Правовые основы медико-социальной работы. (Положение об организации деятельности гериатрического Центра. Положение об организации деятельности гериатрической больницы. Положение об организации деятельности отделения медико-социальной помощи.)
10. Правовые основы медико-социальной работы. (Инструкция об организации амбулаторно-поликлинической помощи детям подросткового возраста. Инструкция об организации работы отделения (кабинета) медико-социальной помощи детского амбулаторно-поликлинического учреждения.)
11. Актуальность профилактического направления в здравоохранении.
12. История развития профилактики в медицине и здравоохранении.

13. Определение профилактики: первичная, вторичная , третичная. Задачи и основные характеристики.
14. Методы реализации первичной профилактики.
15. Методы реализации вторичной профилактики.
16. Методы реализации третичной профилактики.
17. Организационные основы профилактики.
18. Современные проблемы профилактики.
19. Актуальность гигиенического воспитания населения.
20. Определение санитарного просвещения. Цели санитарного просвещения.
21. Направления санитарного просвещения.
22. Служба медицинской профилактики и укрепления здоровья.
23. Методы и средства пропаганды, используемые в санитарном просвещении.
24. Метод устной пропаганды.
25. Метод печатной пропаганды.
26. Метод изобразительной пропаганды.
27. Этика и деонтология специалиста по медико-социальной работе.
28. Организация медико-социальной помощи в России.
29. Социальная медицина в системе социально-медицинской работы.
30. Зарубежный опыт медико-социальной помощи населению.

II Практический раздел

1. Технологии социально-медицинского развития инвалидов и лиц пожилого и старческого возраста.
2. Социально-медицинские технологии оказания помощи детям-инвалидам.
3. Социальная патология как проблема социально-медицинской работы. Курение.
4. Социальная патология как проблема социально-медицинской работы. Алкоголизм.

5. Социальная патология как проблема социально-медицинской работы.
Наркомания.
6. Медико-социальная помощь больным сахарным диабетом.
7. Медико-социальная помощь больным с нарушением мозгового кровообращения.
8. Медико-социальная помощь больным остеохондрозом позвоночника.
9. Медико-социальная помощь больным варикозной болезнью вен нижних конечностей.
10. Медико-социальная работа в онкологии.
11. Медико-социальная работа в планировании семьи.
12. Медико-социальная работа в наркологии.
13. Медико-социальная работа в учреждениях здравоохранения.
14. Медико-социальная работа в центрах социального обслуживания населения.
15. Медико-социальная работа с военнослужащими.
16. Медико-социальная помощь одиноким престарелым.
17. Медико-социальная работа детьми, страдающими ДЦП (детским церебральным параличом).
18. Социальные технологии формирования основ здоровья.
19. Медико-социальные аспекты формирования здорового образа жизни.
20. Медико-социальные аспекты инвалидности.
21. Организация медико-социальной помощи инвалидам и престарелым.
22. Организация медико-социальной экспертизы.
23. Организация протезно-ортопедической и технической помощи инвалидам.
24. Медико-социальная работа с учащейся и студенческой молодежью.
25. Медико-социальная работа с психическими больными и их семьями.
26. Медико-социальные проблемы проституции.
27. Медико-социальная работа с семьями социального риска.

28. Медико-социальная реабилитация лиц с ограниченными возможностями.

29. Медико-социальная геронтологическая помощь.

30. Организация медицинского страхования в России.

3.4. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ

Нормы оценки знаний предполагают учет индивидуальных особенностей студентов, дифференцированный подход к обучению, проверке знаний, умений.

В устных ответах студентов на экзамене, в сообщениях и докладах, а также в письменных видах работ оцениваются знания и умения по пятибалльной системе. При этом учитываются: глубина знаний, полнота знаний и владение необходимыми умениями (в объеме программы), осознанность и самостоятельность применения знаний и способов учебной деятельности, логичность изложения материала, включая обобщения, выводы (в соответствии с заданным вопросом), соблюдение норм литературной речи.

Знания, умения и навыки студента оцениваются по четырехбалльной системе.

Оценка «отлично» - материал усвоен в полном объеме: изложен логично; основные умения сформулированы и устойчивы; выводы и обобщения точны и связаны с явлениями окружающей жизни.

Оценка «хорошо» - в усвоении материала незначительные пробелы: изложение недостаточно систематизировано; отдельные умения недостаточно устойчивы; в выводах и обобщениях допускаются некоторые неточности.

Оценка «удовлетворительно» - в усвоении материала имеются пробелы; материал излагается несистематизировано; отдельные умения недостаточно сформулированы; выводы и обобщения аргументированы слабо; в них допускаются ошибки.

Оценка «неудовлетворительно» - основное содержание материала не усвоено, выводов и обобщений нет.

3.5. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Инструкция: Выберите из нижепредложенных один, правильный на ваш взгляд, вариант ответа на поставленный вопрос. Отметьте любым знаком выбранный ответ.

1. Социально-медицинская работа представляет собой:

- а) одно из важных направлений в практическом здравоохранении;
- б) воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения;
- в) комплекс мероприятий, зависящих от политики государства и от современной концепции социальной защиты.

2. Социальная медицина изучает здоровье:

- а) отдельных индивидуумов;
- б) отдельных коллективов и социальных групп населения;
- в) коллективов, социальных групп населения общества в целом.

3. Здоровье – это:

- а) отсутствие болезней, физических дефектов, нарушения функций организма;
- б) состояние физического, духовного и социального благополучия;
- в) состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие дефектов.

4. Здоровье населения характеризуются следующими показателями:

- а) медико-демографическими; заболеваемости; индивидуальности; физического развития населения;
- б) заболеваемости и инвалидности;
- в) медико-демографическими и физического развития.

5. Основными методами исследования в социально-медицинской работе являются:

- а) статистический; исторический; экономический;
- б) социологический; метод экспертных оценок;

в) статистический; исторический; экономический; метод экспертных оценок; экспериментальный.

6. Заболеваемость или собственно заболеваемость – это:

а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году выявленных среди населения заболеваний;

б) совокупность впервые выявленных среди населения заболеваний;

в) совокупность новых, нигде ранее не учтенных среди населения заболеваний.

7. Инвалидность – это:

а) длительная потеря трудоспособности, вызванная травмой;

б) длительная потеря трудоспособности, вызванная хроническим заболеванием;

в) длительная или постоянная потеря трудоспособности вследствие значительного нарушения функций организма, вызванного хроническим заболеванием или травмой.

8. Основными задачами учреждений МСЭ являются:

а) выявление лиц, страдающих хроническими заболеваниями и имеющих необратимые изменения;

б) разработка программы социальной защиты инвалидов;

в) определение факта инвалидности, группы инвалидности, причин инвалидности и прогноза.

9. Профилактика заболеваемости – это:

а) совокупность знаний, навыков, мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья каждого человека и отдельных групп и на предотвращение неблагоприятных последствий для их здоровья;

б) устранение отрицательных факторов социального и физиологического риска заболеваний и развитие положительных факторов, способствующих здоровью;

в) предупреждение болезней, рецидивов и осложнения заболеваний.

10. По целям профилактику подразделяют на:

- а) медицинскую и социальную;
- б) первоочередную и второстепенную;
- в) первичную, вторичную и третичную.

11. Медицинская активность – это:

- а) активность в отношении личного здоровья;
- б) активность населения в области охраны здоровья;
- в) деятельность медицинских работников в отношении здоровья населения.

12. Назовите системы здравоохранения, имеющие развитие в нашей стране:

- а) государственная, муниципальная, частная;
- б) государственная и муниципальная;
- в) государственная и частная.

13. Диспансеризация – это:

- а) регулярная медицинская помощь;
- б) постоянное наблюдение за больными;
- в) активное, динамичное наблюдение за больными.

14. К первичной профилактике нельзя отнести одно из следующих мероприятий:

- а) вакцинация;
- б) пропаганда здорового образа жизни;
- в) диспансеризация больных.

15. К амбулаторно-поликлиническим учреждениям не относится одно из следующих:

- а) городская поликлиника;
- б) ФАП;
- в) санаторий-профилакторий.

16. При оказании скорой и неотложной помощи должен соблюдаться главный принцип:

- а) преемственность;

б) этапность;

в) последовательность.

17. В круг обязанностей медико-социального работника входит:

а) пенсионное и социальное обеспечение гражданина (семьи);

б) назначение обслуживаемому больному лечения согласно имеющемуся у него заболевания (патологии);

в) обеспечение медикаментами, продуктами питания по льготным ценам, оформление и переоформление документов.

18. Решение об установлении группы (степени) инвалидности принимается:

а) руководителем учреждения МСЭ;

б) специалистами, проводившими экспертизу под руководством руководителя учреждения МСЭ;

в) простым большинством голосов специалистов, проводивших МСЭ.

19. В организации медико-социального стационара на дому главная роль принадлежит:

а) участковому терапевту;

б) участковой медицинской сестре;

в) заведующему терапевтическим отделением.

20. Служба социально-медицинской помощи комплектуется специально подготовленными работниками, исходя из поставленных перед нею задач и соответствующих должностей социальных работников для работы в системе:

а) социальной защиты;

б) здравоохранения;

в) органов местного самоуправления.

4. РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ К УЧЕБНЫМ ЗАНЯТИЯМ

4.1. СЛОВАРЬ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПОНЯТИЙ И ТЕРМИНОВ

Словарь представляет собой справочное издание, содержащее размещенный в алфавитном порядке свод основных медико-социальных понятий и терминов, применяемых в современной медицинской и медико-социальной литературе. Термины снабжены краткими определениями. Словарь предназначен для патронажных, социальных и медицинских работников, а также для сестер милосердия.

Абазия – неспособность ходить, связанная с расстройствами равновесия тела или с двигательными нарушениями нижних конечностей (параличами, гиперкинезами, мышечными спазмами).

Абилитация – система медицинских, психологических, педагогических, юридических, профессиональных, технических, т.е. социальных мер по приобретению функций организма и трудоспособности больных и инвалидов.

Цель абилитации - достижение индивидом по возможности более высокой функциональной активности, не приобретенной им от рождения. В настоящее время в РФ абилитация определена как комплекс государственных социально-экономических, медицинских, юридических, педагогических и иных мероприятий по включению больных и инвалидов в активную социальную, общественную и трудовую деятельность. Система абилитации больных и инвалидов в России только зарождается. В Правительстве РФ создан Департамент проблем семьи, женщин и детей, на региональном и муниципальном уровнях формируются Центры реабилитации.

Абстиненция – состояние, возникающее в результате внезапного прекращения приема веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость, или после введения их антагонистов; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами.

Абулия – патологическое отсутствие желаний и побуждений к деятельности.

Аггравация – преувеличение большим симптомов действительно имеющегося заболевания.

Агнозия – дефицит восприятия, при котором человек не способен узнавать соотношение различных сенсорных стимулов. Например, не может узнать какой-то объект как соотношение его конкретного зрительного образа, звуков, фактуры. Причиной агнозии может быть поражение определенных участков коры головного мозга в результате кровоизлияния, опухоли, черепно-мозговой травмы. В зависимости от места поражения наблюдаются зрительная, слуховая и осязательная агнозии.

При зрительной агнозии больной, не теряя зрения, не узнает предмет или не может осмыслить картину в целом, воспринимая отдельные детали предмета.

При слуховой агнозии слух сохраняется, но теряется способность узнавать предметы по характерным для них звукам (часы по тиканью, собаку по лаю и т.д.). Понимание речи при этом также нарушено.

При осязательной агнозии нарушается способность узнавать предметы путем их ощупывания. При ощупывании предмета с закрытыми глазами пациент может описать его величину, форму, материал, из которого изготовлен предмет, но не узнать его. Агнозия может проявляться в неузнавании частей собственного тела или в ощущениях увеличения или уменьшения конечностей.

Агрессивность – болезненное стремление к нападению и нанесению повреждений отдельному лицу, группе лиц или всем окружающим.

Адаптация – приспособление живого организма к постоянно изменяющимся условиям существования во внешней среде. Без адаптации невозможно было бы поддержание нормальной жизнедеятельности и приспособление к различным факторам внешней среды: к температурным, климатическим, гипоксии, воздействию на организм инфекционных агентов, к различным условиям труда, быта и питания, к болезням, старости, инвалидности.

Адаптация социальная – процесс приспособления индивида к изменившейся социальной среде. Средством социальной адаптации является принятие

индивидом норм и ценностей новой социальной среды (например, к жилищным условиям вследствие болезни или инвалидности, организации, в которую он приходит), сложившихся в ней форм социального взаимодействия (к примеру, стиля руководства, круга общения) и характерных для нее форм деятельности (способов выполнения профессиональных обязанностей).

Адаптация социальная имеет две формы: активную, когда индивид стремится к воздействию на социальную среду с целью ее изменения (т.е. изменения тех норм и ценностей, а также форм социального взаимодействия и деятельности, которые он должен принять), и пассивную, когда он не стремится к воздействию на нее.

Показателями успешной социальной адаптации являются: высокий социальный статус индивида в новой социальной среде и его психологическая удовлетворенность ею (пример - удовлетворенность условиями работы или ее содержанием). Показателями низкой социальной адаптации являются перемещение индивида в другую социальную среду (например, в случае миграции или текучести кадров), отклоняющееся поведение, выход на пенсию и др.

Успешность социальной адаптации зависит от характеристик социальной среды (т.е. от того, насколько она сложна и подвержена изменениям), а также от характеристик самого человека. Наиболее значимыми для социальной адаптации социально-демографические характеристики человека являются образование и возраст. Поскольку социальная адаптация нередко ставит перед человеком проблемы, которые он сам не в состоянии решить, она становится объектом социальной помощи и одной из задач социальной работы.

Адаптация социокультурная – процесс приспособления индивида к окружению и целенаправленного приспособления индивидом элементов этого окружения к удовлетворению собственных потребностей и запросов; осуществляется с помощью знаний и навыков, полученных в ходе социализации (инкультурации) в процессах социального взаимодействия и коммуникации.

Адинамиа – уменьшение или полное прекращение двигательной активности.

Акалькулия – нарушение способности производить арифметические действия.

Акинезия – отсутствие активных движений.

Активность социальная – поведение социальных субъектов (общества, классов, групп, личностей), воспроизводящее или изменяющее условия их жизнедеятельности и развивающее их собственную структуру.

Нередко социальная активность определяется как способность субъекта к указанным формам поведения. Анализ социальной активности начинается с поведения, поэтому в психологии противопоставляют реактивность индивида, вызванную влиянием ситуации, и активность, обусловленную внутренним состоянием субъекта в момент действия и выходящую в высших своих проявлениях за пределы требований текущего момента. С этой позиции деятельность оказывается одной из высших форм общей активности субъекта, а активность социальная – условием самоопределения личности в обществе и сознательной регуляции поведения.

Степень активности социальной можно определить, сопоставляя следующие характеристики субъектов:

- а) мобильность (считая молодежь наиболее социально активной);
- б) разнообразие способов и сфер действия (социальная активность выше у лиц, включенных в большее число общественных связей и общностей);
- в) сознательность осуществляемых действий, приобретающих свойства общественно значимых поступков;
- г) использование опыта других субъектов, что помогает расширить объем и усилить интенсивность преобразующей деятельности;
- д) привлечение сил других субъектов для достижения общественно значимых целей;
- е) творческий потенциал, обеспечивающий генерацию новых способов преобразования природы и общественных отношений.

Называя активность социальной чертой личности, подразумевают сугубо социальный уровень поведения, предпосылкой которого могут служить различ-

ные социально-психологические особенности. Последние, тем не менее, могут существенно влиять на ход социальных преобразований, на выбор путей решения социальных задач.

Выделяют три типа активности социальной: трудовую, общественно-политическую и в сфере культура и быта.

Трудовая активность проявляется в сфере трудовых отношений и характеризует субъект со стороны выполнения им профессиональных социальных функций. Рассматривается в качестве основного, определяющего вида активности социальной. Ее формы: движение за экономию и бережливость, участие в научно-техническом творчестве, движение рационализаторов и изобретателей и пр.

Общественно-политическая активность проявляется в деятельности людей в сфере общественно-политических отношений. Виды данной активности: участие в обсуждении государственных законов, в работе выборных органов и общественных организаций и т.п.

Культурно-бытовая активность – деятельность субъекта в быту. Она менее формализована и в большей степени зависит от индивидуальных качеств, желаний, устремлений людей. Проявляется в повышении образования, занятиях физкультурой и спортом, воспитании детей, развлечениях и др. Каждый из видов активности социальной, определяется знаниями, убеждениями, действиями. Изучается через исследование социальных факторов с помощью непосредственно фиксируемых их объективных и субъективных характеристик.

Алкоголизм – систематическое неумеренное употребление спиртных напитков в дозах, вызывающих алкогольное опьянение.

Амнезия – нарушение памяти, в виде утраты способности сохранять и воспроизводить ранее приобретенные знания.

Андрогогика – наука, занимающаяся изучением и обоснованием методов и технологий обучения взрослых людей. Объектом андрогогики является взрослый человек с определенным социальным, профессиональным, жизненным опытом, обладающий выраженной потребностью в модернизации имеющегося,

восстановлении утраченного и приобретений нового профессионального опыта. Контингент лиц, испытывающих потребность в образовательных услугах, разнороден по составу: лица, которым необходимо изменить профессию, повысить квалификацию, временно утратившие трудоспособность, пожилые люди. В последнем случае андрогогика становится составляющей комплексной медико-психолого-педагогической помощи, включающей широкий круг мероприятий: лечение, психотерапию, восстановительное обучение.

Анимация социокультурная – социально-педагогический вид деятельности, направленный на организацию социального взаимодействия лиц с ограниченными возможностями в целях их комплексной реабилитации средствами искусства и учреждений культуры. Основной целью анимации является помощь этим лицам в их социокультурной адаптации и интеграции в обычную социокультурную среду.

Анкилоз – отсутствие подвижности в суставе вследствие воспаления, травмы, дегенеративного процесса или длительного периода неподвижности в данном суставе.

Анорексия – отсутствие аппетита при наличии физиологической потребности в питании, обусловленное нарушениями деятельности пищевого центра.

Апексия – нарушение чтения.

Апатия – расстройство эмоционально-волевой сферы, проявляющееся безразличием к себе, окружающим событиям и лицам, отсутствием желаний, побуждений и бездеятельностью.

Аппетит – приятное ощущение, связанное с предстоящим приемом пищи. Различают *избирательный* аппетит, распространяющийся на определенные виды пищи. Возбуждение избирательного аппетита рекомендовано при плохом аппетите больных или пожилых людей. *Извращенный* аппетит проявляется желанием есть несъедобные вещи; встречается при психических заболеваниях.

Апраксия – нарушение произвольных движений и действий, обусловленное поражением коркового уровня двигательных функциональных систем и не

сопровождается четкими элементарными двигательными расстройствами (параличами и парезами), изменением мышечного тонуса, тремором. При апраксии больные часто не могут выполнить даже простые действия: застегнуть пуговицу или завязать шнурок, зажечь спичку, показать, как заводятся часы, как причесываются и др. При *акинестической* апраксии у больного нет желания двигаться; при *идеаторной* – больной не может наметить план последовательных действий, необходимых для выполнения сложного двигательного акта; при *кинестетической* больной не может определить нужное движение; при апраксии *одевания* больной затрудняется одеться, а при апраксии *ходьбы* – у больного нарушена ходьба при отсутствии двигательных, проприоцептивных, вестибулярных расстройств и атаксии.

Аптечка – скомплектованный в специальной упаковке набор лекарственных средств, перевязочного материала и других предметов медицинского имущества, предназначенный для оказания первой медицинской помощи, в т. ч. в порядке само- и взаимопомощи.

Артикуляция – физиологический процесс формирования звуков речи.

Артрит – воспаление одного или нескольких суставов. Возникает как проявление различных заболеваний. Чаще всего сопровождается ревматизм, остеоартроз, ревматоидный артрит и многие другие заболевания. Вне зависимости от причины, вызвавшей артрит суставов, клинические проявления этого недуга достаточно схожие. Артрит характеризуется наличием признаков воспаления пораженного сустава: постоянной болью, усиливающейся при движениях; отеком и покраснением кожи над суставом или суставами; тугоподвижностью; скованностью; деформацией.

При разных видах артрита может поражаться от 1-2-х до практически всех суставов, а воспаление может иметь различную степень выраженности. В результате хронического воспалительного процесса хрящевая ткань истончается, ее поверхность делается неровной. Костная ткань, наоборот, разрастается сильнее, что приводит к развитию внутрисуставных выростов, уменьшению су-

ставной щели. Эти изменения приводят к затруднению и резкой болезненности при движениях.

В свою очередь, человек для уменьшения боли щадит пораженный сустав и старается совершать им как можно меньше движений. Такое уменьшение нагрузки на сустав, его обездвиживание ведет к ускорению необратимых изменений в суставе и к развитию атрофии мышц и стойких контрактур суставов. Это становится причиной тугоподвижности. Тугоподвижность также обусловлена хроническим воспалением и отеком тканей, окружающих сустав. Даже выполнение простых действий, таких как откручивание крышки банки, причесывание, одевание или подъем по лестнице, может быть трудным и вызывать сильную боль.

Артроз – болезнь суставов с дегенерацией суставного хряща и нарушением соразмерности суставных поверхностей. Артроз занимает одно из первых мест среди недомоганий у людей пожилого и старческого возраста, особенно у женщин. Артрозы делают невозможным передвижение, особенно если воспалительный процесс идет в бедренном и коленных суставах и позвоночнике. Возникают деформация и тугоподвижность суставов.

Арттерапия – совокупность методов, в которых используются приемы художественной деятельности – рисунок, танец, музыка, поэзия, театральная игра, чтение, риторика – направленные на преодоление или компенсацию дефекта.

Арттерапия классифицируется в соответствии с видами искусства, используемыми в реабилитационной практике, каждое из которых имеет свою реабилитационную специфику. Так, музыка и живопись помогают лицам с ограниченными возможностями развивать способности, связанные с пространственно-временной организацией окружения. Театральная игра, риторика и танец помогают этим людям осваивать навыки оптимального поведения в ситуациях социального взаимодействия благодаря улучшению координации своих действий. Чтение для всех типов лиц с ограниченными возможностями является существенным средством совершенствования интеллектуальных способностей, а для

слепых и глухих - это ключевой способ расширения связей с социокультурным окружением.

Атаксия – нарушение координации движений, состояние, которое характеризуется неустойчивостью тела в вертикальном положении, нарушением размерности, направленности и качества движений, походка пошатывающаяся («пьяная»). В норме координация движений осуществляется автоматически согласованной деятельностью ряда образований нервной системы (мозжечок, проводящие пути глубокой мышечно-суставной чувствительности, идущие в составе задних столбов спинного мозга, и вестибулярный аппарат). При поражении различных отделов этой сложной системы атаксия бывает трех типов: мозжечковая, сенситивная и лабиринтная.

Атетоз – один из видов гиперкинеза. Характеризуется медленными непроизвольными червеобразными движениями, часто более выраженными в дистальных отделах конечностей. Атетоз может быть проявлением различных заболеваний головного мозга с поражением подкорковых узлов (энцефалитов, опухолей, сосудистых заболеваний, травматических поражений). Для атетоза характерно переразгибание средней и ногтевой фаланг пальцев руки, а также изменчивость мышечного тонуса – резкая мышечная гипертония сменяется мышечной атонией. Гиперкинез может распространяться на проксимальные отделы конечностей, мышцы туловища, лица, могут возникать приступы насильственного плача и смеха.

Атрофия мышц – постепенное истончение и перерождение мышечных волокон, уменьшение их сократительной способности. Атрофия мышц может быть ведущим признаком наследственных нервно-мышечных заболеваний, а также при эндокринных и онкологических заболеваниях, при длительных хронических инфекциях, длительном постельном режиме.

Астения – состояние, характеризующееся повышенной утомляемостью, частой сменой настроения, раздражительной слабостью, гиперэстезией, слезливостью, вегетативными нарушениями и расстройствами сна.

Атаксия – нарушение движений, проявляющееся расстройством их координации.

Аудиограмма – кривая, отображающая отклонения слуховых порогов от нормальных для разных звуковых частот.

Аудиометрия – 1) измерение остроты слуха; 2) измерение порогов восприятия звуков с помощью аудиометра.

Аутизм – погружение в мир личных переживаний с ослаблением или потерей контакта с действительностью, утратой интереса к реальности, отсутствием стремления к общению с окружающими людьми, скудностью эмоциональных проявлений; признак психического расстройства.

Афагия – полная невозможность глотания.

Афазия – отсутствие способности говорить или полная потеря речи, или выраженное нарушение речи, связанное с поражением «центров речи» в головном мозге. Афазия возникает при кровоизлияниях в мозг, тромбозе сосудов мозга, абсцессах, черепно-мозговых травмах и т.д. Афазия часто сопровождается расстройством чтения – алексией, письма – аграфией, счета – акалькулией. Различают сенсорную, моторную, семантическую виды афазий.

Аффект (в психиатрии) – кратковременная и сильная, положительная или отрицательная эмоция, возникающая в ответ на воздействие внутренних или внешних факторов и сопровождающаяся соматовегетативными проявлениями.

Бальнеотерапия – применение природных и искусственно приготовленных минеральных вод с лечебно-профилактической целью. При бальнеотерапии минеральные воды назначают внутрь и наружно. Наиболее частыми методами наружного применения минеральных вод являются ванны, души, купание в бассейнах с минеральной водой. Для бальнеотерапии используются минеральные воды различного химического состава и физических свойств. Наличие углекислого газа, сероводорода, азота, радона, солей определяет воздействие ванн на организм больного. Минеральные ванны бывают: углекислые, сероводородные, радоновые, солевые.

Минеральная вода, принятая внутрь, оказывает непосредственное действие на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, рефлекторно вызывая изменение желудочной секреции, способствует удалению слизи. Минеральные воды стимулируют желчеобразовательную и желчевыделительную функции, оказывают влияние на функцию печени и поджелудочной железы, на солевой, белковый, углеводный и жировой обмен. Некоторые воды обладают мочегонным действием. Минеральные воды наряду с соответствующей диетой назначают при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, мочевыводящих путей, сахарном диабете.

Минеральные воды также применяют для полосканий полости рта, ингаляций, промываний желудка и кишечника, клизм, орошений.

Безопасность пациента – состояние защищенности жизненно важных интересов пациента от внутренних и внешних угроз.

Библиотерапия – специальное коррекционное воздействие на лицо с ограничениями с помощью чтения специально подобранной литературы в целях нормализации или оптимизации его психического состояния.

Коррекционное чтение направлено на психические состояния или свойства личности инвалидов или пожилых, которые испытывают неудовлетворенность своим образом жизни и желание его изменить, желание войти в круг людей, творчески владеющих словом или для того, чтобы поделиться своим творческим опытом и т.д.

Реабилитационное воздействие чтения проявляется в том, что те или иные образы и связанные с ними чувства, влечения, желания, мысли, усвоенные с помощью книги, восполняют недостаток собственных образов и представлений, заменяют тревожные мысли и чувства человека для восстановления его душевного равновесия.

Реабилитационный резерв библиотерапии проявляется во влиянии на формирование самосознания человеком своих проблем, расширении компенсаторных возможностей удовлетворения информационных потребностей, налаживании связей с единомышленниками, творческом соотнесении своей лично-

сти с персонажами художественных произведений, приобщении к культуре страны и мира, развитии речевых возможностей (особенно у людей с проблемами речи и нарушением общения).

Благодетельство – действие, направленное на благо другого человека, социальной группы, одобряемое общественной нравственностью; доброжелательность, щедрость, понимание другого человека, соучастие в его судьбе, сострадание к нему; делать, творить и приносить добро, служить бескорыстно другим, заботиться о счастье ближнего.

Близорукость – аномалия рефракции глаза, при которой главный фокус оптической системы глаза находится между сетчаткой и хрусталиком.

Болезни психические – специфические болезни человека, возникающие в результате нарушения или изменения деятельности всего организма, преимущественно мозга, и проявляющиеся разнообразными расстройствами психической деятельности.

По происхождению все психические болезни могут быть разделены на четыре больших класса: эндогенные психические болезни, природа которых имеет характер или наследственный, или наследственного предрасположения (хорея Гентингтона, амавротическая идиотия, фенилпировиноградная олигофрения, шизофрения, некоторые формы эпилепсии и др.); экзогенные, причиной которых являются неблагоприятные воздействия внешней среды - травма, инфекция, отравления, проникающая радиация (травматическая болезнь мозга, алкоголизм, наркомания, энцефалиты и т.п.); соматогенные, появляющиеся как следствие первично немозговых болезней, столь значительно изменивших внутреннюю среду организма, что она уже становится агрессивной для деятельности мозга (психические болезни, возникающие в результате болезней почек, печени, сердечно-сосудистой системы, эндокринной и т.д.); психогенные – их причиной становится неблагоприятная для человека социальная ситуация, конфликт (реактивные психозы, неврозы и пр.).

ВОЗ разработала единую международную классификацию психических болезней, что способствует сближению столь разнящихся национальных систе-

матик психических болезней и распространению знаний об их природе и механизмах развития. Международная классификация изменяется довольно регулярно. В настоящее время введена классификация 10-го пересмотра. В ней каждая психическая болезнь (согласно этой классификации вместо понятия «психические болезни» употребляется обобщающее понятие «психические расстройства») имеет свой шифр. Распространенность психических болезней велика.

Лечение психических болезней разнообразно:

- лекарственное, в том числе психофармакологическими препаратами, brutальные методы лечения (инсулиновые комы, электросудорожная терапия);
- лечебное голодание;
- пиротерапия (подъемы температуры тела до 38° С и выше);
- психотерапия;
- трудотерапия;
- хирургическое лечение (психохирургия).

Профилактика психических болезней имеет три вида:

- первичная – недопущение появления болезни;
- вторичная – предупреждение обострений уже начавшейся болезни;
- третичная – предупреждение тяжелых осложнений и появления глубокого психического дефекта.

Болезни психосоматические – патологические расстройства функций организма и систем, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов. Эмоциональный стресс способен вызвать или спровоцировать возникновение большого числа соматических заболеваний. Все они могут быть разделены на две группы психосоматических болезней:

1) расстройства, возникающие при определенной конституционально-генетической предрасположенности к возникновению болезни (сахарный диабет, аллергия, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь);

2) болезни, при которых такой предрасположенности не обнаруживается (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, лейкоз, рак шейки матки, ревматоидный артрит и др.).

Психическая травма влияет на остроту и выраженность подобных расстройств. Особое значение имеют при этом сопутствующие ей эмоциональные переживания: страх, тревога, подавленность, напряжение.

Перед возникновением многих психосоматических болезней проявляются своеобразные варианты депрессивных реакций, когда наряду с тоской обнаруживаются безынициативность и чувство безысходности. Жалобы соматического характера могут возникнуть и при многих нервно-психических расстройствах: неврозах, депрессиях, ипохондрических состояниях. Существует специально выделенный вариант депрессии - соматозированная субдепрессия, при которой на первый план выступают жалобы именно соматического характера, а психические расстройства как бы не замечаются и потому в жалобах больных не звучат. В результате этот вариант депрессии имеет еще одно обозначение – ларвированная (скрытая, маскированная) субдепрессия. Подобные пациенты со своими жалобами обращаются к терапевтам, невропатологам, хирургам, сексопатологам, которые их обследуют и подолгу безуспешно лечат (таких пациентов до 20-30% среди страдающих хроническими заболеваниями больных поликлиник), тогда как лечение должен осуществлять психиатр. Это имеет значительные медицинские (болезни принимают затяжное течение) и социальные (необоснованная инвалидизация, снижение социального и профессионального статуса, семейно-бытовые проблемы) последствия.

Болезнь – нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными или морфологическими изменениями. Возникновение болезни связано с воздействием на организм вредных факторов внешней среды (физических, химических, биологических, социальных), с его генетическими дефектами и т.д. ВОЗ разрабатывает Международную классификация болезней, в настоящее время действует 10-й пересмотр.

В развитии болезни обычно различают 4 стадии: латентный период (скрытый), период продромальных явлений (от первых клинических проявлений до полного развития симптомов болезни), период разгара болезни (полное развитие характерной для данной болезни клинической картины), период окончания болезни (исходы болезни: выздоровление, рецидив, переход острой формы в клиническую, смерть). Выделение периодов болезни, вариантов ее течения, фаз обострения и ремиссий, изучение причин перехода острой формы болезни в хроническую имеют большое клиническое, социально-экономическое значение и используются не только для разработки тактики лечения, но и для планирования лечебных и профилактических мероприятий.

Боль – 1) своеобразное психофизиологическое состояние человека, возникающее в результате воздействия сверхсильных или разрушительных раздражителей, вызывающих органические или функциональные нарушения; является интегративной функцией организма, мобилизующей разнообразные функциональные системы для защиты организма от воздействия вредящего фактора; 2) субъективно тягостное ощущение, отражающее психофизиологическое состояние человека, которое возникает в результате воздействия сверхсильных или разрушительных раздражителей.

Больница – лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее населению стационарную, а при наличии поликлинического отделения - и внебольничную медицинскую помощь.

Больница психиатрическая – специализированное лечебно- профилактическое учреждение, предназначенное для оказания стационарной психиатрической помощи и проведения стационарных психиатрических экспертиз. Основным структурным подразделением психиатрической больницы является клиническое отделение.

В отличие от обычных больниц в психиатрической больнице выделяются отделения, в которых в соответствии с психическим состоянием граждан и типом их госпитализации (недобровольное, принудительное лечение) ограничивается их личная свобода. Кроме общепсихиатрических отделений, а также отде-

лений, дифференцированных по возрасту (детское, подростковое, геронтологическое) или полу, выделяют наркологические, для психически больных с туберкулезом, с соматическими заболеваниями, для больных с пограничными психическими расстройствами - отделения неврозов), для лечебного голодания, а также судебно-психиатрической, врачебно-трудовой и военно-врачебной экспертиз.

В структуре психиатрической больницы имеются лечебно-производственные и трудовые мастерские, в которых осуществляется трудовая реабилитация пациентов. Психиатрическая больница осуществляет диагностику и лечение психически больных людей, профилактику их общественно опасных действий, защиту их прав и законных интересов в случае отсутствия у психически больного законного представителя (родителя, усыновителя, опекуна), обеспечение безопасности пациентов. Диагноз устанавливается в соответствии с медицинскими стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе социокультурными ценностями. Для диагностики и лечения применяются медицинские средства и методы, разрешенные законом, причем исключительно для диагностики и лечения, и не могут использоваться в качестве наказания или в интересах третьих лиц. Нарушение данного правила преследуется по закону.

Пациент психиатрической больницы имеет право: на разъяснение целей и оснований его госпитализации; обращаться с вопросами и жалобами к руководству отделения или больницы; без цензуры подавать жалобы и заявления в органы власти, суд, прокуратуру, адвокату; встречаться с адвокатом и священником; исполнять религиозные обряды и иметь религиозную атрибутику и литературу; выписывать газеты и журналы; получать образование по программе средней или специальной школ (до 18 - летнего возраста); получать равное с другими гражданами вознаграждение за труд. В соответствии с законом ограниченными могут быть следующие их права: бесцензурная переписка; отправка и получение посылок, бандеролей, денежных переводов; пользование телефоном; пользование собственной одеждой.

Бред – совокупность идей, суждений, не соответствующих действительности, полностью овладевающих сознанием больного и не корректируемых при разубеждении и разъяснении.

Бродяжничество – социальное явление, характеризующееся скитанием лиц без определенного места жительства в течение длительного времени по территории страны либо в пределах населенного пункта, города. Для бродяжничества характерна сезонность миграционных процессов и концентрация преимущественно в местах массового скопления населения (вокзалы, базары, метро, подземные переходы и т.п.).

До последнего времени бродяжничество преследовалось в уголовном порядке как форма уклонения граждан от общественно полезного труда, проявление паразитического образа жизни, социального тунеядства. Ответственность за бродяжничество, как правило, сочеталась с осуждением за нарушение правил паспортной системы и попрошайничество. Бродяжничество является одним из свидетельств социально-экономического неблагополучия в обществе, порождающего вынужденную миграцию населения. Декриминализация бродяжничества не устраняет всех проблем, связанных с добровольным исключением большой группы людей из первичных общественных ритмов.

Государство вынуждено заниматься различными аспектами бродяжничества по санитарно-гигиеническим соображениям. Кроме того, бродяжничество представляет собой достаточно очевидный криминальный фактор: в среде бродяг, под видом скитальцев, находят временное пристанище преступники, стремящиеся уйти от ответственности; сами занимающиеся бродяжничеством лица в поисках средств к существованию без приложения труда совершают корыстные преступления; в антисанитарных условиях, фактически без надежды знать родителей, рождаются дети, вовлекаемые в убогий мир странников, живущих одной лишь заботой о суточном пропитании.

Предупреждение бродяжничества достигается сочетанием мер общественного воздействия и административной ответственности, а также содей-

ствием в трудоустройстве и предоставлении мест временного пребывания (спецприемники-распределители).

Булимия – патологическое, резко усиленное чувство голода, нередко сопровождающееся общей слабостью и болями в животе; наблюдается при гиперинсулинизме, поражениях головного мозга.

Возрастная структура населения – характеристика населения по возрастным группам, поколениям, когортам, которая создает базу для демографического, социального и экономического анализа. Группы могут иметь годовые, 5- и 10-летние интервалы, поколения распределяют население на детей (0-14 лет), взрослых (15-59 лет) и пожилых (60 и старше), когорты дают более развернутые классификации жизненных циклов.

Периодизация жизненных циклов у разных авторов имеет различные основания. Так, ученый-демограф Б.Ц.Урланис в основу классификации положил участие индивидуума в общественно полезном труде: дорабочий период (ясельный возраст до 3 лет, детсадовский возраст - 3-6, школьный возраст - 7-15); рабочий период (юность - 16-24, зрелость - 25-44, поздняя зрелость - 45-59); послерабочий период (пожилые люди - 55-64, старые - 65-74, очень старые - 75-85, престарелые - 85 лет и старше). Американский исследователь И.Алан предложил интерпретацию фаз жизненного цикла, включающую социологические и психологические комментарии. Польские социологи делят возраст человека по отношению к росту его образовательного уровня и трудовому пути.

Возрастная структура дает представление о численности трудовых ресурсов, потребности в рабочих местах и необходимой социальной инфраструктуре, а также служит отправной точкой для прогностических расчетов по данным проблемам. Выделяют три вида возрастной структуры - прогрессивную, в которой численность детей преобладает над численностью старших возрастных групп, регрессивную, с обратным соотношением, и стационарную, с равновесием этих двух групп. Другим показателем «возрастного качества» общества является средний возраст, рассчитываемый как средняя арифметическая взвешенная на основе распределения населения по возрастным группам. Аналогичные

сведения о возрастной структуре дает определение медианного (серединного) и модального (наиболее часто встречающегося) возраста.

Общество, в котором удельный вес людей 65 лет и старше превышает 7% от всего населения, по классификации ООН называют старым. Большинство развитых стран из-за низких уровней рождаемости и смертности пожилых людей относятся к данной категории. Общество, в котором доля людей старше 65 лет ниже 4%, по той же классификации считается молодым. Чаще всего это характеристика развивающихся стран.

Значительно изменяет возрастную структуру миграция населения, поскольку уезжают чаще молодые, остаются старики, в результате в местах убытия происходит «старение» населения, усиливающееся естественным падением рождаемости. Противоположные процессы - в местах прибытия, и как результат – «омоложение» населения, сопутствующий рост рождаемости и улучшение демографической ситуации.

Разрушительное влияние на всю демографическую структуру оказывают войны, причем катастрофические последствия деструктивных изменений сказываются и через десятилетия – дисбалансом мужского и женского населения, снижением рождаемости, ослаблением института брака. Из-за разности в продолжительности жизни мужчин и женщин удельный вес пожилых мужчин во всех странах мира, в том числе и в России, ниже, чем женщин.

Вмешательство (интервенция) – означает планируемое действие, предпринимаемое или предлагаемое патронажным или социальным работником вместе либо от имени подопечного.

Внимание – форма организации психической деятельности, обеспечивающая выделение в сознании одних объектов при одновременном отвлечении от других объектов. Возникновение и поддержание *активного* внимания требует интеллектуальной и волевой активности индивидуума; *пассивное* внимание не связано с каким-либо намерением, задачей или целью, а определяется только свойствами самого объекта (новизна, необычность, яркость и т.п.). Создать

условия для концентрации и удержания внимания патронируемого - важная задача патронажного или социального работника.

Внушаемость – свойство личности, проявляющееся в повышенной восприимчивости к психическому воздействию со стороны другого лица или группы лиц.

Возбуждение в психиатрии – общее название психопатологических состояний с выраженным усилением психической и двигательной активности.

Возраст:) продолжительность периода времени от момента рождения до настоящего или до другого определенного момента времени; в статистике обычно измеряется числом лет, исполнившихся в последний день рождения. *Биологический* возраст определяется по совокупности обменных, структурных, функциональных, регуляторных особенностей и приспособительных возможностей организма; *календарный* – определяется по известной дате рождения; *костный* – определяется по состоянию костного скелета исследуемого объекта, преимущественно по рентгенологическим данным, сопоставляемым со средними данными о сроках формирования и развития ядер окостенения; *морфологический* – оценивается по морфологическим признакам: вес тела, рост, состояние зубов, степень окостенения скелета, развитие вторичных половых признаков, степень эластичности и морщинистости кожи, состояние волосяного покрова и др.

2) конкретная стадия (период) биологического и социально-психологического развития личности, например, грудной, дошкольный, зрелый, пожилой возраст и т.п.

Возрастная структура населения – распределение численности населения по возрастным группам.

Возрастно-половая структура населения – распределение численности населения по возрастным группам отдельно для мужчин и женщин.

Врачебная тайна – совокупность сведений о болезни, а также об интимной и семейной жизни больного, клиента, ставших известными медицинским или фармацевтическим работникам при выполнении ими своих профессиональных

обязанностей и не подлежащих оглашению; врачебная тайна охраняется законом, сведения о болезни сообщаются лишь государственным органам здравоохранения, если этого потребуют интересы охраны здоровья населения, а следственным и судебным органам – по их требованию.

Врачебное свидетельство о смерти – учетный документ, регистрирующий факт и причину смерти, заполняемый врачом, лечившим больного и (или) установившим причину смерти.

Вскрытие трупа – исследование тела умершего, заключающееся в последовательном извлечении и препаровке органов и тканей с выявлением имеющихся в них патологических изменений и установлением причин смерти. В случаях, когда смерть наступила в результате заболевания, и нет подозрения на насильственную смерть, или нет заявления о причинении медиками умершему вреда, по желанию родственников труп не подлежит вскрытию. Отказ от вскрытия оформляется письменно.

Галлюцинации – расстройства восприятия в виде ощущений и образов, произвольно возникающих без реального раздражителя (объекта) и приобретающих для больного характер объективной реальности.

Гарденотерапия – это особое направление психосоциальной, профессиональной реабилитации при помощи приобщения к работе с растениями. Практика показывает, что пожилые люди удовольствием выращивают растения и ухаживают за ними. Особое эмоциональное настроение, связанное с выполнением необходимой работы, психически балансирует и успокаивает. Этот вид деятельности имеет ярко выраженную психотерапевтическую направленность, что позволяет использовать его при коррекции поведенческих и эмоциональных расстройств, в восстановительном периоде после перенесенных заболеваний, для улучшения психоэмоционального состояния людей с патологией тех или иных органов и систем. Гарденотерапию можно применять совместно с элементами других технологий социокультурной деятельности - музыка-, изобблиотерапией, фото, дизайн, оригами. Использование элементов гарденотерапии дает положительные результаты в силу того, что продукты деятельно-

сти имеют конкретный наглядный результат и находятся в прямой зависимости от усилий, которые человек вложил в свой труд.

Гемиплегия – паралич одной половины тела. Лицо и одна из рук часто поражаются сильнее, чем нога. Гемиплегия возникает в результате заболевания, поражающего противоположное полушарие головного мозга.

Гериятрия – раздел клинической медицины, изучающий особенности заболеваний у людей пожилого и старческого возраста и разрабатывающий методы их лечения и профилактики, организацию медицинской и социальной помощи. Одна из основных задач гериятрии выяснение возможностей влияния на процесс преждевременного старения.

По современным научным данным, старение – физиологический процесс, поэтому плохое самочувствие у лиц пожилого возраста, как правило, связано с какой-либо патологией. Выделяют бессимптомные возрастные изменения, недомогания, не дающие клинических проявлений и часто наблюдающиеся у практически здоровых людей пожилого и старческого возраста, имеющие хроническое течение, иногда с осложнениями. Сочетание болезней, ранее существовавших и развившихся в более поздние возрастные периоды, объясняет часто наблюдающуюся в пожилом и старческом возрасте множественность патологических поражений в различных комбинациях. Структура заболеваемости лиц пожилого и старческого возраста имеет свои особенности. Основную форму патологии составляют хронические заболевания: общий атеросклероз, кардиосклероз, гипертоническая болезнь, поражения сосудов головного мозга, эмфизема легких, сахарный диабет, болезни глаз, новообразования.

Вопросы организации медицинской помощи пожилым и старым людям решаются в тесном контакте с органами социальной защиты населения по-разному для людей, находящихся в домах для престарелых и проживающих вне их, в семьях или в одиночестве. При осуществлении медицинской помощи пожилым и старым людям следует учитывать, что резкая перемена их образа жизни нередко является причиной развития физической и психической декомпенсации. Поэтому вся система организации медико-социальной помощи в гериа-

трии должна способствовать пребыванию старого человека дома, естественно, в той мере, в какой позволяет состояние его здоровья, возможность организации ухода, окружающая обстановка.

Герогигиена – раздел геронтологии, изучающий влияние условий жизни на процесс старения человека и разрабатывающий мероприятия, направленные на предупреждение патологического старения и создание условий, обеспечивающих населению длительную, дееспособную, здоровую жизнь. Герогигиена как комплексная социально-биологическая наука использует методы исследования и данные физиологии, психологии, патологии, гигиены, санитарной статистики, демографии и социологии.

В соответствии с профилем выделяют социальную герогигиену, коммунальную, труда и питания. Герогигиена решает проблемы увеличения продолжительности жизни и достижения активной старости путем предупреждения преждевременного патологического старения населения, а также проблемы обеспечения населению пожилого и старческого возраста оптимальных условий жизни и усиленной трудовой деятельности.

Изучение состояния здоровья и структуры причин смерти лиц пожилого и старческого возраста является основой разработки нормативов медико-социальной помощи, форм амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи, способов профилактики преждевременного старения. Большой удельный вес среди проблем социальной гигиены и социальной герогигиены занимают социологические проблемы - место и авторитет пожилого человека в обществе, в семье, в трудовом коллективе, подготовка к выходу на пенсию, материальная и правовая обеспеченность старости, рациональный образ жизни, формы отдыха и др. Развитие коммунальной герогигиены связано с необходимостью приспособления быта к возможностям стареющего населения. Решение многих проблем герогигиены связано с политикой государства в отношении установления пенсионного возраста, льгот и компенсаций для работающих пенсионеров, правового регулирования их труда и социальной защиты, материального обеспечения старости и медицинской помощи.

Геронтология – раздел биологии и медицины, изучающий закономерности старения живых существ, в том числе человека. Задачей биологии старения является выяснение первичных механизмов старения, установление их взаимосвязи в процессе жизнедеятельности организма, определение возрастных особенностей адаптации организма к окружающей среде. Изучение биологии старения имеет большое значение для правильного понимания генеза заболеваний, характерных для лиц пожилого и старческого возраста, правильной их терапии и разработки мер рациональной профилактики.

Геронтология социальная – область знания, изучающая особенности пожилых людей как определенного социально-демографического слоя: образ жизни пожилых людей, способы их социальной адаптации к новым условиям в связи с выходом на пенсию, перемены в их социальном статусе и престиже, материальном и семейном положении, социальной роли и т.д. В последнее время интерес к социальной геронтологии непрерывно возрастает, что обусловлено изменениями в демографической структуре современного общества: во многих странах, в том числе и в России, происходит увеличение относительного и абсолютного количества лиц пожилого возраста. Причем больший процент лиц старше 60 лет проживает в сельской местности.

Процесс старения населения порождает ряд социально-экономических проблем: рост в обществе непроизводительных групп, увеличение в связи с этим нагрузки на трудоспособное население, возрастание численности престарелых лиц, требующих специального ухода и медицинской помощи и др. Изменение в формах современной семьи, в частности возникновение нуклеарной семьи (т. е. состоящей лишь из супругов и их детей), приводит к изменениям в статусе лиц пожилого возраста в семье. Человек в старости часто отделяется от своих детей, ставших самостоятельными и создавших свои семьи, нередко теряет своих родных и близких. Это подрывает его связи с обществом, приводит к изменениям в мотивации, а также к сужению круга его интересов и социальных контактов. Указанные проблемы находятся в центре внимания социальной

геронтологии, входящей в сферу интересов не только социологов, но и социальных работников.

Геропсихология – отрасль геронтологии и возрастной психологии, использующая общепсихологические средства и методики для изучения особенностей психики и поведения лиц пожилого и преклонного возрастов. Изучает взаимосвязь при старении общих физиологических характеристик и психологических особенностей поведения, а также личностные сдвиги, порождаемые изменением характера деятельности и ценностных ориентаций. Общей целью геропсихологии является изыскание средств продления активной и полноценной жизни пожилого человека.

Гигиена – медицинская наука, изучающая влияние факторов среды окружающей среды на здоровье человека, его работоспособность и продолжительность жизни, разрабатывающая нормативы, требования и санитарные мероприятия, направленные на оздоровление населенных мест, условий жизни и деятельности людей.

Гигиена социальная – наука об общественном здоровье и здравоохранении, о социальных проблемах медицины и здравоохранения, изучающая состояние и динамику здоровья населения и его отдельных групп, оздоравливающее и неблагоприятное влияние социальных факторов на здоровье населения, разрабатывающая рекомендации для осуществления мероприятий по устранению и предупреждению вредного для здоровья населения социальных факторов.

Гимнастика – система физических упражнений, составленная из различных комбинаций движений с регламентированной амплитудой, скоростью и темпом, а также дозированным мышечным напряжением. Различают гигиеническую гимнастику, корригирующую, лечебную, производственную и др. Играет важную роль в комплексе лечебных мероприятий, а также при выполнении программ реабилитации после перенесенных заболеваний.

Гиперкинез – автоматические насильственные движения вследствие непроизвольных сокращений мышц.

Гипокинезия – ограничение количества и объема движений, обусловленное образом жизни, особенностями профессиональной деятельности, постельным режимом в период заболевания, при инвалидности или у людей пожилого возраста. Сопровождается целым рядом осложнений, таких как пневмония, тромбозы, тугоподвижность суставов, атрофия мышц, пролежни и др. Требует обязательной профилактики осложнений.

Глаукома – болезнь глаз, характеризующаяся повышенным внутриглазным давлением с развитием трофических расстройств в сетчатке и диске зрительного нерва, обуславливающих снижение зрительных функций.

Глинотерапия – эффективный способ реабилитации, имеющий в своей основе работу с пластическими материалами (глина, пластилин, тесто и т.п.). Издавна известно о лечебных свойствах глины. Замечено, что гончары, много работающие с вышеуказанным материалом, никогда не имели заболеваний суставов, не знали, что такое отложение солей, гипертония и др. Глина обладает антисептическими, адсорбирующими свойствами. Показателями реабилитационной эффективности глинотерапии служат развитие интеллекта, мелкой моторики, овладение навыками профессионального мастерства.

Глухонемота – врожденная или приобретенная в раннем детском возрасте глухота, сочетающаяся с обусловленной ею невозможностью овладеть словесной речью (без специальных приемов обучения) или с утратой речи, часто развившейся к моменту потери слуха.

Глухота – полное отсутствие слуха или резкая степень его снижения, при которой невозможно восприятие речи.

Голодание – состояние организма при полном отсутствии, недостаточном поступлении в организм пищевых веществ или резком нарушении их усвоения. В настоящее время, в связи с тяжелым материальным положением, *частичное* голодание (недостаточное поступление в организм отдельных составных частей пищи: белков, жиров, витаминов и др.) испытывают не менее 15% населения РФ.

Госпитализм – ухудшение состояния здоровья под влиянием длительного пребывания в стационарных лечебных учреждениях.

Группа инвалидности – категория степени длительной или постоянной нетрудоспособности, устанавливаемая медико-социальной экспертизой (МСЭ). Порядок установления группы инвалидности следующий: основанием для направления на Медико-Социальную Экспертизу является стойкое нарушение здоровья, которое приводит больного к необходимости прекращения профессионального труда на длительный срок или постоянно, с полной потерей трудоспособности или значительных изменений условий труда, а также к необходимости осуществления мер социальной защиты. Экспертное решение о состоянии трудоспособности принимается после всестороннего медицинского освидетельствования, изучения результатов обследования больного с учетом наличия минимальных физиологических данных, которые необходимы для осуществления профессиональной и производственной деятельности.

Признание лица инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы исходя из комплексной оценки состояния его здоровья и степени ограничения жизнедеятельности в соответствии с классификациями и критериями, утверждаемыми Министерством социальной защиты населения Российской Федерации и Министерством здравоохранения Российской Федерации. В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а лицу в возрасте до 18 лет - категория «ребенок-инвалид».

I группа устанавливается сроком на 2 года или бессрочно, II и III группа сроком на 1 год или бессрочно. Ребенку присваивается инвалидность сроком от 6 месяцев до 2 лет, от 2 лет до 5 лет, до 16 лет в зависимости от функциональных изменений и патологических состояний, согласно Приложения 1 к Приказу Минздрава РФ от 04.07.1991 г. № 117.

За 2 месяца до окончания действия срока инвалидности, указанного в справке МСЭ (ранее-ВТЭК), больном, необходимо обратиться в лечебно-про-

филактическое учреждение по месту жительства для направления его на МСЭ. Медико-социальная экспертиза гражданина производится в учреждении по месту его жительства, либо по месту прикрепления к государственному или муниципальному лечебно-профилактическому учреждению здравоохранения (далее именуется учреждение здравоохранения).

В случае, если в соответствии с заключением учреждения здравоохранения лицо не может явиться в учреждение по состоянию здоровья, медико-социальная экспертиза может проводиться на дому, в стационаре, где гражданин находится на лечении, или заочно на основании представленных документов с его согласия либо с согласия его законного представителя при наличии заключения председателя Клинико-экспертной комиссии о необходимости проведения экспертизы на дому, в стационаре или заочно. Заключение должно быть включено в направление на МСЭ (Постановление Правительства РФ от 13 августа 1996 года N 965 «О порядке признания граждан инвалидами»).

Основаниями для признания гражданина инвалидом являются:

- нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);
- необходимость осуществления мер социальной защиты гражданина.

Наличие одного из указанных признаков является условием, достаточным для признания лица инвалидом.

Решение о признании лица инвалидом либо об отказе в установлении инвалидности принимается полным составом специалистов, принимающих экспертное решение, простым большинством голосов. Решение о признании лица инвалидом оформляется справкой установленного образца, которая выдается на руки больному либо его законному представителю. Решение об отказе в при-

знании инвалидом объявляется гражданину, проходившему медико-социальную экспертизу, или его законному представителю руководителем учреждения в присутствии всех специалистов, принимавших это решение, устно, либо, по желанию гражданина, в письменной форме.

Группа социального риска – разновидность социальной номинальной группы, объединяющая людей, которые в силу своего социального положения и образа жизни подвержены опасным отрицательным воздействиям и в результате этого представляют угрозу нормальной жизнедеятельности общества.

Традиционно типичными группами риска считаются алкоголики, наркоманы, проститутки, гомосексуалисты, бомжи, чей образ жизни можно рассматривать как проявление болезней общества, связанных с нарушением форм социального взаимодействия людей, ростом социального отчуждения, нарушением процессов социальной адаптации, снижением и сужением социальных интересов, возрастающей криминализацией, социально-нравственной, психологической и физической деградацией личности, распространением в обществе различных форм отклоняющегося поведения.

Объективной основой появления и существования групп риска является антагонистический характер базовых общественных отношений - экономических, политических, правовых, нравственных, определяющих структуру общества и характер взаимодействия в нем, условия и перспективы социального развития. Наличие в обществе механизмов открытого или скрытого социального угнетения, тяжелые условия жизни без надежды на их улучшение, отсутствие социальных перспектив для творческой самореализации человека, неблагоприятная социально-психологическая атмосфера, недостатки воспитания и образования личности, ее низкий культурный уровень (особенно при наличии психических отклонений, затрудняющих нормальное межличностное общение) - все это служит питательной почвой для существования групп риска.

Социальный ущерб, в силу которого образ жизни групп риска рассматривается как одна из разновидностей самого опасного и разрушительного социального зла, проявляется в разложении нравственных устоев, социальной дис-

циплины и ответственности, деформации межличностных отношений, росте социального паразитизма, насилия и преступности в обществе. Так, статистика свидетельствует, что увеличение числа бомжей на 1% дает прирост преступности на 5%.

Особенно уязвима и подвержена отрицательным воздействиям групп социального риска молодежь в период социального созревания и вхождения в мир взрослых, так как в это время ей свойственны неустойчивость психики, несформировавшийся характер, слабая приспособляемость к растущей интенсификации жизни, нервно-психическим перегрузкам и стрессам вкупе с материальной необеспеченностью и зависимостью от старших на фоне стремления к самостоятельности и широких потребительских запросов.

В связи с переходом нашей страны от традиционного и патриархального уклада жизни к динамичному рыночному обществу, сопровождающимся разрушением старых норм и ценностей, утратой прежних идеалов и возрастанием в массовом сознании тяги к разрушительному, варварскому, разнузданному поведению, к группам риска можно условно отнести и молодежные прослойки, занявшиеся предпринимательством. В условиях государственного монополизма и распределительной государственной экономики наиболее выгодная и доступная молодежи посредническая деятельность с неизбежностью превращается в спекуляцию со всеми ее нравственными разрушительными последствиями: эгоизмом, индивидуалистической ориентацией, духовной примитивизацией и дегуманизацией, ростом чувства вседозволенности, жестокостью и агрессивностью поведения.

Стремление к скорейшему обогащению любой ценой, не опосредованное общественно полезной деятельностью и адекватным ей вознаграждением, обращается для личности и общества не менее опасными последствиями, нежели распространение наркомании или алкоголизма, превращая в массовом масштабе людей в хищные эгоистические существа, находящие удовлетворение только в бесконечном потреблении и стремлении к удовольствиям и низводящие себя на уровень животных. Наиболее надежными средствами против суще-

ствования групп риска являются активная государственная социальная политика, направленная на преодоление кризисных явлений в социальной сфере, и культурная развитость, нравственное богатство духовного мира человека.

Дальнозоркость – аномалия рефракции глаза, при которой главный фокус оптической системы глаза находится позади сетчатки.

Двигательная активность – постоянный процесс приспособления организма к изменяющимся условиям окружающей среды, направленный на бесконечное совершенствование приспособительных механизмов.

Деменция – стойкое снижение (упрощение) психической деятельности с ослаблением познавательных процессов, объединением эмоций и нарушениями поведения. Вследствие нарушений функций мозга могут проявляться характерные симптомы заболевания: нарушение внимания и памяти, снижение способности к абстрактно-логическому мышлению, нарушение понимания речи, возможность языкового выражения и практических действий.

Депрессия – болезненное состояние, проявляющееся психическими (подавленное настроение, замедление психических процессов) и физическими (снижение общего тонуса, замедленность движений, нарушение сна) расстройствами.

Для состояния депрессии характерно уныние, пессимистический взгляд на будущее, разочарование в себе, в своих близких, легкая раздражимость, плаксивость, нерешительность, быстрая утомляемость, снижение аппетита или, напротив, тяга к обжорству. Депрессия или подавленное состояние, может быть вызвана разными причинами и имеет различную степень выражения – от нежелания следить за своей внешностью до мысли о самоубийстве. Пожилые мужчины, более чем втрое склонны к самоубийству по сравнению с молодыми и во столько же раз - по сравнению с женщинами.

Депрессивное состояние вполне объяснимо для людей пожилого возраста из-за ухудшения физического состояния, слуха, зрения, конфликтной обстановки в семье, утраты прежнего положения в семье и обществе, смерти близких людей и других негативных ситуаций. В пожилом возрасте по-разному прояв-

ляются депрессивные состояния: до 70 лет депрессия ощущается гораздо острее и жестче, чем после 70-ти. Близкие люди, социальные работники способны ослабить депрессивное состояние установлением эмоционально комфортных отношений и созданием «фонда положительных эмоций» для пожилого или старого человека.

Депривация – психическое состояние, возникающее в результате лишения или ограничения возможностей удовлетворения каких-либо потребностей субъекта в достаточной мере и в течение длительного времени. Возникновение депривации обусловлено недостатком социальных и сенсорных стимулов, когда человек живет в социальной изоляции.

Депривация социальная – ощущение, осознание личностью разрыва между ее ожиданиями и действительностью. В отличие от депривации психологической, понимаемой как сенсорная недостаточность, изоляция от внешних раздражителей, депривацию социальную характеризуют как потребность в социальных контактах, состояние социального дискомфорта, сопровождаемого непривычными или негативными психическими переживаниями.

В теории социальной работы изучение социальной депривации связано анализом социального неравенства и образом жизни маргинальных социальных и социально слабозащищенных групп населения, лиц с отклоняющимся поведением, пенсионеров, безработных, инвалидов, заключенных и т. д., а также проблемы одиночества в условиях урбанизированного общества. Для сохранения работоспособности и психического здоровья в условиях депривации важную роль выполняют рациональная организация труда и досуга, специальные меры социальной профилактики, но в первую очередь – создание условий жизни, достойных человека.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – заболевание незрелого мозга, которое возникает под влиянием различных вредных факторов, действующих в период внутриутробного развития ребенка, в момент родов и на первом году его жизни. При этом в первую очередь поражаются двигательные зоны головного мозга, а также происходит задержка и нарушение его созревания в целом.

У детей с ДЦП задержано и нарушено формирование всех двигательных функций, с трудом или опозданием могут формироваться функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности с предметами.

Двигательные нарушения при ДЦП являются ведущим дефектом и представляют собой своеобразную аномалию моторного развития, которая без соответствующей коррекции оказывает неблагоприятное влияние на весь ход формирования нервно-психических функций ребенка. Поражение двигательной сферы при ДЦП может быть выражено в разной степени: двигательные нарушения, лишаящие детей возможности свободного передвижения при наличии достаточного объема движений, и нарушения, частично ограничивающие их передвижение.

При резком нарушении мышечного тонуса отмечаются диспраксии (неумение выполнять целенаправленные практические действия). Особенностью двигательных нарушений у детей с ДЦП являются не только трудности или невозможность выполнения движений, но и слабость их ощущений. У ребенка не формируется правильное представление о движении, с трудом развивается пространственно-временная ориентация. Слабое ощущение своих движений и затруднения в действиях с предметами являются причинами недостаточности активного осязания, узнавания на ощупь (стереогноза). Это затрудняет развитие целенаправленных практических действий и отражается на психическом развитии детей.

Формы ДЦП:

- спастическая диплегия: характеризуется двигательными нарушениями в верхних и нижних конечностях; больше страдают ноги;
- двойная гемиплегия: самая сложная форма, возникающая при наиболее распространенных поражениях мозга, прежде всего его больших полушарий; при этом поражены все конечности, причем руки в большей степени, чем ноги;

- атоническо-атактическая: при этой форме ДЦП имеет место поражение мозжечка и его связей с другими структурами мозга, прежде всего с лобными отделами коры больших полушарий; нарушения моторики определяются низким мышечным тонусом, отсутствием точности и соразмерности движений, нарушением их синхронности и ритма;
- гиперкинетическая: характеризуется поражением подкорковых отделов мозга.

Нарушения моторики определяются меняющимся характером мышечного тонуса (дистонией), наличием непроизвольных насильственных движений, отсутствием эмоциональной выразительности двигательного и речевого актов.

Дефект развития – физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития. Основные виды дефектов:

- нарушение зрения;
- нарушения слуха;
- двигательные нарушения;
- нарушения психики;
- нарушения речи.

Встречаются сложные дефекты, например, нарушения слуха и зрения.

Диагностика социальная – анализ состояния социальных объектов и процессов с целью выявления проблем их функционирования и развития. Диагностика социальная основывается на ряде принципов:

- объективность;
- причинность;
- многофакторная обусловленность и др.

Различают два вида социальной диагностики - общую и частную. Результатом первой является выявление проблем диагностируемого объекта. В этой схеме выделяются по степени важности и причинно-следственной зависимости ключевые проблемы, проблемы следствия, а также стартовая проблема, решение которой признается в данных условиях первоочередным. Частная со-

циальная диагностика проводится аналогичным образом для стартовой проблемы.

Наибольшее развитие социальная диагностика получила в практике управленческого консультирования. Она предполагает комплексное обследование состояния дел в организации с целью оценки ее «болевых точек», к которым относятся организационные противоречия (по «горизонтали» и «вертикали» внутри организации, в отношениях с внешней средой – отраслью, городом и т.д.), трудности (помехи, нехватки), неопределенности в целях, связях, нормах и др.

Среди методов социальной диагностики чаще используют позиционный анализ, означающий выявление различий в целях, интересах, представлениях о ситуации различных групп, их приверженности различным точкам зрения, как о положении дел организации, так и в отношении друг друга. Социальная диагностика является подготовительным этапом поиска путей и средств для решения социальных проблем.

Диета – рацион и режим питания, назначаемый больному.

Диетология – наука о лечебном питании, изучающая питание человека в норме и при патологических состояниях, разрабатывающая основы рационального питания и методы его организации.

Дизартрия – расстройство артикуляции, проявляющееся неясностью произношения (особенно согласных звуков), замедленностью или прерывистостью речи, связанное с нарушением иннервации периферического речевого аппарата.

Дизлексия – нарушение понимания или воспроизведения написанных символов; проявляется при чтении.

Дисграфия – общее название расстройства письма.

Дискриминация – осознанное или сложившееся в культуре на уровне обычая ограничение возможностей социальной самореализации определенной категории или группы лиц.

Дистанция социокультурная – различие между лицами или группами, служащее препятствием для их эффективных взаимодействий и коммуникации.

Дисфагия – нарушение глотания. Может быть вызвана различными причинами. Представляет опасность при кормлении больного, так как может быть причиной попадания пищи или жидкости в дыхательные пути и вызвать удушье больного.

Долгожитель – человек, проживший 90 и более лет.

Дом-интернат для престарелых и инвалидов – стационарное учреждение для людей пожилого и старческого возраста, которые по разным причинам не могут жить дома и нуждаются в специальном уходе и медицинском обслуживании. В домах-интернатах для пациентов создаются благоприятные жизненные условия, организована медицинская и психологическая помощь.

В дома для престарелых принимаются граждане, достигшие пенсионного возраста: женщины 55 лет и мужчины 60 лет, у которых отсутствуют трудоспособные дети. Направление в дом для престарелых оформляется по месту жительства граждан учреждением социальной защиты совместно с медико-социальной экспертной комиссией и лечебным учреждением.

Пациенты, проживающие в домах для престарелых, получают 25% своей пенсии, остальная сумма зачисляется на счет учреждения, обеспечивающего своих подопечных необходимой мебелью, постельными принадлежностями, одеждой, обувью, питанием.

Для адаптации пожилых людей к новым жизненным условиям создается соответствующая бытовая обстановка, организуются необходимые виды помощи (медицинская, психологическая). Одной из задач домов для престарелых является реабилитация лиц пожилого и старческого возраста.

Достоинство – категория этики, понятие морального сознания. Выражает представление о ценности личности и отражает моральное отношение человека к самому себе и общества к этому человеку. Сознание собственного достоинства является формой самоконтроля личности, на ней основываются требова-

ния человека к себе. Достоинство наряду с совестью, помогает человеку осознать свой долг и ответственность перед другими людьми и собой.

В отношении пожилых людей «достоинство» затрагивает недопущение эксплуатации, физического или психологического насилия, обеспечение пожилым права на справедливое обращение независимо от возраста, пола, расовой или этнической принадлежности, инвалидности или иного статуса.

Досуг – часть свободного от участия в общественном разделении труда времени, которую индивид использует по собственному усмотрению и не на непреложные обязанности, а на реализацию индивидуальных интересов.

Досуг подразумевает такой род занятий, которые дают человеку ощущение удовольствия, приподнятого настроения и радости. Люди проводят досуг для того, чтобы расслабиться, снять стресс, почувствовать физическое и психологическое удовлетворение, разделить свои интересы с друзьями и близкими, завязать общественные контакты и получить возможность самовыражения или творческой деятельности.

Досуг и отдых могут включать следующие виды деятельности: спорт или разнообразная физическая активность (роль зрителя, участника, тренера или какая-либо другая организационная деятельность); художественная деятельность (живопись, рисование, литературное творчество); поделки (вышивание, вязание, плетение различных изделий и другое ручное творчество); забота о животных; хобби (разнообразная деятельность по интересам); посещение музеев, театров, галерей, экскурсии, игры (настольные игры, компьютерные игры); развлечения (просмотр телепередач, фильмов, чтение литературы, прослушивание радиопередач); общение с другими людьми (телефонные разговоры, написание писем, приглашений, организация и посещение вечеров и других развлекательных мероприятий).

Жизнь человека не является полноценной, если не реализуется его право на отдых, на предпочтительные формы проведения свободного времени. Досуг играет особо важную роль в жизни людей пожилого и старческого возраста, особенно когда их участие в трудовой деятельности затруднено. Поэтому осо-

бое значение придается досугу после ухода на пенсию или в связи с болезнью, когда пожилой человек должен адаптироваться к новым условиям к жизни вне сферы трудовой деятельности.

Полноценная жизнедеятельность многих пожилых людей невозможна без предоставления им различных видов помощи и услуг, соответствующих их социальным потребностям. Организация досуга является одним из важных элементов реабилитации и ухода за больными, инвалидами и пожилыми. В последнее время разрабатываются новые технологии социокультурной реабилитации, способствующие социальной адаптации слабо защищенных групп населения. Проблема интегрирования пожилых и людей старческого возраста в социокультурную жизнь общества предусматривает разработку и реализацию специальных государственных программ в сфере культурной и оздоровительной политики.

Проблемы, которые могут возникнуть при организации досуга у лиц пожилого и старческого возраста, носят следующий характер: ограничение рамок досуга из-за финансовых, транспортных и других проблем, а не вследствие сниженных возможностей; степень доступности общественного досуга и отдыха для лиц пожилого возраста; возрастные ограничения в возможности развивать навыки и способности, необходимые для проведения досуга и отдыха, а также в возможности развивать эти качества с учетом адаптации к новым жизненным условиям после выхода на пенсию. Атмосфера социального окружения, способствующая участию пожилого человека в проведении досуга и отдыха.

Жизнедеятельность – сущность и свойства человеческого организма объективно выполнять свои физиологические и физические (обмен веществ, раздражимость, способность к размножению, рост, приспособляемость к окружающей среде и т.д.), социальные (социальные отношения и социально-ролевые предписания) и другие функции. Жизнедеятельность обеспечивается как самим человеком, так и сложной системой мер со стороны общества и государства.

Жизнеобеспечение – составляющая образа жизни, деятельность, связанная с вовлечением людей в процессы хозяйственной жизни, прежде всего в систему общественного разделения труда, направленная на удовлетворение базовых потребностей и нужд.

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) – активная деятельность людей, направленная на сохранение и улучшение здоровья, как условия и предпосылки осуществления и развития других сторон и аспектов образа жизни, на преодоление «факторов риска» возникновения и развития заболеваний, оптимального использования в интересах охраны и улучшения здоровья социальных и природных условий и факторов образа жизни.

Это также гигиеническое поведение, базирующееся на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на укрепление и сохранение здоровья, активизацию защитных сил организма, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия.

В более узком и конкретном виде - максимально благоприятное для общественного и индивидуального здоровья проявление медицинской активности. Формирование здорового образа жизни является главным рычагом первичной профилактики как начального, а потому решающего звена в укреплении здоровья населения через изменение образа жизни, его оздоровление, борьбу с негигиеническим поведением и вредными привычками, преодоление других неблагоприятных сторон образа жизни.

Организация здорового образа жизни в соответствии с государственной программой усиления профилактики заболеваний и укрепления здоровья требует совместных усилий государственных, общественных объединений, медицинских учреждений и самого населения. Внедрение основных элементов первичной профилактики в виде навыков гигиенического поведения должно входить в систему дошкольного и школьного воспитания детей и подростков, отражаться в системе санитарного просвещения (которое все более ориентируется на пропаганду здорового образа жизни), физической культуры и спорта. Формирование здорового образа жизни - важнейшая обязанность всех лечебно-про-

филактических, санитарно-противоэпидемических учреждений и общественных формирований.

Здоровье – состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или анатомических дефектов (из Устава Всемирной организации здравоохранения). Различают здоровье населения и здоровье индивидуума. Здоровье населения характеризуется комплексом демографических показателей (рождаемость, смертность, детская смертность, уровень физического развития, заболеваемость, средняя продолжительность жизни). На здоровье населения влияют социально-гигиенические факторы - условия труда и быта, жилищные условия, уровень заработной платы, обеспеченность продуктами питания, культура и воспитание, качество и доступность медицинской помощи и др., а также климатогеографические, экологические и иные природные факторы. На многие из этих условий и факторов влияет (как положительно, так и отрицательно) общество.

Понятие «здоровье индивидуума» не является точно детерминированным, что связано с большой широтой индивидуальных колебаний важнейших показателей жизнедеятельности организма, а также многообразием факторов, влияющих на здоровье человека.

В самых общих чертах здоровье индивидуума можно определить как естественное состояние организма, характеризующееся его полной уравновешенностью с биосферой и отсутствием каких-либо выраженных болезненных изменений.

И для теоретической и для практической медицины чрезвычайно важно определить понятие «практическое здоровье» или «норма» отклонения от границы, которая считается болезнью, патологией. Хотя здоровье представляет собой состояние, противоположное болезни, оно не имеет четких границ, поскольку существуют различные переходные состояния. Так, расстройство адаптации организма к постоянно меняющимся условиям внешней среды означает переходное состояние между здоровьем и болезнью. Поэтому состояние здоровья может быть объективно установлено лишь по совокупности многих пара-

метров: антропометрических, клинических, физиологических, биохимических показателей, определяемых с учетом полового и возрастного факторов, а также социальных, климатических, географических и метеорологических условий.

Организация охраны здоровья отдельных лиц и коллективов людей основывается на профилактике, в частности на повышении защитных свойств организма человека, на укреплении наследственной устойчивости к воздействию вредоносных факторов, а также на создании условий, предупреждающих возможность контакта человека с различными патогенными раздражителями. Среди профилактических мероприятий одно из главных мест занимает охрана окружающей среды.

Игровая терапия – это комплекс реабилитационных игровых методик. Нередко игротерапия рассматривается как средство для раскрепощения патологических психических состояний человека. Являясь уникальным средством комплексной реабилитации, эта технология может выполнять функции социализации, развития, воспитания, адаптации, релаксации, рекреации и др. При этом травмирующие жизненные обстоятельства переживаются в условном, ослабленном виде.

Игротерапия помогает опробовать типы поведения, выделив наиболее подходящие для конкретной личности в определенной жизненной ситуации. Именно ролевое поведение отражает психологическое состояние и функциональные тенденции человека. К видам направленной игротерапии относятся: познавательные игры, настольные игры, конкурсы, турниры, соревнования, артигры, подвижные и импровизационные игры. Любая игра может быть адаптирована к возможностям пожилых путем корректировки соответствующего игрового элемента (облегчение условий игры, сокращение численности участников, времени проведения и т.д.).

Участие человека в игре формирует и закрепляет у него устойчивую установку на рациональное, содержательное, целенаправленное использование свободного времени. Для многих людей игра - любимый вид деятельности и общения. Целесообразность использования игры в работе с пожилыми обусловле-

на тем, что этот вид деятельности и общения является наиболее органичным и освоенным для любого возраста, где человек может свободно выражать себя, освободиться от напряжения и разочарования повседневной жизнью, опробовать себя в конкретной социальной роли, установить общение, овладеть социальными навыками и т.д.

Идентичность культурная – выделение индивида из окружения по характерным для него внешним, проявляемым в поведении признакам с последующим обобщением этих признаков в определенную культурную категорию, подведением их под известный культурный тип.

Изотерапия – терапия художественным творчеством - универсальный психотерапевтический, междисциплинарный (на стыке медицины, психологии, педагогики, культуры, социальной работы) метод, используемый в целях комплексной реабилитации и направленный на устранение или уменьшение нервно-психических расстройств, восстановление и развитие нарушенных функций, компенсаторных навыков, формирование способностей к игровой, образовательной, трудовой деятельности в процессе занятий специфическими, целенаправленными видами творчества.

Инвалид - (лат. - слабый, немощный) – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. Признание лица инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы (МСЭ), исходя из комплексной оценки состояния здоровья и степени ограничения жизнедеятельности в соответствии с классификациями и критериями, утвержденными Минздравом Российской Федерации и Министерством труда и социального развития РФ от 29.01.97 г. № 30/1. В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности устанавливаются первая, вторая, третья группы инвалидности, а лицу в возрасте 16 лет - категория «ребенок-инвалид».

Инвалидность – любое ограничение или отсутствие (вследствие дефекта) возможности осуществлять определенный класс действий, таким образом, или в таких рамках, которые принято считать нормальными. Инвалидность служит интегральным показателем здоровья населения, условий жизни, быта, труда и в целом среды обитания.

В последние годы наблюдается постоянный рост частоты первичной инвалидности, что в значительной степени связано с социально-экономической ситуацией в стране.

Основными причинами инвалидности являются болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, травмы и отравления, болезни нервной системы и органов чувств, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Различают следующие виды (причины) инвалидности: общие заболевания; трудовое увечье; профессиональные заболевания; инвалидность с детства; инвалидность с детства вследствие ранения (контузия, увечье); связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны; инвалидность, связанная с аварией на Чернобыльской АЭС, последствиями радиационных воздействий и непосредственным участием в деятельности подразделений особого риска.

После установления инвалидности в месячный срок специалистами Бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) разрабатывается индивидуальная программа реабилитации, которая утверждается руководителями БМСЭ и в трехдневный срок направляется в орган социальной защиты и вручается инвалиду. Переосвидетельствование инвалидов первой группы проводится один раз в два года, второй и третьей групп - ежегодно, ребенка-инвалида - через 6 месяцев - 2 года, 2-5 лет.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида – разработанный на основе решения Государственной службы медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных

на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Индивидуальная программа реабилитации имеет для пациента рекомендательный характер и инвалид вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом.

Индивидуальная программа реабилитации состоит из следующих разделов:

- паспортная часть, включающая сведения об образовании, профессии, выполняемой к моменту освидетельствования работе;
- социально-бытовой, социально-экономический и социально-средовой статусы;
- социально-средовые условия;
- группа и причина инвалидности, установленных инвалиду при освидетельствовании в бюро медико-социальной экспертизы;
- клинический и реабилитационный прогнозы;
- реабилитационный потенциал;
- реабилитационно-экспертное заключение;
- мероприятия по медицинской реабилитации;
- мероприятия по профессиональной реабилитации;
- мероприятия по социальной реабилитации;
- мероприятия по психологической реабилитации;
- заключение учреждения реабилитационной службы о выполнении индивидуальной программы реабилитации и ее результатах;
- заключение о выполнении индивидуальной программы реабилитации.

Инкультурация – процесс освоения индивидом социально значимых культурных знаний и навыков, приобретение культурной компетентности.

Инсульт мозговой – острое нарушение кровообращения в головном мозге с развитием стойких поражений центральной нервной системы. Ежегодно

в России происходит около 400 тыс. первичных инсультов. Примерно 35% заболевших умирает. Около 80% больных, перенесших инсульт, становятся инвалидами. Около 20% больных возвращается к труду. Инсульты бывают ишемическими и геморрагическими.

При ишемическом инсульте прекращается кровоснабжение части головного мозга из-за закупорки кровеносного сосуда, которая произошла вследствие атеросклероза или образования тромба. У многих больных, перенесших ишемический инсульт, восстанавливаются все или большинство функций, и такие люди живут многие годы нормальной жизнью. У других больных происходит нарушение физических и интеллектуальных функций, они утрачивают способность нормально перемещаться, говорить или есть.

Около 50% людей к моменту выписки из стационара частично восстанавливаются и способны ухаживать за собой. Они могут ясно мыслить и уверенно передвигаться, хотя использование пораженной руки или ноги обычно затруднено. Нарушения чаще и в большей степени затрагивают руку, чем ногу. Около 20% больных с ишемическим инсультом умирают в больнице, причем их доля выше среди пожилых.

Интенсивная реабилитация позволяет многим людям преодолеть нарушение трудоспособности. Реабилитацию начинают сразу после того, как удалось стабилизировать артериальное давление, пульс и дыхание. После выписки из больницы реабилитация продолжается на дому или в центрах реабилитации. При геморрагическом инсульте происходит разрыв стенки кровеносного сосуда, в результате чего нарушается нормальный кровоток, кровь просачивается в головной мозг и разрушает его. Больше половины больных с тяжелыми кровоизлияниями умирают в течение нескольких первых дней. При массивных кровоизлияниях возникшие нарушения обычно необратимы, но многие люди после небольших кровоизлияний выздоравливают почти полностью.

Интеграция – процесс, при котором инвалиды и другие члены общества, имеющие ограниченные возможности здоровья, интеллекта и др., не являются

социально обособленными или изолированными, а участвуют во всех видах и формах социальной жизни вместе и наравне с остальными.

Для патронажного и социального работника интеграция имеет большое значение, так как оно касается проблем многих инвалидов и пожилых людей.

Интеграция инвалида социокультурная – полноценная включенность инвалида в обычную социокультурную жизнь, при которой его дефект в результате компенсации не мешает ни ему, ни окружающим в процессах социального взаимодействия и коммуникации.

Интервью – один из методов коммуникативной техники социальной работы, направленный на получение новой или уточнение имеющейся информации от человека по какому – либо вопросу.

Различают три этапа интервью: подготовительный, основной (собственно интервью) и заключительный, или этап обработки. На подготовительном этапе отрабатывается цель интервью, т.е. какую информацию необходимо получить или уточнить, разрабатывается перечень задач, решение которых будет способствовать достижению цели, готовится возможный список интервьюируемых лиц, осуществляется их предварительная оценка и отбор, собирается предварительная информация, вырабатываются возможные вопросы, подготавливаются технические средства, уточняются место и время интервью. На подготовительном этапе особое внимание следует обратить на учет психологических особенностей и социального статуса интервьюируемого, содержательность каждого вопроса (он должен нести конкретную смысловую нагрузку и предусматривать ответ, содержащий нужную информацию), последовательность вопросов, создающую законченный смысловой ряд интервью.

Успех основного этапа (собственно интервью) в большой степени зависит от тщательности его подготовки и опыта работы интервьюера. В начале интервью следует обратить внимание на создание доброжелательной и располагающей к разговору атмосферы, что обеспечит условия для и искренних ответов. Не рекомендуется спонтанно менять ход интервью только потому, что в голову пришла удачная мысль или появился новый вопрос.

Заключительный этап интервью предусматривает обработку полученной информации, ее анализ и вычленение главного, существенного в ней. Это может привести к сокращению объема интервью или к необходимости получения уточнений. Обработка интервью может включать и составление комментария к нему.

С помощью интервью можно выявить медицинские, социальные и психологические проблемы пациентов и разработать подходы к их решению. Рекомендуется расспросить пациента и получить его ответы относительно следующих пунктов:

- основные жалобы (наличие болей, нарушение походки, быстрая утомляемость и др.);
- история развития заболевания и возникновение в связи с ним проблем;
- степень ограничения двигательной активности,
- осуществление работы по дому (приготовление пищи, уборка, стирка, покупки);
- способность выполнения бытовых навыков (личная гигиена, одевание, прием пищи);
- социальная активность;
- потребность во вспомогательных средствах реабилитации (инвалидном кресле, ходунках, костылях) и др.

При проведении интервью используются различные опросники, которые упрощают процедуру расспроса пациента и позволяют получить количественные показатели уровня жизнедеятельности пациента. В настоящее время широко используются шкала повседневной жизнедеятельности Бартела, шкала функциональной независимости, опросник качества жизни и др.

Катаракта – болезнь глаз, основным проявлением которой является частичное или полное помутнение вещества или капсулы хрусталика с понижением остроты зрения вплоть до полной его утраты.

Кахексия – крайняя степень истощения организма, характеризующаяся резким исхуданием, физической слабостью, снижением физиологических функций, астеническим, позже, апатическим синдромом.

Качество жизни – содержательная сторона образа жизни и условий жизнедеятельности индивида, степень комфортабельности его жизненной среды. Интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования пациента, основанная на его субъективном восприятии. Следует выделить три основных признака, характерных для концепции качества жизни:

Многомерность. Качество жизни включает в себя информацию об основных сферах жизнедеятельности человека: физической, психологической, социальной, духовной и финансовой. Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивает компоненты, связанные или несвязанные с болезнью, и позволяет дифференцированно определить влияние заболевания и лечения на состояние пациента.

Изменяемость во времени. Качество жизни меняется во времени в зависимости от состояния здоровья человека. Данные о качестве жизни позволяют осуществлять постоянное наблюдение за состоянием пациента и в случае необходимости проводить коррекцию лечебных мероприятий.

Участие пациента в оценке его состояния. Оценка качества жизни, сделанная самим пациентом, является особо важным и надежным показателем его общего состояния. Данные о качестве жизни позволяют составить полную и объективную картину проблем пациента и наметить необходимые мероприятия для их решения.

Качество медицинской помощи – совокупность свойств, характеризующих медицинские технологии и результаты их применения, соответствие медицинской помощи современному уровню медицинской науки, стандартам качества медицинской помощи, установленным федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения, и потребностям пациента.

Кинезотерапия – лечение движением. Метод кинезотерапии широко применяется для реабилитации неврологических больных, инвалидов и лиц пожилого возраста. В кинезотерапии используются физические упражнения трех видов: гимнастические, спортивно-прикладные и игры. Кинезотерапия проводится в форме группой или индивидуальной гимнастики. С целью повышения физиологической нагрузки в практике кинезотерапии широко используются снаряды, простейшие устройства (мячи, гимнастическая стенка, обручи, палки, гантели др.) и тренажеры.

Классификация смерти – в медицинской практике различают следующие виды смерти: *внутриутробная* – смерть зародыша или плода, наступившая внутри организма матери на любом этапе внутриутробной жизни; *естественная* – смерть в результате естественной возрастной инволюции организма и постепенного прекращения функционирования его тканей, органов и систем; *мозговая* – смерть, наступившая в результате несовместимого с жизнью поражения головного мозга; *насильственная* - смерть, наступившая в результате воздействия на организм человека механических, физических или химических факторов; *ненасильственная* - смерть, наступившая в результате недоношенности, болезни или старения; *скоропостижная* - ненасильственная смерть, неожиданно наступившая на фоне кажущегося здоровья; *соматическая* - смерть, наступившая в результате необратимого несовместимого с жизнью поражения каких-либо органов.

Клиентоцентрированная терапия - (терапия, ориентированная на клиента) - направление психологической помощи, развитое К.Роджерсом и его последователями, которое основано на убеждении в том, что человек, обращающийся за психотерапевтической помощью (клиент), обычно обладает достаточными ресурсами, чтобы самому найти решение своей проблемы и справиться с ней.

Психотерапевт не навязывает ему свой способ решения и не прибегает к директивным методам (внушение и др.). Основным терапевтическим приемом является создание ситуации понимания и безусловного принятия человека и его

проблем терапевтом, облегчающей переживания клиентом внутренних конфликтов. Тем самым терапевт создает необходимые условия для внутренней работы клиента, которую тот выполняет сам.

Клиентоцентрированная терапия весьма эффективна в социальной работе, поскольку позволяет решить проблему неосознаваемого переноса ответственности и так называемого "рентного комплекса" (извлечение выгоды из беспомощного состояния). Освоение клиентоцентрированной терапии требует специальной психотерапевтической подготовки.

Коммуникация культурная - обмен - прямой или опосредованный информацией между людьми в процессах межличностного общения, пользования услугами учреждений культуры, средств массовой коммуникации.

Компенсаторные процессы - совокупность реакций организма на повреждения, выражающаяся в возмещении нарушенных функций организма за счет деятельности неповрежденных систем, отдельных органов или их частей.

Компенсаторная перестройка включает восстановление и замещение утраченных или нарушенных функций, а также изменение последних.

Компенсация нарушенных функций - сложный многообразный процесс перестройки функций организма при нарушениях или утрате каких-либо функций, развитие замещающих навыков, позволяющих выполнять социально значимые функции, ранее недоступные инвалиду вследствие дефекта.

Компетентность социокультурная - мера свободы владения знаниями и навыками, необходимыми для эффективного участия в процессах взаимодействия и коммуникации и приобретаемыми в результате социализации и инкультурации.

Контрактура - стойкое ограничение подвижности в суставе. При контрактуре мышцы становятся дряблыми и слабыми, уменьшаются в размере. Укорочение мышц ограничивает движение суставов, что может привести к их полной неподвижности. Неподвижность суставов может вызвать развитие деформаций и нарушение функционирования.

Опасность контрактуры суставов возникает у больных, страдающих артритами, или в случаях, когда суставы длительное время находятся в состоянии покоя, например, у больных после инсульта, при заболеваниях суставов, мышц и др. Для предупреждения контрактур используются определенные способы укладывания больного:

- плечевой сустав - рука, лежащая на подушке, отставлена от тела под углом в 30 градусов;
- локтевой сустав - локоть приподнят под углом 80 градусов к плечу;
- кисть руки - расположена тыльной стороной вверх;
- суставы пальцев - пальцы обхватывают теннисный мячик или платок, свернутый в комок;
- колено - лежать вытянувшись, натянуть платок поверх коленей;
- стопа - использовать ящик для стоп, подвижные подставки для стоп.

При уходе за больным особенно важно знать о двух контрактурах:

- контрактура плечевого сустава, например, у больного с односторонним параличом после перенесенного инсульта плечо и локоть парализованной руки неподвижны. Если не двигать плечевой сустав и не подпереть плечо с помощью подушки, возникает опасность развития контрактуры плечевого сустава;
- контрактура голеностопного сустава; разновидностью контрактуры сустава является так называемая "конская стопа", которая возникает у лежачих больных в результате неправильного положения стоп или длительного давления одеяла на пальцы ног.

Для предупреждения и устранения контрактур используется активная и пассивная лечебная гимнастика, полезны теплые ванны, активные движения в воде, массаж.

Концентрация внимания - способность удерживать внимание на каком-то задании, его понимании и выполнении. Часто нарушается у больных пожилого возраста, у больных, страдающих психическими заболеваниями, у людей, находящихся в стрессовой ситуации. Существуют специальные тесты, поз-

воляющие определить степень нарушения концентрации внимания. Важно знать и уметь создать условия для улучшения концентрации внимания подопечного при общении с ним.

Координация движений - способность выполнять движения согласованно, с правильным чередованием стереотипных образцов движения в различных частях тела. Например, координация движений при ходьбе характеризуется попеременными стереотипами, повторяющимися движениями рук и ног. Определение координации движений - важное мероприятие в системе обследования пациента, так как нарушение координации может приводить к падениям и травмам больного.

Коррекция - система педагогических и лечебных мероприятий и процессов, направленных на преодоление или ослабление недостатков психического и физического развития, наступивших в результате заболевания.

Криз возрастной - общее название преходящих психических отклонений, возникающих при переходе от одного возрастного периода к другому.

Ландшафтотерапия - одна из форм психотерапии, включающая лечебный, профилактический и реабилитационный эффекты действия географического и культурного ландшафта на психическое и физиологическое состояние человека. Основная цель ландшафтотерапии - коррекция измененного функционального и психологического состояния человека. Среди задач ландшафтотерапии на первый план выступают следующие: преодоление отрицательных эмоций, переживаний, воздействие на умственную и физическую работоспособность, стимуляция ассоциативной способности, творческой активности, создание благоприятного психологического фона для проведения психотерапевтических процедур, устранение психологического дискомфорта. Она отвлекает от мыслей о болезни, повседневных хлопот, способствует преодолению эгоцентризма, избавляет от депрессии. Длительное созерцание ландшафта может ослабить некоторые проблемы, которые больной скрывает, отвлечь от самоанализа и навязчивых мыслей. Средства и методы ландшафтотерапии применяются в разнообразных программах реабилитации. В настоящее время науч-

но доказано, что любование видами природы (деревьями, кустами, цветами) способствует быстрейшему выздоровлению пациентов после операций и травм; прогулки в лесу помогают лучше справиться с депрессией; пребывание в парке или лесу помогает справиться со стрессом; боль или болезненные медицинские процедуры легче переносятся, если слушать голоса природы.

Лицо с ограниченными возможностями - человек, инвалид, страдающий временными или постоянными, врожденными или приобретенными пороками, не позволяющими ему самостоятельно и в полной мере реализовать свой потенциал.

Логопедия - наука о нарушениях речи, о методах их предупреждения, выявления и преодоления средствами специального обучения и воспитания.

Современная логопедия рассматривает нарушения с точки зрения их предупреждения и преодоления средствами специально организованного воздействия и является отраслью коррекционной педагогики. Структуру логопедии составляют: дошкольная логопедия, школьная логопедия, логопедия подростков и взрослых. Теоретическое и практическое значение логопедии как науки обусловлено социальной сущностью языка, исключительной ролью речи в формировании высших психических функций человека, в организации всей его психической жизни. Нарушения речи в той или иной степени (в зависимости от характера речевых расстройств) вызывают дезинтеграцию всей психической сферы человека: нарушают вербальную коммуникацию, препятствуют формированию познавательных процессов, деформируют эмоционально-волевую сферу, отрицательно влияют на личность человека в целом. Под нарушением речи следует понимать отклонение в речи говорящего от языковой нормы, принятой в данной языковой среде, обусловленное расстройством функционирования психофизиологических механизмов речевой деятельности.

Речевые нарушения носят многообразный характер в зависимости от причины их возникновения, степени выраженности, локализации пострадавшей функции, времени поражения, выраженности вторичных отклонений, возникающих под воздействием ведущего дефекта.

В настоящее время в отечественной логопедии действуют две классификации речевых расстройств: клинико-педагогическая и психолого-педагогическая.

Клинико-педагогическая классификация обеспечивает дифференцированный подход к коррекции дефектов речи и опирается на совокупность клинических (симптоматический, этиопатогенетический) и психолого-лингвистических критериев. Выделяются следующие виды нарушений речи: дисфония (афония), заикание, дислалия, дизартрия, афазия, дислексия, дисграфия и др. Применительно к выделенным формам речевых нарушений разработаны методики логопедического воздействия, которые непрерывно совершенствуются и дополняются.

Психолого-педагогическая классификация позволяет выбирать способ организации обучения и воспитания детей и взрослых с нарушениями речи. На основе психологических и лингвистических критериев - нарушений языковых средств общения и нарушения в применении средств общения в процессе речевой коммуникации - расстройства речи делятся на две группы.

К первой группе относятся фонетико-фонематическое недоразвитие (ФФН) и общее недоразвитие речи (ОНР), имеющие разные подвиды и уровни.

Ко второй группе относится заикание, при котором основой дефекта является нарушение коммуникативной функции речи при сохранении языковых средств общения.

На основе психолого-педагогической классификации разработаны фронтальные методики коррекционно-развивающего обучения лиц, имеющих нарушения речи.

В логопедии разработаны различные формы воздействия: воспитание, обучение, коррекция, компенсация, адаптация, реабилитация. В дошкольной логопедии преимущественно используются воспитание, обучение и коррекция. В логопедии подростков и взрослых значительно возрастает роль компенсации, адаптации и реабилитации.

Логотерапия - означает "лечение словом". Практика логотерапии направлена на то, чтобы помочь человеку обрести утраченный им смысл жизни без навязывания ему терапевтом своих смыслов. Для этого используется метод сократического диалога. Уникальный смысл жизни или выполняющие ту же функцию обобщенные ценности могут быть найдены в одной из трех сфер: творчества, переживания и сознательно принимаемого отношения к тем обстоятельствам, которые мы не в состоянии изменить.

Термин "логотерапия" применяется также для обозначения совокупности психотерапевтических методов и приемов, направленных на преодоление речевых нарушений, имеющих невротическую природу.

Маразм - истощение организма с постепенным угасанием всех жизненных процессов, атрофией органов и тканей. *Старческий* маразм обусловлен процессами старения организма.

Маргинализация социальная - здесь, оттеснение инвалидов на периферию социокультурной жизни, т.е. сокращение набора возможных социальных ролей и культурных идентичностей, упрощение доступных им социокультурных функций, сужение круга получаемой культурной информации, снижение степени участия в социальном взаимодействии и коммуникации по сравнению с принятыми в обществе стандартами.

Маргинальность - характеристика социальных явлений, возникающих в результате расшатывания нормативно-ценностных систем под влиянием межкультурных контактов, социальных или технологических сдвигов и др. факторов. В зависимости от конкретного социального контекста под маргинальностью понимается любая специфическая ситуация, возникающая при воздействии различных (нередко конфликтующих) социальных групп, либо статуса индивида, обусловленный его принадлежностью к двум и более социальным группам, либо особые поведенческие явления, складывающиеся в области их взаимодействия. Маргинальность рассматривается как следствие двоякого рода причин. Первой из них является значительная социальная дистанция между соответствующими социальными группами (т.е. существенные различия между

целями, которые они преследуют, ресурсами, которыми они реально располагают, а также механизмами, которые обеспечивают интеграцию входящих в них индивидов), а второй - их длительное и всестороннее взаимодействие, продиктованное сложившимся разделением труда. С маргинальностью могут быть связаны нарушения социальной регуляции поведения, а также вызываемые ими проявления асоциальности (агрессивность, эгоцентризм) или вегетативные психические состояния (беспокойство, тревога, стесненность). В силу этого маргинальными группами являются неблагополучные семьи, сироты, беженцы, этнические меньшинства, мигранты, инвалиды, больные, пожилые люди, бродяги.

Маргинальные группы населения - лица, освобожденные из мест заключения и не имеющие определенного места жительства; граждане, требующие общественного надзора по социальным факторам (алкоголизм, беспризорность и т.д.); молодежь, не включенная в трудовую деятельность; лица с отклонением поведения. К маргинальным группам населения могут быть отнесены любые группы населения, которые на рынке труда имеют наименьшие шансы самостоятельно трудоустроиться (например, матери-одиночки и женщины, имеющие детей, сироты, дети из неблагополучных семей, неквалифицированные рабочие, старики и т.д.).

Массаж - метод лечения и профилактики, заключающийся в нанесении на поверхность тела дозированных механических раздражений посредством ряда специальных приемов. Массаж применяется с гигиенической, лечебной и профилактической целями. Массаж оказывает разностороннее влияние на организм, центральную и периферическую нервную систему. С помощью массажа и изменения характера, силы, продолжительности массажного воздействия, можно снижать или повышать общую возбудимость, усиливать ослабленные или оживлять утраченные рефлексы, улучшать функцию проводящих путей, ускорять регенерацию нерва при его повреждении, ослабевать или устранять боль. Под действием массажа кожа становится упругой, эластичной, повышается ее сопротивляемость температурным и механическим влиянием, улучшается обмен веществ, повышается эластичность мышечных волокон, ускоряется восста-

новление работоспособности мышц после усиленной физической нагрузки и т.д. В основе некоторых видов массажа лежит связь определенных зон кожи, подкожной клетчатки, мышц с внутренними органами, в результате чего может измениться их функция.

Массаж может быть общим, когда массируется все тело, и местным, когда массируется одна часть, например, стопа, кисть, воротниковая зона и т.д.

Различают *вакуумный* массаж, который проводится с помощью специальных аппаратов, создающих чередование повышенного и пониженного давления воздуха у поверхности тела больного; *гигиенический*, применяемый с целью укрепления здоровья, предупреждения заболеваний, снятия утомления, повышения и сохранения работоспособности; *классический*, проводимый с использованием четырех основных приемов (поглаживания, растирания, разминания и вибрации), а также вспомогательных приемов (валяние, сдвигание, подергивание и др.); *лечебный*, проводимый больному с лечебной целью или для профилактики осложнений; *спортивный*, применяемый для достижения и сохранения спортивной формы, для снятия утомления и восстановления работоспособности во время тренировок, соревнований и после них; *точечный*, при котором массируются ограниченные участки тела и др.

Материальная помощь - предоставляется гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации, в виде денежных средств, продуктов питания, средств санитарии и гигиены, средств ухода за детьми, одежды, обуви и других предметов первой необходимости, топлива, а также специальных транспортных средств, технических средств реабилитации инвалидов и лиц, нуждающихся в постоянном уходе.

Основания и порядок предоставления материальной помощи устанавливается органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Медико-социальная помощь населению – профилактическая, лечебно-диагностическая, реабилитационная, протезно-ортопедическая и зубопротезная помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособий по временной нетрудоспособности.

МСП оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной системы здравоохранения и системы социальной защиты.

Медико-социальная помощь гражданам пожилого возраста – медико-социальная помощь гражданам пожилого возраста, включая одиноких граждан и членов их семей, состоящих из пенсионеров, направлена на лечение их заболеваний и уход, поддержание активного образа жизни и социальную защиту в случае болезни и неспособности удовлетворять свои основные потребности.

Медико-социальная экспертиза – определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

МСЭ осуществляется, исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинических и функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации; устанавливает причину и группу инвалидности, степень утраты трудоспособности граждан, определяет виды, объем и сроки проведения их реабилитации и меры социальной защиты, дает рекомендации по трудоустройству. МСЭ производится специализированными учреждениями в системе социальной защиты.

На экспертизу направляются граждане, имеющие признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающихся в социальной защите:

- при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не более 4 мес.;
- при благоприятном трудовом прогнозе в случае продолжающейся нетрудоспособности до 10 мес. (в отдельных случаях – после реконструктивных операций, туберкулеза – до 12 мес); для решения вопроса о продолжении лечения или установления группы инвалидности;

- работающие инвалиды для изменения трудовой рекомендации в случае ухудшения клинического или трудового прогноза.

На Государственную службу медико-социальной экспертизы возлагаются:

- определение группы инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты;
- разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов;
- изучение уровня и причин инвалидности населения;
- участие в разработке комплексных программ профилактики инвалидности, медико-социальной реабилитации и социальной защиты инвалидов;
- определение степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание;
- определение причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление льгот семье умершего.

Решение органа Государственной службы медико-социальной экспертизы является обязательным для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно - правовых форм и форм собственности.

С изменением понятия «инвалид» существенно изменились критерии, подходы и задачи учреждений медико-социальной экспертизы. Специалисты медико-социальной экспертизы определяют не только группу инвалидности, но и реабилитационный потенциал пациента и необходимые меры социальной защиты.

После прохождения медико-социальной экспертизы пациент получает:

- справку об инвалидности, выданную на основании акта освидетельствования;

- индивидуальную программу реабилитации, разработанную по заявлению пациента.

Медицинская услуга – вид медицинской помощи, оказываемый мед. работниками и учреждениями здравоохранения населению. Медицинская услуга начинает выступать как специфический товар, который обладает следующими отличительными свойствами:

- ❖ *неосвязаемость* (пациент, пришедший на прием к врачу, не может знать заранее результат посещения);
- ❖ *неотделимость источника от услуги* (пациент, записывающийся к определенному врачу, получает уже не ту услугу, если попадает из-за отсутствия этого врача к другому);
- ❖ *непостоянство качества* (одну и ту же медицинскую услугу врачи разной квалификации оказывают по-разному, и даже один и тот же врач может помочь пациенту по-разному в зависимости от своего состояния).

Мелкая (тонкая) моторика - движения в основном рук и пальцев. Сюда входят: движения, выполняемые, когда предмет захватывают рукой и выпускают; движениями пальцами; координация "глаз-рука"; "пинцетный захват" предмета; рисование и письмо.

Механизм социокультурной реабилитации инвалидов - последовательный комплекс мер, обеспечивающий переход от восстановительного лечения к освоению навыков, необходимых для выполнения стандартных действий, а затем к обучению комбинаторике и использованию таких навыков в типичных социокультурных ситуациях.

Механотерапия - использование физических упражнений в лечебных целях с помощью специальных аппаратов и приборов. Механотерапия является дополнением к лечебной гимнастике.

Применение механотерапии дает возможность быстрее восстанавливать двигательную функцию, снижение которой наблюдается после травм, заболеваний опорно-двигательного аппарата, инсультов и т.д. Для проведения механотерапии используют механотерапевтические аппараты (конструкции Герца,

Каро, Цандера, Степанова и др.), которые работают по принципу блока или маятника.

Милосердие - любовь на деле, готовность оказать помощь, проявить снисхождение из сострадания, человеколюбия, а также сама помощь, снисхождение, вызванные такими чувствами. Милосердие одна из этических характеристик образа жизни человека, нацеливающая его на помощь другим людям. Это сострадательная и деятельная любовь, выражающаяся в готовности помогать любому нуждающемуся и распространяющаяся на все живое. В понятии "милосердие" соединяются два аспекта: духовно-эмоциональный (переживание чужой боли как своей) и конкретно-практический (порыв к реальной помощи). Без первого милосердие вырождается в холодную филантропию, без второго - в пустую сентиментальность. Милосердие предполагает наличие в характере человека трех качеств:

- отзывчивости (способность увидеть чужую беду);
- сострадания (способность откликнуться на нее);
- потребности оказать безвозмездную помощь нуждающемуся в ней.

О человеке, обладающем этими качествами в их единстве, говорят: "У него доброе сердце". Истоки милосердия как нравственного принципа находятся в далекой древности, когда родовая солидарность строго обязывала ценой любых жертв выводить из беды "своего". О милосердии в подлинном смысле можно говорить лишь тогда, когда все барьеры между "своими" и "чужими" преодолены и чужое страдание перестает быть лишь предметом снисхождения.

Мобильность социальная - перемещение индивидов или социальных групп из одних общественных слоев в другие (от крестьянства - в рабочий класс и т.п.), их движение к более высоким или к более низким иерархическим позициям. Термин "Мобильность социальная" введен в западную социологию русским социологом П.А.Сорокиным. Различают социальную мобильность "вертикальную" (восхождение - нисхождение в системе социальных позиций) и "горизонтальную" (передвижение на одном и том же социальном уровне); межпоколенную (перемена социального положения от отца к сыну, от матери к до-

чери) и внутр поколенную (индивидуальная карьера по принципу восхождение - нисхождение "в социальной иерархии". Уровень социальных перемещений зачастую рассматривается как один из основных факторов отнесения общества к открытому, закрытому, модернизированному, демократическому, постиндустриальному и т.д. В социальной работе важно прогнозировать и учитывать такие социальные перемещения, как текучесть кадров, миграция, безработица, скрытая безработица и др.

Музыкотерапия - это технология социокультурной реабилитации, использующая разнообразные музыкальные средства для психолого-педагогической и лечебно-оздоровительной коррекции личности больного, развития его творческих способностей, расширения кругозора, активизации социально-адаптивных способностей. Для реабилитационных целей используется музыка разных жанров, которая иногда выступает не только как самостоятельное средство, но и как дополняющий элемент к основной деятельности (лепка, рисование, театр и др.). Прослушивание музыки стимулирует человека к созданию собственного творческого продукта, так как сопряжено с эмоционально-образной сферой. Музыка часто соответствует уже имеющемуся настроению или способна менять его в позитивную сторону. Уникальность реабилитационного воздействия музыки состоит в способности объединить людей в делах, мыслях, чувствах: на празднике, в конкурсах, вечерах, карнавалах и в семейных торжествах.

Основными задачами коррекционных музыкально-игровых занятий является стимуляция потенциальных возможностей, преодоление трудностей социальной адаптации в соответствии с возможностями пациента. Ввиду того, что двигательная активность под музыку усиливает обмен веществ в организме, повышает общий тонус, улучшает деятельность сердечно-сосудистой системы, регулирует нервную деятельность, развивает физические способности, музыкальное воспитание с полной уверенностью можно рассматривать как один из важных факторов в процессе реабилитации и социальной адаптации пожилых.

Пение обогащает людей с физическими недостатками новыми впечатлениями, развивает инициативу, самостоятельность и одновременно корректирует активность психических процессов.

В каждое занятие следует включать музыкально - ритмические упражнения общеразвивающего характера и музыкальные упражнения для развития отдельных частей тела, способствующие коррекции нарушений ритмичности движений, координации рук и ног, совершенствованию различных видов ходьбы и бега. В структуру музыкального занятия полезно включать упражнения на развитие музыкальных способностей: координацию слуха и голоса, голоса и движений, мимики и жестов, эмоциональной выразительности. Слушание музыки и пения требуют от пожилого человека определенного умственного, физического и психического напряжения. Поэтому целесообразно постоянно переключать его внимание на разные виды музыкальной деятельности. Игра на погремушках, трещотках, музыкальных молоточках, металлофоне, дудочках связана с развитием мелкой моторики пальцев рук, координацией слуха и движений, слуха и голоса при выполнении определенного ритмического рисунка, ориентирует в оценке высоты звуков, звучания конкретных инструментов, что характеризуется как лечебный фактор.

Мышечный тонус - определенное напряжение в мышцах в состоянии покоя и во время движения. Мышечный тонус - это степень упругости мышц и то сопротивление, которое возникает при пассивном сгибании или разгибании в суставе в среднем темпе, приблизительно в такт часовому маятнику. Оценивается ощущение непроизвольного сопротивления со стороны исследуемых мышц, их в той или иной степени выраженное напряжение. При снижении мышечного тонуса это напряжение и сопротивление уменьшается, а при повышении тонуса - увеличивается по сравнению с нормальным вплоть до значительного сопротивления. В обычных условиях регулируется без участия сознания. Это напряжение достаточное, чтобы противодействовать действию силы тяжести (например, сохранять вертикальное положение тела), но оно не настолько сильное, чтобы сковывать движения. По назначению врача пациент с изменени-

ем мышечного тонуса проходит комплекс физиотерапевтических мероприятий, в том числе массаж и лечебную гимнастику.

Нарушение здоровья - физическое, душевное и социальное неблагополучие, связанное с потерей, аномалией, расстройством психологической, физиологической, анатомической структуры или функции организма. По величине отклонения от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья определяется степень ограничения жизнедеятельности.

Насилие в семье - форма деструктивного социального взаимодействия в семье, отражающая ее общее неблагополучие и нарушения в ценностно-нормативной сфере образующих ее индивидов. Является фактором социального риска, провоцирующим углубление социально-психологической и нравственной разобщенности, взаимного недоверия и враждебности по отношению к другим членам семьи, грубости и жестокости в общении другими людьми. Под насилием вообще понимается действие, связанное с прямым причинением физического, психического или нравственного ущерба другому лицу или с угрозой такого причинения, с целью принуждения его к определенному поведению. Формы насилия в семье могут выделяться по разным основаниям:

- по субъектам взаимодействия (взрослых по отношению к детям, детей и взрослых по отношению к престарелым, отношения между взрослыми членами семьи);
- по характеру и содержанию взаимодействия - физическое насилие (телесные наказания, побои, избиения или их угроза), психологическое насилие (оскорбления, грубость, угрозы, создание постоянных стрессовых ситуаций и оказание психологического давления с целью принудить к чему-либо, внушение каких-либо нормативов и ценностей посредством обращения к эмоциональной сфере);
- интеллектуальное насилие (навязывание установок и ценностей через процесс логического убеждения софистическими средствами, т. е. безотносительно к их истинности).

Всякое насилие проистекает из духовной неразвитости, собственной неспособности к конструктивному творческому взаимодействию или из злой воли, из-за давления социальных обстоятельств и отсутствия жизненных перспектив, нарастающей усталости и раздражительности, неправильных нравственных установок и дурного характера. Общей интеллектуальной его основой служит убеждение, что принуждение наиболее верное средство для того, чтобы добиться от человека необходимого поведения.

В действительности насилие никогда не может быть средством окончательного разрешения накапливающихся противоречий, которые оно лишь способно загнать вглубь, вызывая у подвергнувшегося ему лица страх, угнетенное состояние, униженность, напряженность, стремление любым способом избежать давления, имитируя покорность, послушание, прибегая ко лжи и накапливая в душе обиду и злость.

Насилие неспособно решить главную проблему конструктивного человеческого взаимодействия - вызвать в человеке добрую волю и готовность следовать предлагаемым образцам поведения по внутреннему побуждению. Главным средством профилактики насилия в семье является сознательное культивирование в ней атмосферы взаимного доброжелательства и доверия, а в самом себе - стремления понять другого члена семьи, умения поставить себя на его место, прочувствовать его состояние, постараться найти наилучший выход из ситуации, посоветовать без принуждения, суметь убедить. А если конфликт зашел далеко, - то и умения простить, чтобы оборвать цепь взаимонепонимания и обид, вернуть доверие, восстановить добрые отношения между близкими людьми, подав пример собственным поведением.

Независимый образ жизни - это не только социально-психологическая установка на полноценную интеграцию инвалидов в социальное и творческое развитие. Это способ мышления, психологическая ориентация личности, которая зависит от ее взаимоотношений с другими людьми, обществом, окружающей средой. В отличие от традиционного подхода, независимый образ жизни

стремиться определить, что человек способен делать, исходя из ценностей каждой человеческой личности, необходимости ее развития.

Основные компоненты модели независимого образа жизни следующие:

1. Истинное выравнивание возможностей для людей с инвалидностью и их полноценное участие в повседневной жизни.
2. В основе работы Центра независимого образа жизни должно лежать положение, что люди с инвалидностью обладают уникальным опытом и большей компетентностью в вопросах инвалидности и потому имеют больше оснований для работы с инвалидами.
3. Инвалиды должны сами владеть, управлять, контролировать работу Центра и быть его сотрудниками.

Центр независимого образа жизни осуществляет оценку социальных нужд инвалидов и предоставляет услуги - прямые и косвенные (информация об услугах), что помогает людям с инвалидностью выстраивать свою "жизненную технологию", достигая целей и возможностей в общении, трудоустройстве, создании семьи и т.д.

Центры независимого образа жизни могут осуществлять свою работу в виде программ, например таких, как Программа по работе с инвалидами на дому, Программа по переходу к независимому образу жизни "Сам себе адвокат" и др.

Очень сложной проблемой в России и в мире является пребывание людей с инвалидностью в домах-интернатах, где люди часто подвергаются жесткой дискриминации и лишены возможностей интеграции в общество. Решить эту проблему можно только объединенными усилиями общественных и государственных организаций, в том числе и правозащитных.

Нетрудоспособность - потеря трудоспособности в связи с заболеванием, травмой или другими причинами. Нетрудоспособность это определенное состояние здоровья, вызванное заболеванием или увечьем, при котором работник не имеет возможности выполнять свои трудовые функции либо не способен к трудовой деятельности. Законодательство различает временную и стойкую (дли-

тельную или постоянную) утрату трудоспособности. Наличие временной нетрудоспособности определяется соответствующими врачами лечебных учреждений или врачебно-консультационными комиссиями. Стойкая утрата трудоспособности, приводящая к прекращению способности к труду вообще или на длительный срок, либо вызывающая необходимость существенного изменения условий труда, т. е. наступление инвалидности, определяется в каждом конкретном случае бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ), действующими в соответствии со специальным законодательством о них. Эти бюро правомочны также устанавливать степень утраты работником трудоспособности (общей и профессиональной) в результате увечья, профессионального заболевания и иного повреждения здоровья, связанного с выполнением им трудовых обязанностей. Данные вопросы регулируются Гражданским кодексом РФ и др. нормативными актами.

Степень утраты профессиональной трудоспособности потерпевших вследствие трудового увечья определяется БМСЭ в процентах. Одновременно с утверждением степени утраты профессиональной трудоспособности при наличии оснований устанавливается группа инвалидности и определяется нуждаемость потерпевшего в дополнительных видах помощи.

Нетрудоспособность имеет значение и для возмещения вреда в случае смерти кормильца. Так, в ст.1088 ГК РФ отмечено, что в случае смерти потерпевшего право на возмещение вреда имеют нетрудоспособные лица, состоявшие на иждивении умершего или имевшие ко дню его смерти право на получение от него содержания, а также ребенок умершего, родившийся после его смерти. Вред возмещается: несовершеннолетним - до достижения 18 лет, учащимся старше 18 лет - до окончания учебы в очных учебных заведениях, но не более чем до 23 лет; женщинам старше 55 лет и мужчинам старше 60 лет - пожизненно; инвалидам - на срок инвалидности; одному из родителей, супругу либо другому члену семьи, занятому уходом за детьми, братьями, сестрами, внуками умершего кормильца, до достижения ими 14 лет либо изменения состояния здоровья.

Нетрудоспособность является также основанием для решения вопросов пенсионного обеспечения в соответствии с действующим законодательством.

Обеспечение старости в России - в современном мире растет доля людей пожилого возраста в населении большинства стран. Россия - не исключение: число лиц пенсионного возраста составляет 20,6%, и тенденция увеличения доли пожилых людей в общей массе населения сохраняется. Это отражается на всех сферах общественной жизни: рынке труда, здравоохранении, обеспечении старости и т. п.

Наряду с инвалидами, многодетными семьями, беженцами и вынужденными переселенцами, прежде всего пожилые и старые люди ощущают на себе негативные последствия смены системы, а потому нуждаются в повышенном внимании общества и государства.

Одним из конституционных прав гражданина России является право на социальное обеспечение по возрасту, в частности, на пенсионное обеспечение. Виды трудовых пенсий: пенсии по старости (по возрасту), по инвалидности, по потере кормильца, за выслугу лет.

Право на пенсию по старости на общих основаниях имеют мужчины, достигшие 60 лет и проработавшие не менее 25 лет, женщины по достижении 55 лет со стажем работы не менее 20 лет. Пенсия назначается пожизненно. К пенсии по старости предусматриваются надбавки при наличии необходимых оснований:

- уход за пенсионером-инвалидом первой группы;
- необходимость постоянного постороннего ухода (помощи, надзора) по заключению лечебного учреждения или достижение пенсионером 80-летнего возраста;
- содержание неработающим пенсионером нетрудоспособных иждивенцев, не получающих какой-либо пенсии;
- участникам Великой Отечественной войны, не получающим одновременно с пенсией по старости пенсию по инвалидности.

Финансирование выплаты государственных пенсий осуществляется Пенсионным фондом РФ. В связи с ростом стоимости жизни в условиях инфляции государство повышает размер пенсии путем ее индексации и компенсационных выплат.

Конституционное право пожилого человека на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальных системах здравоохранения обеспечивается в рамках Федеральной и территориальных программ обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" (1993) и другими нормативными актами. Предусмотренная законодательством лекарственная помощь пенсионерам на льготных условиях фактически не предоставляется вследствие ограниченных финансовых возможностей государства.

Защитной мерой в обеспечении старости являются льготы, предусмотренные Законами "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (1995), "О ветеранах" (1995).

В России около 24,3 млн. человек, достигших пенсионного возраста, пользуются различными видами льгот. В их числе инвалиды ВОВ, участники ВОВ, труженики тыла военных лет, блокадники Ленинграда, репрессированные и пострадавшие от политических репрессий, ветераны труда и другие категории граждан.

Социальные услуги как вид государственной социальной помощи предоставляются гражданам пожилого возраста и инвалидам в рамках системы социального обслуживания, основными видами которого являются: обслуживание на дому, стационарное и полустационарное, срочное социальное обслуживание, социально-консультативная помощь. Они предусмотрены Законами "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" (1995), "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации" (1995).

Над пожилыми и старыми людьми, не способными в полной мере осуществлять свои права и выполнять свои обязанности по состоянию здоровья, уста-

навливается социальное попечительство как правовая форма защиты их личных и имущественных интересов. Для оказания помощи таким людям существует система домов-интернатов для престарелых и инвалидов.

Все мероприятия по социальному обеспечению пожилых осуществляют органы и учреждения социальной защиты населения. Реализация льгот и преимуществ пожилых людей, предусмотренных Российским законодательством, возложена большей частью на субъекты Российской Федерации. В полном объеме она стала практически невозможной из-за недостаточного финансирования.

Образ жизни - распределение человеком на протяжении жизненного цикла его фундаментальных жизненных ресурсов - времени и энергии между основными формами социокультурной жизнедеятельности: жизнеобеспечение, социальная коммуникация, рекреация, социализация. Образ жизни - вид индивидуальной или групповой человеческой жизнедеятельности, соответствующий конкретным историческим социальным отношениям. Фиксирует в себе специфику общения, поведения, склада мышления в различных сферах жизни. Зависит от экономических, социальных, политических, культурных, природных и иных условий. Выступает как целостная система, состоящая из элементов материальной и духовной жизни общества. Образ жизни характеризует и показывает данное общественное устройство, как живет человек в этом обществе, что делает оно для развития и совершенствования собственного "Я" человека, реализация его потребностей, интересов и творческих возможностей. Образ жизни формируется как результат воздействия на человека совокупности социально-экономических отношений, общественно-экономического строя, идеологии и культуры, окружающей среды. Оказывает активное влияние на экономические и социально-политические процессы в обществе.

Общепринято разделять объективные (способ совместной деятельности, социально-общественные отношения и связь между людьми и др.) и субъективные (цели и задачи общения, интересы и мотивы деятельности, ценностные ориентации) аспекты образа жизни. Обычно выделяют образ жизни городской,

сельский, молодежи, крестьян, рабочих, интеллигенции, студентов и т.п. В основе такого деления лежит принадлежность к социальной группе, слою, возрасту, образованию, роду занятий и т.д.

Ограничения жизнедеятельности - полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью.

Одинокие люди - граждане, потерявшие или не имеющие тесной связи с обществом, социальной группой, семьей и отдельными людьми. Одиночество может быть условием или образом жизни, а также психологическим состоянием, может быть постоянным и временным. В некоторых случаях человек добровольно избирает одиночество в качестве образа жизни в силу объективных или субъективно-психологических причин (например, люди творческой профессии, замкнутые, легкоранимые, неуживчивые, люди, имеющие инвалидность).

Одиночество - социально-психологическое состояние, характеризующееся недостаточностью или отсутствием социальных контактов, поведенческой отчужденностью и эмоциональной неудовлетворенностью индивида характером и кругом его общения. Согласно современным представлениям, физическая изолированность не всегда ощущается человеком как одиночество. Наиболее остро одиночество воспринимается человеком в ситуациях принудительного общения или принудительного ограничения общения. Одиночество становится одной из основных социальных проблем пожилого человека. Для ее разрешения необходимо создавать услуги для данной категории населения, развивать и совершенствовать формы социальной помощи одиноким, вести целенаправленную работу по предупреждению одиночества.

Оккупационная терапия (ОТ) - является профессией, направленной на реабилитацию лиц, которые по состоянию здоровья не могут осуществлять уход за собой, проводить досуг и выполнять трудовую деятельность.

Уход за собой, проведение досуга и продуктивная деятельность объединяются общим термином "занятие", а участие человека в их выполнении определяется как оккупациональная деятельность.

Работа оккупациональных терапевтов направлена на помощь лицам, чья оккупациональная деятельность страдает вследствие травмы или заболевания, психических или эмоциональных нарушений, врожденных или приобретенных заболеваний, либо в результате старческих изменений.

Целью ОТ является:

- расширение независимости и автономности человека в плане занятий;
- устранение ограничения или недостатка в оккупациональной деятельности;
- обеспечение успешного и независимого выполнения оккупациональных действий.

Несмотря на то, что ОТ является лечебной профессией, она значительно отличается от других медицинских специальностей.

Объектом ОТ являются занятия, восстановление и нормализация оккупациональной деятельности. В ОТ проявление клинических нарушений рассматривается только с учетом взаимосвязи с оккупациональной деятельностью.

Оккупациональный терапевт собирает информацию о видах и степенях самообслуживания больного, проведении досуга и трудовой деятельности пациентов и осуществляет стратегию, направленную на восстановление и нормализацию оккупациональной деятельности. Оккупациональный терапевт также оценивает психологические, социальные и экологические факторы, которые оказывают влияние на оккупациональную деятельность.

Следует отметить, что не все болезни приводят к нарушению оккупациональной деятельности пациентов. Заболевания могут носить временный характер и не вызывать отклонений оккупациональной деятельности. Например, перелом ноги или простуда вызывают нарушение здоровья, но не приводят к существенному влиянию на оккупациональную деятельность. Отклонения в состоянии здоровья могут быть весьма существенны, однако они не вызывают на-

рушений тех функций, которые определяют оккупациональную деятельность человека. Так, пациент, перенесший ампутацию нижней конечности выше коленного сустава, может продолжать работу учителя, поскольку этот род деятельности не требует значительной мобильности. В случае, когда требуется высокая подвижность, необходимо помочь этому человеку адаптироваться, чтобы он мог справиться с работой.

Окружающая среда - совокупность физических, химических, биологических характеристик, а также социальных факторов, способных оказывать прямое или косвенное, немедленное или отдаленное воздействие на живые существа и деятельность человека. Окружающая среда - целостная система взаимосвязанных компонентов (воздух, климатические явления, вода, флора и фауна, рельеф, техногенная и социальная среда), в которых осуществляются труд, быт и отдых населения.

Естественная природная среда создает определенные, зачастую специфические, условия для сохранения и развития здоровья. Сейчас ни у кого не вызывает сомнений следующая причинно-следственная цепочка: солнечная активность - возмущение электромагнитного поля Земли - реакция организма, так как главным возбудителем жизнедеятельности на нашей планете является солнечное излучение со всеми его электронными и ионными потоками и спектрами. Многочисленные исследования показали, что изменения погодных условий и прежде всего перепады атмосферного давления оказывают существенное влияние на частоту обострений и течение ряда заболеваний, увеличивают вероятность умереть от них. Наиболее сильная зависимость выявлена при болезнях органов дыхания, сердца и сосудов. Многие заболевания имеют выраженное географическое распространение (злокачественные новообразования кожи, желудка, легких и бронхов, крови и кроветворной системы, инфекционные и паразитарные болезни и др.). От состава микроэлементов в почве и в воде также зависит появление и течение ряда заболеваний.

Вмешательство человека в естественную природную среду должно быть не только экономически, но и медико-гигиенически целесообразно и обоснованно.

Олигофрения - психическое, главным образом, умственное, недоразвитие.

Ортопедическая обувь - обувь специальной конструкции, предназначенная для коррекции функции и (или) формы патологически измененной конечности.

Освоение жизненной среды - приобретение и эффективное использование знаний и навыков, необходимых для адекватного взаимодействия с элементами окружения и контроля над ними.

Основные подходы в социальной работе. В социальной работе различают следующие основные направления:

1) Индивидуальная психотерапия, которая берет начало в социальной работе, проводившейся крупнейшими американскими организациями в конце XIX - начале XX в. Развитие этого направления связано с именем Мэри Ричмонд (ею написаны книги "Дружеский визит к беднякам: руководство для работающих в благотворительных организациях" (1899), "Социальные диагнозы" (1917). Центральным моментом индивидуальной психотерапии является способность в каждом конкретном случае произвести оценку, поставить социальный диагноз и взять его за основу при выборе метода помощи. Социальный диагноз предполагает оценку, как личности клиента, так и его социального положения. В качестве методов социального диагноза выступают косвенный метод лечения и непосредственный метод. Суть косвенного метода состоит в воздействии на среду, в возможности посредством изменения социального окружения влиять на жизненную ситуацию клиента в благоприятном для него направлении. Непосредственный метод заключается, по выражению Ричмонд, в воздействии "ума на ум", т. е. при помощи предложений, уговоров, советов, а также рациональных дискуссий клиент вовлекается в выработку и принятие ре-

шения. Для подобного воздействия чрезвычайно важно установить прочные доверительные отношения между социальным работником и клиентом.

2) Диагностический подход - направление в индивидуальной психотерапии, разработанное школой управления служб социальной работы при Чикагском университете колледжа Смита (1918). Для этой школы характерен акцент на установлении точного диагноза и последующем лечении. Для дифференцированного лечения требовалось собрать как можно больше объективных данных о клиенте и о его ситуации. На диагностическую школу большое влияние оказал психоанализ Фрейда, в частности теория психического детерминизма бессознательных процессов в психическом аппарате и значения переживаний раннего детства. Более важное значение приобретала оценка личности клиента, нежели оценка ситуации. В результате отношения между социальным работником и клиентом превращались в довольно авторитарные, в которых социальный работник выступал как посторонний эксперт, в чью задачу входило лечение клиента, т. е. изменение его как личности и изменение его адаптации к окружающей среде.

3) Функциональный подход - направление, связанное с Пенсильванской школой социальной работы (1930), по подготовке специалистов по индивидуальной психотерапии. Эта школа находилась под влиянием идей Отто Ранка, который полагал, что существенными в ситуации лечения являются отношения терапевта и пациента, а не детские впечатления клиента. Функциональная школа взяла за основу в первую очередь представления Ранка о желании перемен у клиента, его способности к восприятию помощи, а также о начальных процессах и разделении функций в ходе лечения. Функциональная школа построила свою методику индивидуальной психотерапии вокруг самого аппарата помощи, того, как он должен быть организован, и вокруг проблемы предоставления и приема помощи. Здесь на клиента возлагалась большая ответственность за изменения. Задача социального работника состояла в том, чтобы сделать возможным для клиента принятие помощи. Позже функциональная школа обратилась к идеям так называемой гуманистической психологии, например, к понятию

Маслоу о самоактуализации личности и представлениям Карен Хорни о том, что человек внутренне всегда стремится к чему-то позитивному, находится в состоянии постоянного роста и развития.

4) Социально-психологический подход - это направление получило развитие в трудах Г.Гамильтона (1930), одного из теоретиков диагностической школы, которая находилась под воздействием гештальтпсихологии. Ею введено в обращение понятие "личность в ситуации". Это, по ее мнению, трехкратный образ: личность, ситуация и, прежде всего, интеракция между личностью и ситуацией. Изучение и понимание данного образа и составляет социально-психологический подход. Д.Холлис (1964) разработала ряд принципов, на которых должна строиться социально-психологическая работа:

Социальный работник должен принимать своего клиента таким, каков он есть, проявляя к нему интерес и уважение.

В центре внимания должны быть потребности клиента.

Понимание клиента должно быть научно обоснованным и объективным.

Социальный работник должен уважать право клиента на принятие собственного решения.

Возникают моменты, когда социальный работник обязан взять на себя ответственность, с тем, чтобы клиент не нанес ущерба самому себе и другим.

Остеопороз - дистрофия костной ткани с перестройкой ее структуры, характеризующаяся уменьшением числа костных перекладин в единице объема кости, истончением, искривлением и полным рассасыванием части этих элементов. Является причиной переломов костей, особенно у женщин и лиц пожилого возраста.

Патернализм - способ управления, при котором руководящие лица и органы занимают покровительственную позицию по отношению к зависящим от них людям, а взамен ограничивают возможности участия этих людей в решении значимых для них проблем.

Патронаж - форма правовой защиты личных и имущественных интересов граждан. Патронаж устанавливается над совершеннолетним дееспособным

гражданином, который по состоянию здоровья не может самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности. Патронаж является разновидностью попечительства.

Попечитель (помощник) совершеннолетнего дееспособного гражданина может быть назначен органом опеки и попечительства только с согласия такого гражданина. Попечитель обязан заботиться о создании своему подопечному необходимых бытовых условий, об обеспечении его уходом и лечением, защищать его права и интересы.

Распоряжение имуществом, принадлежащим совершеннолетнему дееспособному подопечному, осуществляется попечителем (помощником) на основании договора поручения или доверительного управления, заключённого с подопечным. Совершение бытовых и иных сделок, направленных на содержание и удовлетворение бытовых потребностей подопечного, осуществляется его попечителем (помощником) с согласия подопечного.

Патронаж над совершеннолетним дееспособным гражданином может быть прекращён по требованию гражданина, находящегося под патронажем. Попечитель (помощник) гражданина, находящегося под патронажем, освобождается от выполнения лежащих на нём обязанностей в случаях, предусмотренных в отношении опекунов и попечителей.

Первая медицинская помощь - комплекс срочных простейших мероприятий для спасения жизни человека и предупреждения осложнений при несчастном случае или внезапном заболевании, проводимых на месте происшествия самим пострадавшим (самопомощь) или другим лицом, находящимся поблизости (взаимопомощь).

Первичная профилактика - система социальных, медицинских, гигиенических и воспитательных мер, направленных на предотвращение заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения и развития, а также на повышение устойчивости организма к воздействиям неблагоприятных факторов окружающей природной, производственной и бытовой среды. В отличие от вторичной профилактики, нацеленной на раннее выявление заболеваний,

предупреждение рецидивов, прогрессирование болезненного процесса и возможных его осложнений, первичная профилактика призвана сохранять ненарушенное здоровье, не допускать воздействия факторов природной и социальной среды, способных вызывать патологические изменения. Система первичных профилактических мероприятий наиболее эффективна в медицинском, социальном и экономическом отношении, и поэтому в современных условиях она рассматривается как ведущее направление в области охраны и укрепления здоровья. Повышение уровня общественного здоровья населения достигается путем совершенствования всех форм профилактической работы с учетом пола, возраста, характера общественно-трудовой деятельности и доступности медицинской помощи при активном участии всех служб и ведомств, общественных формирований. На современном этапе развития первичной профилактики важно отработать концепцию всеобъемлющей профилактики, направленной на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждения болезней. Мероприятия первичной профилактики должны носить как общеоздоровительный характер, так и строго целевое назначение по предотвращению конкретных форм патологии, в частности устранению действия факторов риска, начиная с детства.

Пожилые люди - генерация лиц старшего возраста, в которой согласно классификации ВОЗ ООН, выделяют четыре подгруппы: собственно пожилые (55-64 года), старые (65-74 года), очень старые (75-84 года), престарелые (85 лет и старше). В некоторых случаях выделяют подгруппу долгожителей (свыше 100 лет). Наряду с физическим возрастом, следует учитывать социальный возраст, функциональные, этнические и половые признаки. Динамика последних десятилетий подтверждается рост продолжительности жизни в мире и в России в частности, хотя этот рубеж у нас несколько ниже, чем в развитых странах мира. В Российской Федерации он отличается большим числом женщин среди граждан пожилого возраста, этнической особенностью (наиболее быстро стареет русская часть населения), около 60% женщин старше 70 лет вдовствуют, неравномерностью распределения по субъектам РФ.

Социальные условия жизни пожилых людей характеризуются следующими основными проблемами:

- ограничение жизнедеятельности, связанное с состоянием здоровья (наиболее распространенные хронические заболевания - артрит, сердечно-сосудистые заболевания, снижение слуха и зрения, ортопедические заболевания);
- занятость (как правило, до 70% данной категории не работают или частично заняты);
- материальное положение (размеры пенсий гораздо ниже заработной платы, высокий уровень инфляции, высокая стоимость медицинского обслуживания, ограничение системы социального обеспечения и связанных с ней льгот);
- психическое здоровье (усиление отклонений в психике, что связано со снижением подвижности психических процессов).

Практическая социальная работа с пожилыми людьми должна исходить из принципов комплексности и системности, компетентности и подготовленности специалистов.

Политика социокультурная - система мер, направленных на улучшение условий, качества жизни членов общества, осуществляемых институциональными средствами.

Потребительская корзина - минимальный набор продуктов питания, непродовольственных товаров и услуг, необходимых для сохранения здоровья человека и обеспечения его жизнедеятельности. Потребительская корзина для основных социально-демографических групп населения в целом по Российской Федерации и в субъектах РФ определяется не реже одного раза в пять лет на основе методических рекомендаций, разрабатываемых с участием общероссийских объединений профсоюзов, в порядке, установленном Правительством России.

В субъектах Российской Федерации потребительская корзина устанавливается законодательными (представительными) органами субъектов РФ по

представлению органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации с учетом природно-климатических условий, национальных традиций и местных особенностей потребления продуктов питания, непродовольственных товаров и услуг основными социально-демографическими группами населения при наличии заключения экспертизы, проводимой в порядке, определяемом Правительством России. Потребительская корзина в целом по Российской Федерации устанавливается Федеральным законом.

Права пациента - установленный законодательством и защищаемый принудительной силой государства перечень возможных видов (моделей) поведения и требований лица, обратившегося за медицинской или социальной помощью или получающего помощь. Права пациента сформулированы в статьях 30 и 31 "Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан".

Принципы и методы социальной работы - принципы, лежащие в основе социальной работы как формы деятельности, а также используемые в ней методы. Принципы социальной работы выполняют три функции - конституирующую, регулятивную и интегративную. Основные принципы социальной работы:

- принцип гуманизма (признание человека высшей ценностью);
- принцип справедливости (обеспечение условий для реализации человеческих способностей);
- принцип компетентности (глубокое знание теории и практики социальной работы);
- принцип альтруизма (признание блага другого более значимым, чем благо собственного "Я");
- принцип личностного подхода (умение видеть за каждой социальной проблемой интересы конкретной личности);
- принцип комплексности (одновременное решение связанных между собой социальных проблем, возникающих на разных уровнях социальности);

- принцип посредничества (понимание социальной работы как выражения социальной политики государства);
- принцип перманентности (понимание социальной работы как непрерывной, систематической и целенаправленной деятельности);
- принцип аттракции (умение привлечь внимание клиента);
- принцип доверия (умение установить доверительные отношения с клиентом).

В силу интегрального характера социальной работы в ней используются экономические, правовые, организационные, административные, психологические, социально-психологические, медико-социальные, педагогические и др. методы.

Проблемы медицинские пожилых людей - наиболее часто встречающиеся у пожилых людей заболевания и патологические состояния:

- артриты (45 - 55%);
- проблемы зубов (40 - 60%);
- гипертония (35 - 45%);
- коронарная болезнь (30 - 40%);
- нарушения зрения (30 - 40%);
- остеопороз (25 - 60%);
- нарушения слуха (20 - 35%);
- ортопедические заболевания (18%);
- катаракта (17%);
- сахарный диабет (10%);
- депрессия (10 - 20%);
- сосудистые заболевания (10- 20%);
- функциональная зависимость (10 - 15%);
- нарушение зрения (8%);
- варикозное расширение вен (8%).

Проблемы психологические пожилых людей:

- замедление и ослабление психических процессов (мышления, внимания, памяти, способности к адаптации и др.);
- утраты (родные, близкие, знакомые, те, с кем связана большая часть жизни, связаны воспоминания);
- низкая самооценка своего положения, потеря самоуважения (пенсионер, старик) из-за традиционных представлений о старости (списать в архив, на мыло, сойти с круга, был конь, да изъездился, укатали сивку...);
- антивитальные и суицидальные чувства и мысли;
- ненужность семье, друзьям, привычному окружению, производству, стране;
- депрессия;
- страхи;
- ощущение, что жизнь в тягость;
- отсутствие положительной жизненной перспективы, переживание приближающейся смерти;
- дефицит общения;
- одиночество (отсутствие свидетелей и соучастников прошлого, отсутствие интереса у молодых к опыту прошлого, отсутствие интереса к современным проблемам);

Прогноз восстановления функций - научно обоснованное предположение о степени восстановления функциональных возможностей органа или системы органов, пораженных патологическим процессом.

Прогноз трудовой - научно обоснованное предположение о будущей трудоспособности больного с определением формы труда, доступной и безвредной при его состоянии здоровья.

Программа социокультурная целевая - разработка и реализация комплекса мер, направленных на решение конкретной социально значимой проблемы; является одним из важнейших инструментов социокультурной политики.

Протезирование - восстановление функций или устранение косметических дефектов поврежденных органов или частей тела с помощью протезов. *Анатомическое* протезирование проводят с целью устранения косметического дефекта; *атипичное* - по индивидуальному плану, когда не представляется возможным использовать стандартные схемы; *лечебное* - с целью восстановления функции органа.

Профилактика - совокупность мероприятий, направленных на предупреждение конкретных заболеваний или патологических состояний.

Профилактические медицинские осмотры - медицинские осмотры работников предприятий, организаций и граждан, проводимые в целях охраны здоровья, предупреждения возникновения и распространения заболевания как при приеме на работу, так и впоследствии, декретированным группам, включая женщин и детей. Перечень вредных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры и порядок их проведения, устанавливается Федеральным Центром Государственного санэпиднадзора Министерства здравоохранения РФ по согласованию с Советом федерации независимых профсоюзов РФ.

Профилактические медицинские осмотры работающих включаются в перечень услуг, оказываемых при обязательном медицинском страховании. Предприятия, организации обязаны обеспечить условия, необходимые для своевременного прохождения работающими профилактических медицинских осмотров. Дети, беременные проходят профилактические медицинские осмотры в рамках диспансерного наблюдения. Объем и периодичность проведения профилактических мероприятий определены соответствующими инструкциями.

Психиатрия - отрасль клинической медицины, изучающая этиологию, патогенез, клинику и распространенность психических болезней, разрабатывающая методы их диагностики, лечения и профилактики, порядок и методы экспертизы и реабилитации психически больных.

Психиатрия геронтологическая - учение о психических болезнях позднего возраста. Последний подразделяется на предстарческий (45-65 лет) и старческий (65-75 лет и старше). Соответственно включенные в психиатрическую геронтологию заболевания делятся на предстарческие (инволюционные и пресенильные) и старческие (сенильные). Предстарческие психозы включают инволюционную депрессию (депрессию позднего возраста), пресенильный бред ущерба, инволюционный параноид (бред преследования и ревности), грубые ослабумливающие атрофические болезни мозга - болезнь Пика, болезнь Альцгеймера, хорей Гентингтона, болезнь Паркинсона. Немаловажными условиями развития этих болезней становится климакс (им чаще болеют женщины), изменение социального и материального статуса, например, в связи с выходом на пенсию, процесс естественной морфо-функциональной инволюции. Сенильные психические болезни включают старческое слабоумие, реактивные состояния старческого возраста, психические расстройства сосудистого происхождения (атеросклероз сосудов головного мозга). Немалую роль в их развитии играют процессы естественной атрофии, в том числе вещества мозга; общее одряхление; потеря супруга, одиночество, беспомощность. В связи с этим реабилитация и профилактика психических болезней позднего возраста тесно связаны с психической и социальной активизацией больных, привлечением их к посильному труду, поддержанием физической активности и социальных контактов. Немалое значение приобретает помощь и уход за одинокими и беспомощными, создание вокруг них "положительного эмоционального пространства".

Психигигиена - раздел гигиены, разрабатывающий и осуществляющий мероприятия, направленные на сохранение и укрепление психического здоровья людей. Она тесно связана с экологией, так как высокая степень загрязнения окружающей среды, злоупотребление лекарственными препаратами, насыщенность среды электрическими и магнитными волнами, и пр., чревато серьезными нарушениями психики; социологией - поскольку условия жизни и деятельности людей, их реальный социальный статус имеют большое значение для их психического состояния; педагогией - ибо воспитание человека закладывает основу

его психического здоровья или нездоровья в будущем; психологией - потому что только зная и понимая психологию отдельных людей и системы их общения можно осуществлять серьезные психогигиенические прогнозы; психотерапией - которая может служить базисом для психокорректирующих программ, снижающих подверженность людей психогениям.; психиатрией - так как без знания психических болезней и мероприятий, направленных на их профилактику, нельзя говорить о полноценном осуществлении программ укрепления психического здоровья. Существуют следующие разделы психигигиены: возрастная психигигиена (детства, подростковая, пожилого и старческого возраста); психигигиена труда и обучения; психигигиена быта, семьи и больного человека. Большое значение для психигигиены имеет санитарное просвещение, основные задачи которого в этой области - освещение проблем психического здоровья и психической болезни, возможностей корректирования неблагоприятных психоэмоциональных состояний, связи психического и физического здоровья, ранних проявлений психической неустойчивости, утомления и истощения.

Психические расстройства у пожилых - по данным отечественной и зарубежной медицинской статистики, от 10 до 25% всех лиц старше 60-65 лет страдают психическими нарушениями различной тяжести. Психические расстройства у пожилых различаются по своему происхождению, причинам и протеканию. У одних людей - это заболевания, возникшие в более молодом возрасте, но обострившиеся после начала старения, у других - психические расстройства, преимущественно либо всегда возникающие в позднем возрасте и прямо или косвенно связанные со старением. К последним относятся предстарческие психозы или то, что называют старческим слабоумием. В отличие от врожденного, приобретенное слабоумие (деменция) появляется на склоне лет и обусловлено мозговым атеросклерозом и гипертонической болезнью.

Предстарческие (пресенильные) психозы возникают в возрасте от 45 до 60 лет и проявляются либо депрессией, либо бредом ущерба и преследования. Депрессия оборачивается тревогой, мнительностью, уверенностью в тяжелом, неизлечимом заболевании. Речь таких больных возбужденная: у них возникают

попытки самоубийства. Пресенильный бред порой трудно отличить от действительных жалоб. В качестве обидчиков обычно называют соседей и родственников. Предстарческие психозы могут быть спровоцированы трагическими ситуациями или тяжелыми соматическими заболеваниями. Со временем и при лечении острые тревожно-депрессивные и бредовые проявления утихают, сменяются унылым пессимизмом, некоторым ослаблением памяти и снижением интеллекта, но не слабоумием. Течение болезни - монотонное и многолетнее, полное выздоровление, как правило, не наступает. Сенильная деменция - старческое слабоумие, которое обычно случается в возрасте 65-85 лет, хотя возможны и более ранние, и более поздние сроки. Болезнь подкрадывается почти незаметно, на начальном этапе заболевания индивидуальные психологические особенности заостряются, утрируются, но по мере развития болезни они сглаживаются. Наступают патологические изменения личности, типичные именно для старческого слабоумия. Врачи называют это состояние сенильной психопатизацией личности. На данной стадии старики теряют свой прежний облик и манеру поведения: появляется плюшкинская скупость, черствость, безразличие к любимым детям и внукам; пропадают увлечения и интересы, присущие этому человеку всю жизнь, в том числе самые элементарные: почитать газету, посмотреть телевизор. У больных утрачивается ориентация во времени, они иногда путают вечерние сумерки с ранним рассветом, и наоборот. Они легко могут заблудиться, не могут назвать свой адрес, путаются, плачут. Со временем память при сенильной деменции опустошается настолько, что больные не могут ответить - сколько у них детей, как их зовут, не могут назвать свой возраст, фамилию. У части больных происходит "сдвиг памяти в прошлое", они воспринимают себя в раннем возрасте, спрашивают, куда ушли давно умершие родственники, называют окружающих их именами. Речь у таких больных сохраняется гораздо дольше, чем память, но и она со временем становится бессистемной, превращается в бессмысленную болтовню.

Порой психическое расстройство протекает на фоне относительного физического здоровья. В этом случае больные доживают до полного маразма, а от

начальных признаков слабоумия до летального исхода проходит от 2 до 10 лет. Само по себе слабоумие, не смертельно, смерть наступает от других заболеваний.

Психогении (психогенные заболевания) - группа психических болезней, возникновение и течение которых обусловлено психической травмой. Психогении делятся на две основные группы - неврозы и реактивные психозы. Помимо того, выделяют две самостоятельные формы: ностальгию и ятрогению. Такое деление позволяет разделить психогении по степени тяжести и дифференцировать социальные и медицинские подходы к их лечению. При неврозах, например, на первый план выходит психотерапия. Существуют три основных критерия психогений: они возникают вслед за психической травмой; содержание болезненных переживаний отражает психотравмирующую ситуацию; течение психогении связано с травмирующей ситуацией - при ее сохранении психогения принимает нередко затяжное или хроническое течение, разрешение конфликта влечет за собой выздоровление. Именно поэтому так важно при психогении доискаться до истинного конфликта и попытаться его разрешить. Для возникновения психогении часто необходимы определенные условия. К ним относятся: некоторые особенности психического склада самого пациента (акцентуация характера, психопатия, высокая интенсивность или длительность психотравмы; истощающие, делающие человека особенно чувствительным к психотравме обстоятельства (например, далекая миграция, разрыв социальных связей, тяжелые или хронические соматические болезни, хроническое недосыпание, длительное отсутствие полноценного отдыха и пр.). При ятрогениях причиной возникновения болезни становятся неверные действия или слова врача, превратно истолкованные больным, как правило, в направлении утяжеления своей болезни и/или ее прогноза, излечимости и т.п.

Психодрама - вид групповой психологической, неврачебной психотерапии и диагностики внутриличностных и внутригрупповых конфликтов, в котором участники группы попеременно выступают в качестве актеров и зрителей. Это небольшие (оптимальный размер группы 12 человек) временные

объединения людей, имеющие назначенного руководителя, общую цель межличностного исследования, личностного научения, роста и самораскрытия, моделируя жизненные ситуации, имеющие личностный смысл для участников, с тем чтобы устранить неадекватные эмоциональные реакции и внутреннюю напряженность, отработать социальную перцепцию, осуществить глубокое самопознание. Понятие и процедура психодрамы предложены Д. Морено (США), который полагал, что с помощью психодрамы можно разрешить социальные конфликты. Для психодрамы характерны спонтанность, активность, импровизационность поведения. Психодрама применяется как метод психологической помощи при неврозах, девиантном поведении. Элементы психодрамы используются во всех формах групповой психокоррекционной работы.

Психоз - глубокое болезненное расстройство психики, проявляющееся неадекватным отражением реального мира. При этом распространенность неадекватного отражения может быть различной: в одних случаях оно охватывает лишь отдельные конкретные стороны реальной жизни (например, бред ревности) с сохранением правильного понимания и отражения всего остального, что находится за границами психотических переживаний, в других - глобально, когда нарушается отражение всего окружающего целиком, полностью (к примеру, при белой горячке). Обычно в психозе появляются несвойственные нормальной психике признаки: галлюцинации - возникающие в виду болезни видения (зрительные галлюцинации), голоса (слуховые галлюцинации), ощущения прикосновения (тактильные галлюцинации), вкуса (вкусовые галлюцинации), запаха (обонятельные галлюцинации), бред - возникшие на болезненной основе, не соответствующие действительности мысли и убежденность в наличии врагов и преследования (бред преследования), мнимой болезни (ипохондрический бред), несуществующего изобретения (бред изобретательства), воздействия лучами, аппаратами, телепатией (бред физического и гипнотического воздействия) и пр.; депрессивные (болезненная глубокая тоска с исчезновением ценности жизни и возникновением мыслей о самоубийстве) и маниакальные патологическое возбужденное веселье) состояния дисфории (напряженное злоб-

но-тоскливое состояние); различные варианты психомоторного возбуждения или торможения, вплоть до полной обездвиженности (ступор) или парадоксальные двигательные акты - поедание несъедобных предметов, влечение к самоповреждению или убийству и пр. Одним из важных, имеющих медико-социальную значимость, признаков психоза является исчезновение критики к болезненному состоянию - непонимание и отрицание болезни: пациент даже при крайне тяжелых психотических расстройствах продолжает считать себя здоровым и не нуждающимся в лечении. Нередко он, наоборот, заключение о болезни и предложение лечения воспринимает как вариант преследования. Психоз сопровождается соответствующими нарушениями поведения; так, при бреде преследования пациенты зачастую сами становятся преследователями и могут с целью "защиты" напасть и даже убить. Ввиду этого многие случаи психоза чреваты общественно - опасными действиями пациентов, которые могут быть направлены как против других лиц, так и против самих себя (аутоотравматизм, самоубийство), что предопределяет наличие в психиатрии регулируемой законом принудительной госпитализации. Ответственность за предупреждение подобных действий законом возложена на врача - психиатра. Так как нарушение психики при психозе бывают частичными, многие больные могут скрывать от окружающих свои переживания, диссимулировать (например, при бреде ревности), что значительно увеличивает их общественную опасность.

Некоторые психозы обладают контагиозностью, "заразительностью" - это так называемые индуцированные психозы. Как правило, это или истерические психозы, или бредовые, когда бред имеет некую систему доказательств, эмоционально насыщен при условии тесного общения больного - индуктора с индуцируемым.

Психотерапия - система лечебного воздействия на психику, а через нее на весь организм и поведение пациента. Выделяют следующие виды психотерапии:

- успокаивающая, смягчающая эмоциональное реагирование пациента на болезнь;

- корректирующая, задача которой выработать правильное отношение пациента к своему состоянию здоровья;
- стимулирующая, направленная на повышение социальной активности пациента, на побуждение правильно выполнять лечебный режим.

Существует два основных метода психотерапии: гипнотерапия и психотерапия в бодрствующем состоянии, которая обращена к личности пациента, находящегося в ясном сознании.

Основным видом психотерапевтического лечения старых людей является общение с ними. Любой пожилой человек нуждается в собеседнике, он ждет сочувствия, понимания, ласковых слов, ободрения, внимания и желания его слушать. Психотерапевтическое воздействие на пожилого человека осуществляется при индивидуальной работе с ним или при работе в группе пациентов. Основными методиками психотерапии являются рациональная психопрофилактика, самовнушение, аутогенная тренировка, наркопсихотерапия и др.

Рассеянный склероз - хроническое прогрессирующее заболевание, которое характеризуется симптомами диффузного поражения центральной и периферической нервной системы, главным образом двигательных, реже чувствительных проводящих путей.

Реабилитация (восстановительное лечение) - это процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Восстановительное лечение необходимо, когда у пациента значительно снижены функциональные способности, способности к обучению, нарушены трудовая деятельность, социальные отношения и т. д.

Восстановительное лечение является частью ежедневного ухода за больным.

При восстановительном уходе главная цель состоит в том, чтобы помочь больному стать функционально полноценным и независимым от посторонней

помощи насколько это возможно, несмотря на то, что он не может быть таким, как прежде. Восстановительный уход уменьшает последствия болезни, а у людей с инвалидностью - последствия инвалидности. При восстановительном лечении необходимо помогать больным, но не делать ничего за них. По возможности следует стремиться к тому, чтобы больной самостоятельно выполнял правила общей гигиены, например, чистил зубы, умывался, причесывался, принимал пищу. Прежде, чем выполнять какие либо действия по уходу, узнайте у больного, что он может делать самостоятельно, и поощряйте его это делать. Не забывайте о том, что в связи с болезнью и ее последствиями, больные могут утратить навыки повседневной жизни, которыми они владели до болезни. Вовлечение больного в занятия поможет ему приобрести навыки и способности, необходимые для преодоления жизненных проблем. Поэтому больного необходимо постепенно обучать этим навыкам и дать ему возможность приспособиться к болезни и жить более полноценно. В тех случаях, когда возможности больного выразить свои потребности и желания ограничены, необходимо помочь больному активизировать его участие в освоении навыков.

Реабилитация инвалидов в России - Законом РФ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (1995 год) предусмотрены три вида реабилитации инвалидов:

- медицинская (восстановительная терапия, реконструктивная хирургия, протезирование, ортезирование) - направлена на полное или частичное восстановление или компенсацию той или иной нарушенной или утраченной функции, на замедление прогрессирования заболевания, поддержание сил и возможностей человека;
- профессиональная - предусматривает восстановление каких-либо утраченных профессиональных умений и навыков, обучение и переобучение на другую профессию, обеспечение необходимых условий для профессионально - производственной адаптации;
- социальная - предусматривает комплекс мер, облегчающих жизнедеятельность инвалида. К ним относятся:

- денежная, материальная помощь (дотации, пенсии, целевое единовременное пособие, компенсации);
- натуральная материальная помощь лекарствами, вещами, продуктами, техническими средствами и т. д.;
- социально-средовая интеграция (приспособление квартиры);
- социальное обслуживание (дневной стационар, обслуживание на дому, интернат);
- культурно-досуговый патронаж.

Конкретные объемы, виды, формы реабилитационных мероприятий, сроки проведения и исполнители отражаются в индивидуальной программе реабилитации инвалида, которая разрабатывается персонально для каждого реабилитанта в соответствии с Постановлением Министерства труда и социального развития «О примерном положении об индивидуальной программе реабилитации инвалидов» (1996).

Предусмотрены два вида программ:

- стратегическая: формируется на основе заключения медико-социальной экспертизы на продолжительный период в зависимости от основных целей и задач реабилитации; она разрабатывается в бюро МСЭ;
- тактическая: определяется на более короткий период для решения конкретных задач реабилитации с учетом ее этапа; она составляется реабилитологами реабилитационных учреждений, в том числе врачами, социальными работниками, на основе стратегической программы.

Оба вида программ носят рекомендательный характер. Инвалид может отказаться от того или иного мероприятия, а также от программы в целом. Все реабилитационные мероприятия проводятся только с согласия пациента или его представителя.

Предусмотренный нормативно-правовыми документами комплекс мер по социальной защите инвалидов необходим для поддержания приемлемого уровня их жизни, для преодоления средовых барьеров и приспособления среды обитания, для интеграции инвалидов в общественную жизнь.

Реабилитация социокультурная - комплекс мероприятий и процесс, имеющие целью помочь инвалиду достигнуть и поддерживать оптимальную степень участия в социальном взаимодействии и коммуникации, необходимый уровень культурной компетентности, что обеспечивает ему средства для позитивных изменений в образе жизни и наиболее полную интеграцию в общество за счет расширения рамок его независимости.

Реадаптация - приобретение инвалидом таких новых навыков взаимодействия и поведения в стандартных социокультурных ситуациях, которые позволяют ему компенсировать вновь возникший дефект.

Рекреация - составляющая образа жизни, процесс восстановления жизненных сил, которые частично утрачиваются в сфере труда и в повседневных делах; находится в тесной связи с понятиями свободного времени, досуга, неутилитарных форм культурной активности. Рекреация может быть в форме сна, принятия оздоровительных процедур, перерыва в работе, смены событий, переключение на другой вид деятельности.

Ремиссия - этап течения болезни, характеризующийся временным ослаблением или исчезновением ее проявлений.

Ресоциализация - процесс повторной социализации индивида, осуществляемый при условии, что знания и навыки, приобретенные ранее в ходе социализации, не способствуют социокультурной адаптации или, обуславливают социально неприемлемое поведение. Ресоциализация подразумевает деконструкцию ранее сложившихся стереотипов поведения и замену их новыми, более функциональными или социально приемлемыми.

Рецидив - повторное появление признаков болезни после ремиссии.

Роль социальная - устойчивая совокупность функций, направленная на достижение социально полезных результатов в стандартных ситуациях социального взаимодействия. Роль социальная - модель поведения, выполняющего определенные социальные функции человека, объективно заданная социальным статусом или позицией личности в системе общественных или межличностных отношений. Исполнение социальных ролей должно соответствовать

принятым социальным нормам и ожиданиям окружающих вне зависимости от индивидуальных особенностей личности, поскольку социальная роль вытекает из индивидуальных социальных отношений и взаимосвязи между людьми, осуществляющими совместную деятельность. В ролевом описании общества любая ролевая группа предстает в виде набора определенных социальных позиций (рабочий, фермер, муж, студент, солдат, ученый и др.), находясь в которых человек обязан повиноваться "социальному заказу" или ожиданием других людей, связанных данной позицией или деятельностью. Выполняя такой "социальный заказ" человек осуществляет один из нескольких возможных вариантов исполнения социальных ролей, в которой происходит смыкание индивида и общества, превращение индивидуального поведения в социальное, сопоставление индивидуальных свойств и склонности людей с бытующими в обществе нормами, традициями, законами. И в зависимости от результата данного процесса идет отбор людей на те или иные социальные роли. Роли социальные различны по своей значимости, от обусловленных интересами больших социальных общностей и ролевых требований в сферах разделения труда и управления до отдельных функций в групповом и межличностном общении. Развитие социальных отношений и социальных институтов приводит к видоизменению и ломке социальных ролей, не отвечающих более объективным условиям общества. Наиболее радикальная ломка социальных ролей происходит в революционные периоды в процессе интенсивного социального развития. Человек в обществе исполняет одновременно множество ролей (друг, отец, муж, сослуживец, сын, сосед и т.п.). При этом возможны межролевые конфликты, обусловленные противоречивыми требованиями каждой из групп социальной структуры общества. Возможны и внутриволевые конфликты, так как люди по-разному представляют себе одну и ту же роль.

Самопомощь - совокупность социальных и социально-психологических средств, используемых отдельным человеком или определенной социальной группой с целью поддержания достойных условий своего существования и социальной активности. Значимость самопомощи особенно заметна в периоды со-

циально-экономических и социально-политических изменений, происходящих в обществе, когда возрастает роль адаптивных механизмов различных категорий населения. Самопомощь направлена на улучшение и поддержание здоровья, предупреждение и ограничение болезней.

Свободное время - время, которое остается у индивида после выполнения им функций, предписанных системой общественного разделения труда. Свободное время - эта часть жизни, которая не занята ни оплачиваемой работой (основной и дополнительной), ни учебой, ни обеспечением элементарных физиологических потребностей (сон, еда, гигиенические процедуры), ни постоянными домашними обязанностями (готовка, стирка, уборка, уход и опека за членами семьи, не способными к самообслуживанию). Свободное время человек может посвятить отдыху, восстановлению сил, потраченных на трудовую деятельность, самообразованию, техническому творчеству, общественной деятельности и др.

Сегрегация - установление социальных барьеров в отношении определенной социальной группы или категорий членов общества, установление большой социальной дистанции между ними и остальными членами общества; инициатива сегрегации может исходить как от общественности, так и от самих членов группы.

Ситуация жизненная - совокупность условий и структур поведения, имеющих индивидуальную и социальную значимость.

Смерть - необратимое прекращение жизнедеятельности организма, являющееся неизбежной заключительной стадией его индивидуального существования. Наступает после терминальных состояний, в частности, клинической смерти, и, будучи необратимым явлением, носит название биологической смерти. После ее констатации восстановление жизненных функций невозможно, и никакие реанимационные мероприятия не вернут человека к жизни.

В 60-х гг., после осуществления пересадки сердца, вновь возник спор о том, что считать фактом смерти. Научные дискуссии закончились принятием ВОЗ рекомендаций о признании основным в наступлении смерти прекращение

деятельности головного мозга. В России инструкция по констатации смерти, признающая смерть человека как полную гибель головного мозга, была принята в 1986 г. Изучением процессов умирания, смерти, ее причин и проявлений трупных изменений занимается танатология. С августа 1993 г., в соответствии со статьей 46 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, момент смерти определяется врачом или фельдшером на основании официального положения.

Социализация - это та часть процесса становления личности, где формируются наиболее общепринятые, распространенные черты индивида, которые проявляются в социально организованной деятельности и регулируются обществом. Она достигается как в ходе целенаправленного воздействия на человека, так и под влиянием семейного и внесемейного общения, средств массовой информации, литературы, искусства и др. Социализация индивида происходит в основном в трех сферах: деятельности, общения и самосознания. Деятельность позволяет человеку выделить главное в ней, осмыслить и осилить ее. В сфере общения развивается познание другого человека и собственного "Я", расширяется круг общения и его содержание. Формирование образа собственного "Я" как объективного субъекта деятельности происходит в сфере самоосознания. Собственное "Я", т.е. каждый из нас, осмысливает свою принадлежность, социальную роль, возможность формирования самооценки и т.д.

Для социальной работы важно деление процесса социализации на три основных этапа:

- дотрудовой (период жизни человека до начала трудовой деятельности, получения образования и профессии);
- трудовой (зрелая, сознательная деятельность на благо себя и общества);
- послетрудовой (в основном пассивный способ жизнедеятельности - пенсионеры, инвалиды и др.).

Подобное деление условно и относительно, зависит от объективных (развитости экономических, общественных, политических, социальных и иных от-

ношений общества) и субъективных (биологические, физиологические, социальные особенности индивида, его возраст, активность, жизненная позиция) условий. Границы каждого этапа могут расширяться или сужаться не только для отдельной личности, но и для социальных групп. Каждому этапу соответствуют свои, особые институты социализации: семья, детские дошкольные учреждения, различные структуры образования, трудовые коллективы, неформальные и гражданские, общественно-политические и политические организации и объединения и др. Социализация, как основа воспитания, - многоплановый процесс, имеющий свои особенности: каждое новое поколение людей застаёт определенный уровень развития общества, производства и воспроизводства общественной жизни, который не может произвольно изменить. Оно обязано усвоить накопленный опыт предшествующих поколений, освоить и закрепить знания и практические навыки общественно-полезной жизни и только после этого "усвоения" может (но не обязано) предпринимать меры по социальному прогрессу.

Социальная защита - система гарантированных государством постоянных и (или) долговременных экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам или пожилым условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества. Основными направлениями государственной социальной политики в отношении инвалидов и пожилых являются:

- профилактика инвалидности;
- медико-социальная экспертиза;
- реабилитация инвалидов и пожилых (медицинская, профессиональная, социальная), направленная на восстановление здоровья и личностного статуса инвалида или пожилого человека, его профессиональных или социальных связей;
- социальное обслуживание инвалидов и пожилых;

- создание безбарьерной среды, обеспечивающей нормальную жизнедеятельность лицам с ограниченными возможностями в различных сферах обитания.

Практическая реализация данных направлений социальной политики основывается на законодательных документах разных уровней. К ним относятся:

- Конституция Российской Федерации;
- Закон Российской Федерации "О социальной защите инвалидов" (1995);
- Закон Российской Федерации "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" (1995);
- Закон Российской Федерации "О ветеранах" (1995) и т.д.

Социальная медицина - область медицины, которая изучает влияние социальных факторов на состояние здоровья населения и его отдельных групп и разрабатывает научно-обоснованные рекомендации для осуществления мероприятий по устранению и предупреждению вредного для здоровья населения влияния вредных факторов в интересах охраны и повышения общественного здоровья. Среди методов социальной медицины основное место занимают статистический, экономический, экспериментальный, социологический метод организационного эксперимента, раскрывающие особенности здоровья различных групп населения, условия их жизни и организация медицинской помощи.

Социальная медицина также является комплексной наукой и учебной дисциплиной, интегрирующая исторические, социологические, гигиенические, медико-демографические, организационные, информационные, экономические и другие подходы в медицине и здравоохранении. Наиболее перспективными являются комплексные социально-гигиенические исследования, сочетающие социологические, статистические, экономико-математические и иные методы, позволяющие более полно выявлять социальное опосредование здоровья. Среди главных направлений социальной медицины следует выделить комплексное

изучение здоровья населения, организация, планирование и финансирование здравоохранения.

Социальная недостаточность - социальные последствия нарушения здоровья, приводящие к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости его социальной защиты.

Социальная поддержка - одноразовые или эпизодические мероприятия кратковременного характера при отсутствии признаков социальной недостаточности.

Социальная помощь - периодические и (или) регулярные мероприятия, способствующие устранению или уменьшению социальной недостаточности.

Социальная работа - профессиональная деятельность, имеющая целью содействие людям, социальным группам в преодолении личностных и социальных трудностей посредством поддержки, защиты, коррекции и реабилитации.

Термин "социальная работа" тесно связан с функционированием рыночной экономики, поскольку достижение ее эффективности сопровождается социальным расслоением. Если не создана сеть социальной поддержки, то обостряются проблемы в социальной сфере, возникает социальная напряженность. В странах развитой рыночной экономики на протяжении десятилетий создавались и довольно успешно действуют институты социальной поддержки людей. Профессия "социальный работник" относится там к числу самых распространенных, а социальные структуры имеют как государственную, так и частную основу. В нашей стране наиболее актуальной проблемой в области социальной работы является признание ее как важнейшей деятельности, подтверждающей степень социальной защищенности личности, соблюдение первейших прав человека, уровень гуманизации общества.

Социальная работа может быть двух уровней: социальная профилактика по месту жительства, и специализированная социальная помощь: служба семьи, служба занятости населения, "телефон доверия" и т.п.

Разноплановость социальной работы предполагает, что социальный работник может выступать как социальный управленец, организатор, социальный

педагог, социальный медицинский работник, психолог, юрист, социолог. Объектами деятельности социального работника являются: конкретный человек, семья, микрорайон, производственный коллектив, специализированные службы, профсоюзы, общества, благотворительные организации, сфера образования, здравоохранения, армия, правоохранительные учреждения.

Социальная реабилитация - восстановление юридического, социального, профессионального статуса. Индивидуальный процесс социальной реабилитации представляет собой восстановление у человека навыки к социальному общению, актуализация личностью правил и норм, принятых в данном обществе. Правовая реабилитация - обретение человеком всех юридических прав и гарантий, принятых в данном обществе, бытовая реабилитация включает в себя реабилитацию профессиональную, производственную, семейного статуса. К социальной реабилитации относится также проблема психологической реабилитации, прежде всего в вопросе обретения личностью прежнего или предпочитаемого социального статуса. В социальной работе приоритетное значение имеет проблема юридической и профессиональной социальной реабилитации.

Социальное обслуживание - социальная поддержка, оказание социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи социальными службами, включая социальную адаптацию, абилитацию и реабилитацию граждан, оказавшихся в сложной жизненной ситуации. Государство гарантирует гражданам право на социальное обслуживание. Основные принципы социального обслуживания:

- адресность;
- доступность;
- добровольность;
- гуманность;
- приоритетность предоставления социальных услуг несовершеннолетним; находящимся в трудной жизненной ситуации;
- конфиденциальность;
- профилактическая направленность.

Учреждениями социального обслуживания независимо от форм собственности являются:

- комплексные центры социального обслуживания населения;
- территориальные центры социальной помощи семье и детям;
- центры социального обслуживания;
- социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних;
- центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей;
- социальные, приюты для детей и подростков;
- центры психолого-педагогической помощи населению;
- центры экстренной психологической помощи по телефону;
- центры (отделения) социальной помощи на дому;
- дома ночного пребывания;
- специальные дома для одиноких престарелых;
- стационарные учреждения социального обслуживания (дома - интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты, детские дома - интернаты для умственно отсталых детей, дома - интернаты для детей с физическими недостатками);
- геронтологические центры;
- иные учреждения, предоставляющие социальные услуги.

К предприятиям социального обслуживания относятся предприятия, оказывающие населению социальные услуги.

Порядок создания, деятельности, реорганизации и ликвидации учреждений и предприятий социального обслуживания независимо от форм собственности регулируется гражданским законодательством Российской Федерации.

Социальное обслуживание на дому - один из основных видов социальной работы. 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 (уборка квартиры, стирка белья и т.д.);
- содействие в организации и проведении ритуальных услуг и в погребении одиноких умерших;
- организация различных социально-бытовых услуг (ремонт жилья, оплата коммунальных услуг и др.);
- помещение в стационарные учреждения органов социальной защиты населения и др.

Отделения социальной помощи на дому организуются при муниципальных центрах социального обслуживания или местных органах социальной защиты населения. Социальное обслуживание на дому производится бесплатно, с полной или частичной оплатой. Бесплатно обслуживаются одинокие граждане пожилого и старческого возраста, инвалиды, не получающие надбавку к пенсии на уход или имеющие трудоспособных родственников, обязанных содержать их по закону, но проживающие отдельно или проживающих в семьях, где подушевой доход ниже установленного для данного региона минимального уровня.

Социальные права - права, гарантирующие возможности для совершения действий и выбора любых вариантов социального поведения в рамках закона. Существует широкий диапазон социальных прав и свобод, предоставляемых гражданам Конституцией и текущим законодательством и реализуемых по усмотрению участников социальных отношений. К основным социальным правам относятся:

- право на труд, включающее свободный выбор в качестве самостоятельного производителя или по трудовому договору;

- право на условия труда, отвечающие требованиям безопасности и гигиены, на вознаграждение за труд, защиту от необоснованного увольнения;
- право на отдых;
- право на охрану здоровья, в том числе на медицинскую помощь;
- право на благоприятную окружающую среду и на возмещение ущерба, причиненного здоровью или имуществу экологическими правонарушениями;
- право на социальную защиту, включая право на социальное обеспечение по возрасту и другим случаям, при этом гарантируется официально установленный прожиточный минимум;
- право на благоустроенное жилище;
- право на образование и выбор форм его получения;
- право на свободу художественного и технического творчества, а также на участие в культурной жизни и пользования учреждениями культуры.

Российское государство, разрабатывая и принимая соответствующие законодательные акты, согласует их с исходными позициями Всеобщей декларации прав человека (1948 г.), Заключительным актом Хельсинкского совещания (1975 г.), итогового документа Венской встречи (1989 г.) и др.

Социальные проблемы пожилых людей - специфические проблемы определённого социально-демографического слоя людей, возникающие в связи с выходом на пенсию и процессом старения. Для пожилых людей серьезными проблемами являются:

- поддержание приемлемого материального уровня жизни, особенно в условиях инфляции;
- получение качественной медицинской помощи и социальной поддержки;
- изменение образа жизни и адаптация к новым условиям;

- осознание естественности процесса старения, снижения физической активности, возможности активного передвижения и др.

В пожилом возрасте в связи с прекращением активной трудовой деятельности происходят изменения в условиях и образе жизни, в семейном и социальном положении. Получившая все большее распространение нуклеарная семья (состоящая из супругов и их подрастающих детей) приводит к изменению взаимоотношений и связей с пожилыми людьми. Человек в пожилом возрасте часто отделяется от ставших самостоятельными детей, а в старости остается в одиночестве; к этому добавляется проблема ослабления связей с обществом, близкими, потеря друзей и знакомых в связи с их уходом из жизни. Усиливающееся с возрастом одиночество является одной из острейших психологических проблем. Однако годы пожилого возраста (а это достаточно длительный период) могут быть активными и приятными. Многое здесь зависит от самой личности и ее окружения, от состояния здоровья и физической активности, а главное - от соответствующего психологического настроя. Задача социального работника заключается в его поддержании, а иногда и в создании.

Пожилые, как и люди других возрастных категорий, не свободны от собственного эгоизма. Это может выражаться в настоятельном требовании внимания и сострадания к себе в силу прежних жизненных достижений и заслуг. Иногда старики навязывают свою точку зрения молодым или вменяют им что-либо в обязанность. Подобные отношения чреваты взаимным раздражением и отчуждением. Чтобы исключить такую ситуацию, достаточно лишь всем осознать необходимость и полезность любого человека, и пожилого в том числе.

Социальный работник - специалист по уходу за престарелыми, нетрудоспособными гражданами. В развитых странах Западной Европы кадры социальных работников с середины XIX в. готовились в высших и средних специальных заведениях, религиозных учреждениях. В России социальных работников начали готовить в XVIII в., когда открылись приюты. Начиная с 1991 г. кадры социальных работников в РФ готовят ВУЗы, средние специальные учебные заведения. В должностные обязанности социального работника входит выявление

ние одиноких престарелых и нетрудоспособных граждан, проживающих в зоне обслуживания, нуждающихся в помощи и поддержке. Социальный работник доставляет на дом обеды, продукты питания, медикаменты, промышленные и иные необходимые товары, содействует в проведении уборок помещений, сдает и доставляет вещи в прачечную, химчистку, предметы домашнего обихода в ремонт, производит оплату коммунальных и других услуг. Оказывает необходимую доврачебную помощь (измерение температуры, накладывание горчичников, согревающих компрессов, вызов врача на дом). Организует ремонт жилого помещения, обработку приусадебного участка, снабжение топливом и т.д. Может выступать в качестве организатора по оказанию социальной помощи, поддержке и т.п. Должен знать санитарно-гигиенические требования по уходу за престарелыми и нетрудоспособными в домашних условиях, специфику работы с лицами пожилого возраста.

Социокультурная группа - статистическая совокупность людей или совокупность людей, связанных с определенными социальными отношениями (функциональными, межличностными), разделяющими одни представления, имеющих общие проблемы, паттерны поведения, ценностные ориентации.

Социокультурная жизнь обычная - устойчивые и повторяющиеся последовательности стандартных социокультурных ситуаций.

Среда жизненная - освоенное индивидом непосредственное окружение, обеспечивающее воспроизведение рутинного состояния образа жизни.

Средняя продолжительность жизни - статистический показатель смертности населения, выраженный числом лет, которое в среднем предстоит прожить лицам, родившимся или достигшим определенного возраста в данном календарном году, если предположить, что на всем протяжении их жизни смертность в каждой возрастной группе будет такой, какой она была в этом же году.

Средства социокультурной реабилитации - совокупность институциональных структур, методов, социокультурных технологий, ориентированных на помощь инвалидам в адаптации к стандартным социокультурным ситуациям.

Стандартная социокультурная ситуация - это устойчивые и повторяющиеся совокупности условий и структур поведения, имеющих социальную значимость; являются общеизвестными и общепринятыми.

Старение - длительный биологический процесс возрастных изменений организма, начинающийся задолго до старости и неизбежно приводящий к постепенно нарастающему ограничению приспособительных возможностей организма и увеличению вероятности смерти.

Старость - неизбежный, наступающий на смену зрелости период жизни человека, характеризующийся снижением компенсаторных возможностей и реактивности организма.

Стол лечебного питания - общее название стандартных диет применяемых в РФ и обозначаемых номерами от 1 до 15; энергетическая ценность, химический состав и физические свойства каждого лечебного стола подобраны так, чтобы обеспечить лечебное воздействие при определенной группе болезней.

Стратификация (расслоение) социальная - дифференциация общества в соответствии с социальным статусом, позицией, уровнем образования, местом жительства, конфессиональной принадлежностью и пр., поддерживающаяся за счет сетевых (непосредственных межличностных) отношений между членами групп, составляющих слои; не имеет институционального закрепления, но оказывает реальное влияние на форму и содержание процессов, происходящих в обществе и культуре. Принадлежность инвалида к определенному социальному слою характеризует стартовые возможности его социокультурной реабилитации.

Субкультура инвалидов - совокупность стереотипов поведения, ценностных ориентаций, форм социокультурного участия и культурной коммуникации, а также способов социализации и инкультурации, определяющих инвалидов как особую социокультурную группу.

Сфера культуры - это институционализованные (в соответствии с существующей в России ведомственной структурой) области культуры, просвещения, образования, информации.

Технология коррекционно-компенсаторная - это устойчивая последовательность процедур, направленная на коррекцию поведения инвалида в соответствии с определенной нормой и на компенсацию дефекта.

Технология социокультурная - устойчивый набор взаимосвязанных процедур в системе деятельности, поведения, взаимодействия, обеспечивающих ее результативность.

Трудная жизненная ситуация - положение, объективно нарушающее жизнедеятельность гражданина (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты, жестокое обращение в семье, одиночество и т.п.), которое он не может преодолеть самостоятельно, в связи с чем ему необходима помощь и поддержка социальных служб.

Трудоспособность - состояние здоровья, позволяющее заниматься трудовой деятельностью. Трудоспособность зависит не только от функционального состояния организма, но и от условий производства, в котором человек участвует. Важным условием сохранения трудоспособности является соответствие функциональных способностей организма требованиям, предъявляемой внешней средой - физической и социальной. На уровень трудоспособности оказывают влияние воспитание, обучение, организация труда и его техническое оснащение, режим труда и отдыха и др. Трудоспособность является важным показателем здоровья человека.

Трудотерапия - активный лечебный метод восстановления или компенсации утраченных функций при помощи работы. Трудотерапия - это использование процедур, связанных с трудовой деятельностью, для формирования у инвалидов знаний и навыков, которые в обычной социокультурных ситуациях позволяют им компенсировать дефект. Трудотерапия широко применяется в травматологии, ортопедии, неврологии для повышения общего тонуса, в психиатрии для лечения психических больных, для подготовки больных к выполне-

нию профессиональной деятельности. Трудотерапия применяется в сочетании с методами лечения основного заболевания или функциональных нарушений.

Тур - индивидуальная или групповая поездка по определенному туристскому маршруту в конкретно определенный срок.

Туротерапия - это социокультурная реабилитационная технология, в основе которой положены туристские и экскурсионные виды деятельности.

Туризм - путешествие в свободное время, один из основных видов активного отдыха, распространенного в большинстве стран мира.

Основными функциями туризма с социальной точки зрения являются: воспроизводящая, компенсаторная, восстановительная, реабилитационная. Развитие социального туризма, разработка туристских программ с учетом доступности для людей со специальными нуждами - все это создает равные возможности для осуществления права на отдых, для приобщения к культурным ценностям. Туризм становится стилем жизни современного человека, в том числе и многих пожилых людей.

Рассматривать туризм как средство реабилитации позволяют следующие факторы. Туризм - это двигательная активность, которая компенсирует ограниченность движений (гипокинезии). Таким образом, осуществляется терапия и профилактика психосоматических заболеваний, поддержание физической формы и здоровья. Туризм создает сферу полноценного общения, возможность установления социальных контактов, апробации социальных ролей, получение поддержки, интеграцию в общество. Туризм предоставляет возможность осваивать эколого-культурные виды деятельности; эстетику природы, архитектуры, памятников.

Для эффективного использования технологий туризма в социокультурной реабилитации пожилых и инвалидов необходимо соблюдать следующие правила:

- вид туризма подбирается в зависимости от имеющихся физических нарушений и в соответствии с индивидуальной программой реабилита-

ции, учитывать персональный интерес, желание, финансовые возможности, место проживания, ожидаемые реабилитационные результаты;

- обеспечение безопасности для туристов и окружения;
- программа включает осмотр достопримечательностей;
- наличие некоторой физической подготовки, психологической готовности к трудностям;
- планируемые нагрузки должны быть адекватны состоянию здоровья.

Многофакторное терапевтическое воздействие туризма способствует переключению мышления на саногенное (оздоровительное), когда ситуация не кажется безысходной, и человек находит решение проблем. Сегодня важна и профилактическая роль туризма, когда существует кризис адаптации, растет число психосоматических заболеваний.

Участие социальное - вовлеченность членов общества в социально полезную активность, имеющую целенаправленную организацию и осуществляемую на добровольных началах.

Утомление - временное снижение функциональных способностей при интенсивной и длительной работе.

УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ - учреждения, оказывающие населению медицинские услуги:

1. Лечебно-профилактические – больничные учреждения, учреждения здравоохранения особого типа, диспансеры, амбулаторно-поликлинические учреждения, учреждения скорой помощи и охраны материнства и детства, санаторно-курортные учреждения.
2. Учреждения профилактической медицины - федеральный научно-исследовательский институт медицинских проблем формирования здоровья, центры медицинской профилактики, кабинет (отделение) медицинской профилактики и кабинет здорового ребенка.

Учреждения культуры и искусства - институциональные формы просвещения, широкого распространения культурных ценностей; к ним относятся музеи, библиотеки, театры, кино- и концертные залы, клубы.

Учреждения социального обслуживания - учреждения, оказывающие населению социальные услуги.

Порядок создания, деятельности, реорганизации и ликвидации учреждений и предприятий социального обслуживания независимо от форм собственности регулируется гражданским законодательством Российской Федерации.

Физический недостаток - долговременный или постоянный дефект, заболевание, ограничивающее человеку выполнение определенных действий.

Различают физические недостатки:

- Легкой тяжести. Вызывают некоторые ограничения, но человек может приспособиться и научиться все, что ему необходимо.
- Средней тяжести. Для самообслуживания и выполнения других действий необходимы специальные вспомогательные приспособления.
- Тяжелые. Человек нуждается в постоянной посторонней помощи.

Физиотерапия - область клинической медицины, изучающая лечебные свойства природных и искусственных физических факторов и применение их для лечения и профилактики заболеваний. Физиотерапия - лечение различных заболеваний с помощью физических методов воздействия, которые способствуют ускорению процесса исцеления. К этим методам относится использование света, инфракрасных и ультрафиолетовых лучей, тепла, электрического тока, воды, выполнение массажа, лечебная физкультура и др.

Физическая терапия - вид медицинского лечения, когда двигательные нарушения лечат с помощью физических упражнений, мануальной терапии, массажа, интенсивных тренировок, а также санаторно-курортное лечение и т.д.

Функция социокультурная - действие или совокупность действий, направленные на достижение определенной социально полезной цели, на решение некоторой общественно значимой задачи, на получение конкретного утилитарного результата.

Цель и задачи социальной работы. Цель социальной работы - обеспечение нормальных, достойных человеческого существования условий жизни. Достигается посредством социальной политики, которая предполагает создание в

обществе системы социальных отношений, основанной на регулировании и оптимизации объективно существующих интересов различных социальных групп при растущей эффективности производства и экономики.

К основным задачам социальной работы относятся:

- Диагностика социальных и личных проблем, ситуаций.
- Социальная профилактика.
- Социальная адаптация.
- Социальная реабилитация.
- Социальная терапия (коррекция).
- Социальное обслуживание.
- Оказание социальной помощи.
- Социальное консультирование.
- Социальное проектирование.
- Социальная экспертиза.
- Социальный надзор.
- Социальное попечительство.
- Подвижничество.
- Социальное нововведение (реализация социальных проектов).
- Социальное наставничество.
- Реклама и пропаганда.

Цели социокультурной реабилитации инвалидов - целенаправленная подготовка инвалидов к эффективному участию в стандартных социокультурных ситуациях; к расширению сферы самостоятельности в отношениях с окружением.

Эйджизм - обозначает дискриминацию, осуществляемую одними возрастными группами по отношению к другим. Обычно эйджизм проявляется по отношению к старшей возрастной группе, которая имеет самый низкий общественный статус. Эйджизм отражает глубоко укоренившееся у молодежи и людей среднего возраста неприятие старости - они проявляют личностное отвращение

щение и неприязнь к старению, болезням, нетрудоспособности и испытывают страх беспомощности, бесполезности и смерти.

Этика социального работника - совокупность этических норм, формулируемых сообществом социальных работников и регулирующих их деятельность. Эти нормы можно разбить на шесть групп:

1. поведение и облик социального работника (следовать высшим образцам поведения, подобающего социальному работнику: совершенствовать свои профессиональные навыки; рассматривать профессиональные обязанности социального работника как свои прямые; соизмерять свои поступки с высшими образцами профессиональной честности; при проведении научных исследований руководствоваться соответствующими договорами);
2. этические обязательства социального работника по отношению к своим клиентам (рассматривать обязанности по отношению к ним как свои прямые обязанности; содействовать выработке у них максимума самостоятельности; не распространять информацию, полученную от клиентов; устанавливать гонорары, соразмерные видам оказываемой помощи и их возможностям);
3. этические обязательства социального работника по отношению к своим коллегам (относиться к своим коллегам уважением и доверием; вести дела с их клиентами с полной профессиональной отдачей);
4. этические обязательства социального работника по отношению к организациям, с которыми он сотрудничает (быть верным обязательствам, данным соответствующим организациям);
5. этические обязательства социального работника по отношению к своей профессии (содействовать вниманию общественной значимости своей профессии; делать социальную помощь более доступной широким слоям населения; активно использовать знания в своей профессиональной деятельности);

6. этические обязательства социального работника по отношению к обществу (содействовать росту всеобщего благосостояния).

Этикет социальной работы - правила поведения, принятые в сообществе социальных работников. В отличие от этики социального работника, представляющей собой совокупность теоретических этических норм, регулирующих его деятельность, представляет собой набор практических правил, касающихся поведения социального работника в тех или иных конкретных ситуациях. Эти правила имеют характер рекомендаций, следовать которым желательно для любого социального работника. Например, каждый социальный работник, оказывающий помощь клиенту, вправе рассчитывать на достойное вознаграждение за свой труд, которое может быть различным в зависимости от конкретной ситуации. Его поведение будет соответствовать этикету социальной работы только в том случае, если в любой подобной ситуации он будет руководствоваться принципом "устанавливать гонорары, соразмерные видам оказываемой помощи и возможностям своих клиентов". Основными сферами применения правил, образующих этикет социальной работы, являются:

- поведение и облик социального работника;
- его отношение к своим клиентам;
- отношение к коллегам;
- отношение к организациям, с которыми он сотрудничает;
- отношение социального работника к своей профессии;
- отношение его к обществу.

Эффективность социальная - мера оценки результатов реализации социокультурных программ и проектов с точки зрения их социальной необходимости (вклад в решение социально значимой проблемы), социальной полезности (снижение уровня социальной напряженности), социальной привлекательности (желание пользоваться этими результатами).

Эффективность экономическая - мера коммерческой оценки проекта, определяемая разностью между суммами затрат и прибылей.

4.2. ОПЫТ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ

Социально-медицинская станция «Вифания» (Волгоград)

Общественно-политические изменения, начавшиеся в России в конце 80-х годов, привели к фактической ликвидации централизованной экономики, а вместе с ней начала погибать и централизованная система социальной защиты, осуществлявшаяся со стороны государства. Старая система социальной защиты разрушилась, новая находится в процессе становления. В этот период большое значение начинают приобретать новые формы взаимодействия государственных структур и структур, принадлежащих к некоммерческому сектору экономики.

Примером такой деятельности является получившая развитие в Волгограде деятельность социально-медицинских станций. По инициативе Архиепископа Волгоградского и Камышинского Германа была разработана концепция построения социальных и социально-медицинских структур в Волгограде. Этот проект нашел поддержку у мэра города Ю.В.Чехова, который с целью поддержания развития социальных проектов в городе содействовал предоставлению ряда льгот для учреждений подобного типа. В частности, был предоставлен ряд льгот по арендной плате и оплате коммунальных услуг, некоторые льготы по налогообложению. В ситуации, когда правительство сокращает расходы на социальные программы, учреждения типа социально-медицинских станций помогают решить часть социальных проблем. Важное значение имеет также то, что эти социальные вопросы решаются с помощью совместных усилий различных отделов управлений социальной защиты населения города или района и Епархии Русской Православной Церкви.

Поскольку социально-медицинские станции не имеют бюджетного финансирования, важное значение для обеспечения функционирования станции имеет оказание платных услуг населению. За счет вырученных при этом денег организация имеет возможность приобретать необходимое оборудование и рас-

ходные материалы, платить заработную плату сотрудникам и оказывать бесплатные услуги социально-незащищенным категориям населения.

Так, организованная в конце 1996 года социально-медицинская станция «Вифания» при участии Русской Православной Церкви и управления социальной защиты населения Центрального района г. Волгограда, оказывает дополнительные социальные и медицинские услуги социально незащищенным жителям города и области.

Большую помощь в организации станции оказали структурные подразделения управлений социальной защиты населения района и области. Ремонт и приобретение большей части оборудования произведены за счет комплексной программы социального обеспечения. Неоценимый вклад в укомплектование станции расходными материалами и помощь в проведении ремонтных работ были оказаны Волгоградской Епархией. Она же способствовала налаживанию прямых контактов с благотворительными организациями за рубежом.

Станции оказали помощь Дияконическая Служба Германии и негосударственная благотворительная организация США (Healing Hands International). В дальнейшем средства на поддержание учреждения зарабатывались путем предоставления станцией ряда платных услуг, в частности, медицинских. Так, в настоящее время станция оказывает услуги по медицинскому освидетельствованию владельцев автотранспортных средств, полный комплекс стоматологических услуг, осуществляет иммунопрофилактику вирусного гепатита В, оказывает юридические услуги населению. При СМС работает душепопечительская служба, где люди получают духовные советы и наставления в сложных жизненных ситуациях, помощь в подготовке к участию в церковных службах, священнодействиях и таинствах. Кроме того, священник-душепопечитель еженедельно проводит духовно-просветительные и катехизаторские беседы со всеми желающими.

Необходимо отметить, что юридические услуги предоставляются в основном лицам пожилого возраста, а именно, инвалидам, участникам второй мировой войны и пенсионерам, поэтому, как правило, эти услуги предоставляются

бесплатно или за символическую плату. За 1998 год юрист станции оказала помощь 456 пенсионерам, среди них 362 инвалидам. Стоматологическую помощь получили 146 пациентов, из них 16 человек бесплатно, 32 - по льготным расценкам. Произведено освидетельствование 1026 водителей, из них 45 посетителей обслужено бесплатно.

Иммунопрофилактика гепатита В начала проводится с февраля этого года. Как известно, вакцинация против этой инфекции включена в календарь плановых прививок, однако у государства в настоящее время нет возможности профинансировать ее в полной мере, поэтому в условиях ухудшающейся эпидемиологической обстановки в области на базе нашей станции решено создать первый центр иммунопрофилактики вирусного гепатита В на платной основе.

При несомненных положительных результатах работы станции существует и целый ряд проблем, решение которых поможет более эффективной деятельности организации и в конечном итоге будет способствовать развитию социальной системы, ориентированной на отдельного человека.

Стоматологическая служба в настоящее время укомплектована необходимым оборудованием, но оно передано станции другими организациями, использовавшими его длительное время, и является морально устаревшим. Замена его на более современное, наличие широкого перечня расходных материалов улучшило бы качество оказываемой помощи, а приобретение компактных стоматологических установок позволило бы обслуживать инвалидов, прикованных к постели.

Полное отсутствие оргтехники значительно затрудняет работу юриста, увеличивает время, необходимое для подготовки документов обращающихся за юридической помощью.

При наличии достаточного количества вакцины против вирусного гепатита В станция могла бы провести работу по вакцинации декретированных категорий населения города, что в условиях неблагоприятной эпидемиологической обстановки является единственным способом приостановить резкий подъем заболеваемости.

Небольшое целевое финансирование помогло бы расширению структурных подразделений станции, увеличило бы перечень предоставляемых населению медицинских и социальных услуг.

Опыт работы станции показал, что создание организаций подобного типа при сотрудничестве различных подразделений государственных и общественных структур и Русской Православной Церкви, совместно решающих комплекс социальных проблем, приобретает несомненную актуальность в настоящее время, и в период затяжного финансового кризиса и становления новой социальной системы является экономически необходимым и выгодным.

Фонд помощи детям имени св. Елизаветы Московской (Волгоград)

Благотворительный Фонд св. Елизаветы Московской был основан в феврале 1994 года по благословению архиепископа Волгоградского и Камышинского Германа. Основное направление работы Фонда заключается в оказании материальной, медицинской и моральной поддержки семьям, имеющим детей с онкологическими заболеваниями.

Количество детей, находящихся на учете с онкологическими заболеваниями в Волгограде и Волгоградской области, сейчас составляет около 500 человек и постоянно возрастает. Работа Фонда ведется на базе Волгоградской онкологической больницы. Детский онко-гематологический центр, находящийся на попечении Фонда, имеет 22 больничные палаты, где постоянно проходят курс лечения более 80 детей. Во время курса лечения, который длится от 3-х до 10-ти месяцев и более, вместе с детьми вынуждены постоянно находиться их мамы или близкие родственники.

В условиях тяжелого экономического кризиса государственные структуры не в состоянии обеспечить больницу всем необходимым. Родители больного ребенка вынуждены приобретать за свой счет лекарства, медикаменты, одноразовые шприцы, бинты и т.д. Многие люди, месяцами не получающие зарплату, просто не в состоянии найти на это средства. Больные дети и находящиеся с ними родственники не получают также полноценного питания. Остаются только страдания и боль детей, невыразимое горе родителей, самоотверженный

труд медиков и надежда на помощь соотечественников, чьи сердца открыты для Господа и любви к ближним.

За время своего существования наш Фонд провел большую работу по привлечению общественного внимания и благотворительной помощи. Благодаря полученной поддержке стала возможной реализация большой благотворительной программы, включающей несколько направлений:

- в детской онкологической больнице была создана первая в Волгограде душепопечительская служба для оказания психологической и моральной поддержки детям и их близким. В детском отделении открыта часовня, дети и родители получили возможность участвовать в церковных таинствах;
- в детском отделении ежемесячно проводятся праздники с привлечением творческих коллективов, артистов, с подарками для каждого ребенка, находящегося в больнице, с праздничными обедами для детей;
- оказывается индивидуальная материальная помощь (при наличии средств) наименее обеспеченным семьям;
- оказывается посильная помощь детскому центру в решении многочисленных хозяйственных проблем (приобретение лекарств, кроватей, постельного белья, электрооборудования, моющих средств и т.п.);
- ежедневно организуется досуг детей, приобретены телевизоры, всевозможные игры, игрушки, а также все необходимое для творческих занятий;
- создан детский творческий фольклорный коллектив, поскольку в процессе работы мы пришли к выводу, что творчество является вспомогательным, но необходимым элементом в системе лечения онкологических заболеваний;
- при поддержке спонсоров организованы оздоровительные поездки больных детей в специальные лагеря отдыха, где дети встречают много тепла, любви и заботы.

Все это безусловно благотворно влияет на результаты лечения и является огромной психологической поддержкой больным детям.

В настоящее время перед Фондом стоит ряд проблем. Одна из них - организация питания для больных детей и их родителей, находящихся вместе с детьми в детском онкологическом диспансере. Другая - обеспечение детей лекарствами и медикаментами. Еще одна насущная задача - создание реабилитационного центра для онкобольных детей.

Для решения этих задач необходимы значительные средства. Сотрудники Фонда стараются использовать для их привлечения все имеющиеся возможности. Недавно было подготовлено обращение к православным приходам, предпринимателям и государственным структурам. Его поддержал Архиепископ Волгоградский и Камышинский Герман. Это обращение уже дало положительные результаты - сотрудничать с Фондом согласился Волгоградский молокозавод.

Сейчас почти все предприятия находятся в тяжелом экономическом положении, и будет очень тяжело привлечь их к сотрудничеству. Но надежда умирает последней, и мы не намерены отступать. Осуществление программ Фонда позволит решить главную задачу - подарить нашим детям здоровье, счастье, веру и надежду.

Группа сестер милосердия при медицинском училище (Пермь)

Представляя себе идеальную сестру милосердия, врач и мыслитель Н.И.Пирогов считал, что это должна быть "простая, благочестивая женщина с хорошим техническим образованием и при том она непременно должна сохранять чувствительное сердце". Такие ориентиры мы взяли за основу при формировании группы сестер милосердия в Пермском медицинском училище. Группа носит имя Великой княгини Елизаветы Федоровны, которая является примером высокого идеала служения женщины в Православной Церкви. Именно опыт организации ею Марфо-Мариинской обители в Москве и вдохновил нас на создание группы сестер милосердия при нашем училище.

Задачей группы является подготовка квалифицированных медицинских специалистов из числа православных христиан, желающих сочетать учебу с активной церковной жизнью, а также воспитание учащихся в духе христианского милосердия и других христианских добродетелей. В нашу группу входят 24 студентки училища (первых, вторых и третьих курсов). Девушки сами выбрали этот трудный путь помощи страждущим и служения Богу.

Специфика и уникальность этой группы в том, что она, находясь в составе государственного медицинского училища, родилась в лоне Православной Церкви. С первых дней существования группы она духовно окормляется Церковью. Сестры милосердия ездили в Свято-Николаевский Белогорский монастырь, где был совершен молебен для начинания доброго дела. Священники иеромонах Герман и иеромонах Варфоломей преподают сестрам основы Православия. Сестры посещают богослужения в церкви Святой Великомученицы Варвары. Именно в этом храме помещена икона Великой княгини Елизаветы Федоровны, подаренная группе Свято-Николаевским монастырем. Представители группы приняли участие в Третьих Свято-Варлаамовских Чтениях «Великая княгиня Елизавета Федоровна. Служение женщины в Православной Церкви».

Параллельно с учебой сестры милосердия регулярно посещают на дому пожилых людей, нуждающихся в социальной помощи. Студентки также с удовольствием посещают детский приют «Надежда», где работают с младшей группой, в которую входят дети, особо нуждающиеся в милосердии. Ребятишки уже знают сестер и с нетерпением ждут их.

Поскольку начатое нами дело - новое, у нас еще много трудностей. Мы стараемся перенимать опыт православных организаций, давно работающих в данной области. Много методических материалов и полезных советов мы получили в Свято-Димитриевском училище сестер милосердия. Неоценимую помощь в создании группы оказывает начальница Марфо-Мариинской обители милосердия М.Н.Крючкова. Она искренне переживает за нас и постоянно делится своим богатым опытом.

С сентября 1999 года в училище предполагается набрать две группы сестер милосердия из числа православных верующих, в которых, кроме специальных медицинских предметов, будет преподаваться катехизис и нравственное богословие. Работать учащиеся и выпускники этих групп будут в трех направлениях:

- в больницах (тяжелые отделения и хосписные палаты);
- с одинокими пожилыми людьми;
- в детских приютах.

Община сестер милосердия св. Великой княгини Елизаветы (Калининград)

В нашем, отдаленном от России, крае - Калининграде и Калининградской области – еще недавно не было ни одной церкви, ни одного священника. У людей царил духовная безнадежность. В настоящее время, по Божию благословению, у нас действует около 50 храмов. Верующие люди почувствовали опору в жизни, душевную радость от того, что в любой момент можно пойти в церковь – помолиться, облегчить душу. Открылся путь к духовной жизни и милосердию.

Благотворительная деятельность, осуществляемая Русской Православной Церковью в Калининградской области, многообразна. При храмах организовано кормление голодных детей и взрослых. По русским православным традициям стало возрождаться милосердие. Прихожане стали ходить по больницам, помогать больным.

По благословению и всемерной поддержке епископа Балтийского Пантелеимона и благочинного Калининградского округа протоиерея Петра у нас создана Община сестер милосердия св. Великой княгини Елизаветы. В общину пришли молодые девушки с добрым сердцем и чистой душой, женщины разных возрастов, заботливые и внимательные. Сейчас в общине состоит 64 сестры.

Особая помощь общине была оказана со стороны городской больницы. Главный врач больницы К.И.Поляков сумел создать в своей больнице обста-

новку доброты и милосердия. При больнице были организованы бесплатные курсы, где сестры милосердия получают теоретические и практические знания по уходу за больными. На курсах преподают опытные высококвалифицированные медицинские работники.

Сестры милосердия ухаживают за больными, поддерживают их и укрепляют духовно. По желанию больных, сестры милосердия помогают им подготовиться к церковным таинствам. При больницах имеются часовни, где священники еженедельно и по праздникам совершают простые и водосвятные молебны о здравии больных. Священники также ходят по палатам, беседуют с больными и совершают требы. За год около 800 больных участвовали в таинствах исповеди и святого причастия, 60 пациентов больниц приняли Святое Крещение.

Помимо работы в больницах, сестры милосердия посещают на дому парализованных и оказывают им разностороннюю помощь. Больные с любовью и надеждой встречают наших священнослужителей и сестер милосердия. Сестры также шефствуют над православным приютом Сергия Радонежского для безнадзорных детей, открытом при сестричестве. В приюте дети окружены заботой и вниманием.

Еще одним направлением деятельности общины является просветительская работа среди молодежи с целью профилактики опасных пристрастий и заболеваний. Община организует в школах и колледжах лекции, в которых рассказывается о вреде курения, наркомании и алкоголизма.

Деятельность общества св. Апостола Павла

Общество св. Апостола Павла было основано в июле 1991 года группой членов Евангелической Лютеранской Церкви Дании. Целью общества является содействие в возрождении Православной Церкви в России. В январе 1992 года Общество направило в Москву своего постоянного представителя, который работает при одном из московских храмов под руководством его настоятеля. Основным направлением деятельности Общества в Москве стала реализация

программ медицинской помощи. Прихожанам храма Общество оказывает помощь лекарствами и медикаментами, регулярно предоставляя:

- беременным женщинам: специальные поливитамины, стерильные перчатки, стерильные принадлежности для анализа крови;
- для помощи при родах: стерильные перчатки, одноразовые шприцы, санитарные полотенца, туалетные принадлежности, шприцы для младенцев;
- младенцам: специальные витамины (в каплях - для возраста от 2 недель), туалетные принадлежности, одежду;
- малоимущим семьям: витамины, одежду, иную индивидуальную помощь.

Общество реализует также учебно-методические проекты. За 7 лет работы в Москве Общество проводило курсы по обучению:

- оказанию первой медицинской помощи
- соблюдению правил гигиены
- патронажной помощи на дому
- английскому языку
- основам психологии
- плетению датских кружев.

Для православных верующих, занимающихся социальной работой, Общество дважды проводило специальную программу обучения в Дании, во время которой россияне познакомились с опытом различных датских организаций в решении социальных проблем. За время его работы в Москве 15 молодых людей из Дании приняли участие в осуществлении программ помощи, работая в домах престарелых, детских садах, больницах и частных квартирах, в православных храмах. После возвращения на родину они продолжают поддерживать работу Общества, участвуя в сборе средств для работы в России.

Общество св. апостола Павла помогает также в реставрации храма, организации православного детского сада, оказывает поддержку бездомным и заключенным.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
1. Цели и задачи дисциплины, ее место в учебном процессе	5
2. Содержание дисциплины	6
2.1. Распределение часов курса по темам и видам работ	6
2.2. Федеральный компонент	9
2.3. Краткое содержание лекционных занятий	9
<i>Раздел 1. Теоретические основы социально-медицинской работы</i>	9
<i>Тема 1. Социально-медицинская работа как вид профессиональной деятельности</i>	9
<i>Тема 2. Теоретические основы социально-медицинской работы.</i>	13
<i>Тема 3. Концепция социально-медицинского развития населения</i>	19
<i>Тема 4. Правовые основы медико-социальной работы с населением</i>	23
<i>Раздел 2. Основы социальной медицины и организации здравоохранения</i>	33
<i>Тема 5. Система здравоохранения в Российской Федерации</i>	33
<i>Тема 6. Профилактика заболеваний как основополагающий принцип охраны здоровья населения</i>	38
<i>Тема 7. Медико-санитарные аспекты формирования здорового образа жизни</i>	46
<i>Тема 8. Гигиеническое воспитание населения.</i>	54
<i>Тема 9. Организация медицинского страхования</i>	57
<i>Тема 10. Организация медико-социальной экспертизы</i>	61
<i>Раздел 3. Технологии социально-медицинской работы</i>	64
<i>Тема 11. Медико-социальная работа с пожилыми и старыми людьми</i>	64
<i>Тема 12. Социально-медицинские технологии оказания помощи детям-инвалидам</i>	71
<i>Тема 13. Медико-социальная работа в онкологии</i>	89
<i>Тема 14. Медико-социальная работа в планировании семьи</i>	108
<i>Тема 15. Медико-социальная работа в наркологии</i>	121
<i>Тема 16. Медико-социальная работа в учреждениях здравоохранения</i>	126
<i>Тема 17. Медико-социальная работа в центрах социального обслуживания системы социальной защиты населения</i>	132
<i>Тема 18. Медицинская помощь хроническим больным</i>	135
<i>Тема 19. Организация протезно-ортопедической и технической помощи инвалидам</i>	139
<i>Тема 20. Медико-социальная работа с учащимися и студенческой молодежью</i>	154
<i>Тема 21. Медико-социальная работа с психическими больными и их семьями</i>	166

<i>Тема 22.</i> Медико-социальная работы с семьями социального риска	172
<i>Тема 23.</i> Медико-социальная помощь детям и подросткам, находящимся в трудных жизненных обстоятельствах	183
<i>Тема 24.</i> Медико-социальная работа с военнослужащими	198
<i>Тема 25.</i> Медико-социальное обслуживание лиц, работающих во вредных условиях труда	204
<i>Тема 26.</i> Взаимодействия социальных служб и учреждений здравоохранения в социальной реабилитации пациентов	217
<i>Тема 27.</i> Зарубежный опыт медико-социальной работы	224
<i>Тема 28.</i> Роль инновационных технологий в повышении эффективности организации медико-социальной помощи населению	229
2.4. Семинарские занятия	238
2.5. Самостоятельная работа студентов	242
2.6. Требования к докладам (рефератам), они же являются критериями оценки выполнения работ	243
2.7. Темы докладов (рефератов)	244
2.8. Методические рекомендации по выполнению контрольных работ студентами заочной формы обучения	245
2.9. Задания для контрольных работ	247
2.10. Рекомендуемая литература по курсу	248
3. Материалы для проверки знаний (проверочные задания по курсу)	254
3.1. Входящий контроль	254
3.2. Промежуточный (текущий) контроль	254
3.3. Итоговый контроль (экзамен) по дисциплине	254
3.4. Критерии оценки знаний студентов	258
3.5. Тестовые задания	258
4. Раздаточный материал к учебным занятиям	263
4.1. Словарь медико-социальных понятий и терминов	263
4.2. Опыт социально-медицинской работы Русской Православной Церкви	375