

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРАРНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Кафедра «социологии и социальной работы»**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ**

Содержание и методика социально-медицинской работы

Направление подготовки 39.03.02 Социальная работа

Профиль образовательной программы «Социальная работа в системе социальных служб»

Форма обучения очная

СОДЕРЖАНИЕ

1. Конспект лекций	5
1.1 Лекция № 1 Социально-медицинская работа как вид профессиональной деятельности.....	5
1.2 Лекция № 2 Отечественный исторический опыт социально-медицинской работы.....	6
1.3 Лекция № 3 Концепция социально-медицинской работы в современной России....	8
1.4 Лекция № 4 Базовая модель отечественной социально-медицинской работы.....	10
1.5 Лекция № 5 Правовая нормативная база социально-медицинской работы.....	11
1.6 Лекция № 6 Организация социально-медицинской работы в России.....	12
1.7 Лекция № 7 Организация социально-медицинской работы в России и за рубежом.....	14
1.8 Лекция № 8 Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях социального обслуживания населения.....	16
1.9 Лекция № 9 Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях образования.....	19
1.10 Лекция № 10 Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения.....	21
1.11 Лекция № 11 Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях планирования семьи.....	23
1.12 Лекция № 12 Роль специалиста по социальной работе в учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы.....	25
1.13 Лекция № 13 Социально-медицинская работа с лицами, страдающими зависимостью от психоактивных веществ.....	27
1.14 Лекция № 14 Социально-медицинская работа с лицами, страдающими психическими заболеваниями.....	29
1.15 Лекция № 15 Социально-медицинская работа с онкологическими больными.....	30
1.16 Лекция № 16 Социально-медицинская работа с инфекционными больными.....	32
1.17 Лекция № 17 Социально-медицинская работа с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом.....	34
1.18 Лекция № 18 Социально-медицинская работа с военнослужащими.....	35
2. Методические указания по выполнению лабораторных работ	37
2.1 Лабораторная работа № ЛР-1 Социально-медицинская работа с онкологическими больными.....	37

Лабораторная работа № ЛР-2 Социально-медицинская работа с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом.....37

3. Методические указания по проведению семинарских занятий	39
3.1 Семинарское занятие № С-1 Социально-медицинская работа как вид профессиональной деятельности. Основные понятия.....	39
3.2 Семинарское занятие № С-2 Отечественный исторический опыт социально-медицинской работы.....	39
3.3 Семинарское занятие № С-3 Концепция социально – медицинской работы в современной России.....	39
3.4 Семинарское занятие № С-4 Базовая модель отечественной социально-медицинской работы.....	40
3.5 Семинарское занятие № С-5 Правовая нормативная база социально-медицинской работы.....	40
3.6 Семинарское занятие № С-6 Организация социально-медицинской работы в России.....	41
3.7 Семинарское занятие № С-7 Сравнительный анализ социально-медицинской работы в России и за рубежом.....	42
3.8 Семинарское занятие № С-8 Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях социального обслуживания населения.....	42
3.9 Семинарское занятие № С-9 Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях образования.....	43
3.10 Семинарское занятие № С-10 Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения.....	43
3.11 Семинарское занятие № С-11 Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях планирования семьи.....	44
3.12 Семинарское занятие № С-12 Роль специалиста по социальной работе в учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы.....	44
3.13 Семинарское занятие № С-13 Социально-медицинская работа с лицами, страдающими зависимостью от психоактивных веществ.....	45
3.14 Семинарское занятие № С-14 Социально-медицинская работа с лицами, страдающими психическими заболеваниями.....	46
3.15 Семинарское занятие № С-15 Социально-медицинская работа с инфекционными больными.....	46

3.16 Семинарское занятие № C-16 Социально-медицинская работа с военнослужащими.....	47
3.17 Семинарское занятие № C-17 Социально-медицинская работа с лицами, заключенными под стражу, отбывающими наказание в местах лишения свободы....	47
3.18 Семинарское занятие № C-18 Социально-медицинская работа с инвалидами...	48

1. КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ

1. 1 Лекция №1 (2 часа).

Тема: «Социально-медицинская работа как вид профессиональной деятельности»

1.1.1 Вопросы лекции:

1. Стратегия достижения «здоровья для всех», разработанная Всемирной организацией здравоохранения.
2. Результаты отечественных комплексных научных исследований проблем здоровья и образа жизни.
3. Достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием как цель социально-медицинской работы.

1.1.2 Краткое содержание вопросов:

1. Стратегия достижения «здоровья для всех», разработанная Всемирной организацией здравоохранения.

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

Медико-социальная работа - это новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленный на восстановление, сохранение и укрепление здоровья. Она принципиально изменяет комплексную помощь в области охраны здоровья, так как предполагает проведение системных медико-социальных воздействий на более ранних этапах развития болезненных процессов и социальной дезадаптации, потенциально ведущих к тяжелым осложнениям, инвалидности. Таким образом, медико-социальная работа приобретает не только выраженную реабилитационную, но и профилактическую направленность. Медицинские, психологические, педагогические, правовые и другие знания социального работника позволяют в процессе медико-социальной работы реализовать инновационные подходы в оказании медико-социальной помощи населению.

2. Результаты отечественных комплексных научных исследований проблем здоровья и образа жизни.

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

Трудная жизненная ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность человека, - это ситуация, связанная с безнадзорностью, сиротством, конфликтами и жестоким обращением в семье, отсутствием определенного места жительства и т.п. Трудная жизненная ситуация и имеющееся заболевание отягощают друг друга и порождают так называемый «замкнутый круг».

В медико-социальной работе нуждаются различные контингенты лиц, имеющие выраженные медицинские и социальные проблемы, которые взаимно потенцируют друг друга и решение которых затруднительно в рамках односторонних профессиональных мероприятий. Работа с такими контингентами одинаково тяжела и малоэффективна как для медицинских работников, так и для специалистов социальных служб, поскольку они неизбежно оказываются перед кругом проблем, выходящих за рамки их

профессиональной компетенции и препятствующих успешной профессиональной деятельности. При этом объектами медико-социальной работы являются лица с высоким риском заболеваний (или страдающие ими), в первую очередь, социально значимых, вызываемых зависимостью от психоактивных веществ, психической и репродуктивной сферы. Численность таких контингентов на протяжении последних лет возрастает. Необходимо подчеркнуть, что одна из причин подобного явления - низкая эффективность существующих форм и методов работы с ними, а также отсутствие должной сети специально ориентированных на такого рода деятельность служб, как государственных, так и негосударственных.

3. Достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием как цель социально-медицинской работы.

Исходя из определения медико-социальной работы, ее условно можно разделить на две составляющие: медико-социальную работу профилактического направления и медико-социальную работу патогенетического (реабилитационного) направления. На общих методических принципах такая группировка позволяет строить модели медико-социальной работы в различных областях медицины и системе социальной защиты населения.

Медико-социальная работа профилактического направления включает выполнение мероприятий по предупреждению социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья; формирование установок на здоровый образ жизни, обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, участие в разработке целевых программ медико-социальной помощи на различных уровнях, социальное администрирование, обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

Медико-социальная работа патогенетического (реабилитационного) направления включает мероприятия по организации медико-социальной помощи, проведение медико-социальной экспертизы, осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, социальную работу в отдельных областях медицины и здравоохранения, коррекцию психического статуса клиента, обеспечение преемственности во взаимодействии специалистов смежных профессий и др.

1. 2 Лекция №2 (2 часа).

Тема: «Отечественный исторический опыт социально-медицинской работы»

1.2.1 Вопросы лекции:

- 1.Исторические корни становления социальной помощи в России.
- 2.Традиции милосердия и благотворительности в общественной и духовной жизни.
- 3.Развитие медико-социальной помощи в России в 20 веке.

1.2.2 Краткое содержание вопросов:

- 1.Исторические корни становления социальной помощи в России.

В генезисе социальной работы лежат традиции милосердия и благотворительности в общественной и духовной жизни России. Традиции милосердия складывались на Руси столетиями, составляя основы благотворительности, поднимающейся из глубины веков как стремление помочь «бедным, дряхлым, хворым, неимущим».

На протяжении многих веков средоточием социальной помощи «сирым и убогим,увечным и больным» являлась церковь. Киевский князь Владимир Церковным уставом 996 г. официально вменил в обязанность духовенству заниматься общественным призванием, определив «десятину» на содержание монастырей, больниц и богаделен.

Мысль о развитии государственной помощи была впервые высказана царем Иваном Грозным на Стоглавом соборе (1551 г.), когда он утверждал, что в каждом городе должны быть построены богадельни, больницы, чтобы создать приюты для всех нищих и убогих.

Первая в России гражданская «правильно устроенная» больница была открыта в 1650 г. стараниями боярина Федора Ртищева, члена кружка «ревнителей благосердия». Развитие мер общественного призрения в определенную систему явилось заслугой Петра I. В 1712 г. Петр I требует повсеместного устройства госпиталей «для увечных и самых престарелых», а городским магистратам вменяет в обязанность изыскивать меры для оказания помощи и выделения пособия бедным, а также заботиться о предупреждении нищеты. При Петре I была создана сеть социальных заведений, имеющих специальное назначение «смирительных домов», «прядильных домов», «гошпиталей». То, что было заложено Петром I, продолжила Екатерина П. В 1775 г. императрицей была основана государственная система общественного призрения.

2. Традиции милосердия и благотворительности в общественной и духовной жизни.

В 1776 г. Екатерина II основала больницу на 150 коек, в которую «безденежно» принимались «отставные на свое пропитание солдаты, приказные духовного чина, неимущие и жены их», получившую название Екатерининской. После эпохи Екатерины II к концу XIX в. было образовано более 1000 благотворительных обществ.

В середине прошлого столетия широкое распространение получило в России движение общинных сестер милосердия, задачей которых являлась подготовка опытных сестер милосердия и помочь в обслуживании раненых и больных. Памятником благотворительности является Странноприимный дом графа Шереметьева, в настоящее время Московский городской научноисследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского и Центральный музей медицины. Странноприимный дом состоял из больницы на 50 коек и богадельни на 100 мест. В больнице ежегодно находились на лечении 9001250 больных, а отделение для приходящих при больнице принимало за год от 46 до 60 тыс. больных.

В 1876 г. была открыта первая детская больница, построенная на пожертвования промышленника П.Г. фон Дервиза, получившая название Владимирской (ныне Московская городская детская клиническая больница № 2 им. Н.В. Русакова). При больнице действовало благотворительное общество, на средства которого для бедных детей в летнее время организовывались так называемые летние колонии в подмосковных имениях.

Во второй половине XIX в. в Москве создаются многочисленные общества врачей различных специальностей. Одним из таких объединений являлось Общество русских врачей, созданное под руководством замечательного хирурга и терапевта, профессора Московского университета Ф.И. Иноземцева.

Благотворительной деятельности посвятил большую часть своей жизни врачгуманист Ф.П. Гааз, безвозмездно лечивший больных в богадельных домах. По ходатайству Гааза были отпущены средства на устройство тюремной больницы на Воробьевых горах.

В 1883 г. было организовано Русское общество охранения народного здравия. В числе активных его членов А.П. Доброславин, Н.Е. Введенский, Ф.Ф. Эрисман, Д.И. Менделеев. Целью общества являлось содействие улучшению общественного здоровья и санитарных условий.

3. Развитие медико-социальной помощи в России в 20 веке.

В 1902 г. обществом была организована первая в России миссия «Капля молока», в рамках которой производилась не только раздача молока, но и создавались первые детские консультации.

Одним из наиболее крупных благотворительных обществ того времени, имевших свои отделения во многих городах России, было Императорское человеколюбивое общество. Цель его заключалась в доставлении бедным людям пособий разного рода.

Новую волну благотворительности в различных слоях общества вызвала война 1914-1916 гг. Обществом «Помощь» было организовано оказание материальной помощи жертвам войны и пострадавшему от войны населению.

После социалистической революции 1917 г. была узаконена передача больничным кассам лечебных учреждений, принято Положение о страховании на случай болезни. Медицинские учреждения больничных касс составили основу сформировавшейся в первые месяцы советской власти, по существу, новой системы здравоохранения.

После введения новой экономической политики в здравоохранении наметился возврат к медицинскому страхованию. В 1921-1923 гг. были введены для работодателей страховые взносы по отдельным видам страхования. В тот период фонды социального страхования разделялись на местные, губернские и всесоюзные.

В начале 30х годов, когда социальное страхование в СССР было передано профсоюзам, страховые кассы и все связанное с медицинским страхованием было ликвидировано.

Последующий период укрепление государственной системы здравоохранения. Была создана разветвленная сеть учреждений по оказанию первичной медикосанитарной помощи, признанная на международном уровне. Этот опыт представляет интерес для многих стран и сегодня. Его изучают и используют многие организаторы социальной работы. Обоснование медико-социальной работы. Кризисное положение общества настоятельно требует преодоления общего состояния дезадаптации личности, социального одиночества и депривации, роста тревожности и различных девиаций, усугубляющих течение как острых, так и хронических заболеваний, патологических состояний, формирующих дополнительные сложности в осуществлении лечебнопрофилактических мероприятий в условиях резкого снижения здравоохранительного и социального потенциала семьи, личности, общества в целом. В этой связи возникла целесообразность обоснования медико-социальной работы как современной стратегии медико-социальной помощи населению Российской Федерации.

1. 3 Лекция №3 (2 часа).

Тема: «Концепция социально-медицинской работы в современной России»

1.3.1 Вопросы лекции:

1. Принципы социально-медицинской работы.
2. Место социально-медицинской работы среди смежных видов деятельности.
3. Формы и методы социально-медицинской работы.
4. Цель социально-медицинской работы

1.3.2 Краткое содержание вопросов:

1. Принципы социально-медицинской работы.

В современных условиях усугубления социальных проблем, снижения показателей здоровья населения возрастает объективная потребность решения взаимосвязанных проблем медицинского и социального характера на качественно новом уровне в рамках предлагаемого направления медико-социальной работы. Оказание специальной помощи междисциплинарного характера, специфика ее форм и методов позволяют рассматривать такой вид деятельности, как самостоятельное направление социальной работы. медико-социальная работа это новый вид мультидисциплинарной профессиональной

деятельности медицинского, психологопедагогического и социальнoprавового характера, направленный на восстановление, сохранение и укрепление здоровья. Она принципиально изменяет комплексную помощь в сфере охраны здоровья, так как предполагает осуществление системных медико-социальных воздействий на более ранних этапах развития болезненных процессов и социальной дезадаптации потенциально ведущих к тяжелым осложнениям, инвалидизации и летальному исходу. Таким образом, медико-социальная работа приобретает не только выраженную реабилитационную, но и профилактическую направленность.

Принципы деятельности

При организации медико-социальной работы необходимо придерживаться основных принципов. Таковыми являются:

1. экосистемность учет всей системы взаимоотношений человека и окружающей его среды в данной проблемной парадигме;
2. полимодальность сочетание в медико-социальной работе различных подходов, способов действия;
3. солидарность согласованное организационное взаимодействие в процессе медико-социальной работы государственных учреждений и учреждений с разной формой собственности;
4. конструктивная стимуляция отказ социальных служб от исключительно патерналистских форм помощи и опеки и смещение акцента на развитие и поощрение личной активности и ответственности клиентов;
5. континуальность непрерывность, цельность, функциональная динамичность и плановость медико-социальной работы, понимание ее как процесса с обязательным планированием последовательных этапов деятельности достижения конкретных целей и наблюдающихся значимых изменений статуса и модуса субъектов помощи.

2. Место социально-медицинской работы среди смежных видов деятельности.

Медико-социальная работа - это новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социальнoprавового характера, направленный на восстановление, сохранение и укрепление здоровья. Она принципиально изменяет комплексную помощь в области охраны здоровья, так как предполагает проведение системных медико-социальных воздействий на более ранних этапах развития болезненных процессов и социальной дезадаптации, потенциально ведущих к тяжелым осложнениям, инвалидности. Таким образом, медико-социальная работа приобретает не только выраженную реабилитационную, но и профилактическую направленность. Медицинские, психологические, педагогические, правовые и другие знания социального работника позволяют в процессе медико-социальной работы реализовать инновационные подходы в оказании медико-социальной помощи населению.

Предметом медико-социальной работы как самостоятельной науки являются закономерности содействия становлению и реализации жизненных сил индивидуальной и социальной субъектности человека, а также совершенствование механизмов сопряженности жизненных сил и средств обеспечения их осуществления, реабилитации.

Объектом медико-социальной работы являются различные контингенты лиц, имеющих выраженные медицинские и социальные проблемы, которые взаимно потенцируют друг друга и решение которых затруднительно в рамках односторонних профессиональных мероприятий.

К таким контингентам относятся длительно, часто и тяжело болеющие, социально дезадаптированные лица, инвалиды, одинокие престарелые, дети-сироты, юные матери, многодетные и асоциальные семьи, пострадавшие от стихийных бедствий, больные СПИДом и др. Численность таких контингентов устойчиво возрастает на протяжении последних лет. Необходимо подчеркнуть, что одной из причин этого является низкая

эффективность существующих форм и методов работы с ними, а также отсутствие должной сети специально ориентированных на такого рода деятельность служб.

3. Формы и методы социально-медицинской работы.

Исходя из определения медико-социальной работы, ее условно можно разделить на две составляющие: медико-социальную работу профилактического направления и медико-социальную работу патогенетического (реабилитационного) направления. На общих методических принципах такая группировка позволяет строить модели медико-социальной работы в различных областях медицины и системе социальной защиты населения.

Медико-социальная работа профилактического направления включает выполнение мероприятий по предупреждению социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья; формирование установок на здоровый образ жизни, обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, участие в разработке целевых программ медико-социальной помощи на различных уровнях, социальное администрирование, обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

Медико-социальная работа патогенетического (реабилитационного) направления включает мероприятия по организации медико-социальной помощи, проведение медико-социальной экспертизы, осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, социальную работу в отдельных областях медицины и здравоохранения, коррекцию психического статуса клиента, обеспечение преемственности во взаимодействии специалистов смежных профессий и др.

4. Цель социально-медицинской работы

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

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

1.4 Лекция №4 (2 часа).

Тема: «Базовая модель отечественной социально-медицинской работы»

1.4.1 Вопросы лекции:

1.Базовая модель социально-медицинской работы как методическая основа развития нового вида профессиональной деятельности.

2.Единство принципов и учет специфики социальной работы с различными группами клиентов в решении их проблем, связанных со здоровьем.

3.Элементы базовой модели социально-медицинской работы: группы клиентов и направленность профессиональной деятельности.

1.4.2 Краткое содержание вопросов:

1.Базовая модель социально-медицинской работы как методическая основа развития нового вида профессиональной деятельности.

Базовая модель

С целью поиска оптимальных и наиболее эффективных форм и методов медико-социальной работы в соответствии с названными основными направлениями

представляется целесообразной разработка базовой модели, позволяющей обеспечить единые методические подходы в данном виде деятельности. В рамках концепции необходимо отметить, что построение такой модели основывается на двух положениях. Первое. Выделяется пять групп клиентов: 1) группа повышенного риска; 2) члены семьи клиента и его ближайшего окружения; 3) больные с выраженными социальными проблемами; 4) длительно и часто болеющие; 5) инвалиды.

2. Единство принципов и учет специфики социальной работы с различными группами клиентов в решении их проблем, связанных со здоровьем.

В работе с каждой из перечисленных групп клиентов специалист выполняет два блока основных мероприятий: медикосоциальную работу профилактической направленности; медикосоциальную работу патогенетической направленности. медико-социальная работа профилактической направленности включает выполнение мероприятий по предупреждению социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья, формирование установок на здоровый образ жизни, обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, участие в разработке целевых программ медико-социальной помощи на различных уровнях, социальное администрирование, обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

Медико-социальная работа патогенетической направленности включает мероприятия по организации медико-социальной помощи; проведение медико-социальной экспертизы; осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов; проведение социальной работы в отдельных областях медицины и здравоохранения, проведение коррекции психического статуса клиента, создание реабилитационной социальнобытовой инфраструктуры, обеспечение преемственности во взаимодействии специалистов смежных профессий и др. Такой подход при сохранении единства принципов позволит учесть специфику профессиональной социальной работы с конкретными контингентами различного профиля в отдельных областях медицины или в системе социальной защиты населения. Правовые основы и нормы

3. Элементы базовой модели социально-медицинской работы: группы клиентов и направленность профессиональной деятельности.

Элементы базовой модели медико-социальной работы

ГРУППА ПОВЫШЕННОГО РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ

СЕМЬИ КЛИЕНТОВ И БЛИЖАЙШЕЕ ОКРУЖЕНИЕ

ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИЕ

БОЛЬНЫЕ С ВЫРАЖЕННЫМИ СОЦИАЛЬНЫМИ ПРОБЛЕМАМИ

ИНВАЛИДЫ

1. 5 Лекция №5 (2 часа).

Тема: «Правовая нормативная база социально-медицинской работы»

1.5.1 Вопросы лекции:

- 1 Законодательные акты в области охраны здоровья.
2. Указы Президента Российской Федерации.
3. Нормативные акты Правительства Российской Федерации.

1.5.2 Краткое содержание вопросов:

1 Законодательные акты в области охраны здоровья.

В последние годы в Российской Федерации идет активный процесс формирования правовой базы, которая позволяет разрабатывать отраслевые нормативноправовые документы по обеспечению населения медико-социальной помощью на уровне профессиональной медико-социальной работы.

В настоящее же время разработки отдельных коллективов и авторов носят эмпирический характер. Так, разрабатываются отдельно проекты нормативных документов о медико-социальной работе в наркологии, онкологии, планировании семьи и т.д. При всей значимости такой деятельности актуальной остается необходимость использования единого методического подхода, обеспечивающего междисциплинарный характер нового вида деятельности.

2. Указы Президента Российской Федерации.

В последние годы в Российской Федерации идет активный процесс формирования правовой базы, которая позволяет разрабатывать отраслевые нормативноправовые документы по обеспечению населения медико-социальной помощью на уровне профессиональной медико-социальной работы.

Важнейшим документом, регламентирующим медикосоциальную работу, являются Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Оказание медико-социальной помощи это профессиональная обязанность не только медицинских, но и социальных работников, закрепленная в статье 20 как правовая норма. Вторым основополагающим правовым документом стал Федеральный закон «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации». Этот закон определяет социальное обслуживание как деятельность служб по социальной поддержке, оказанию социальнобытовых, социальному медицинских, психологопедагогических, социальноправовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в сложной жизненной ситуации

3. Нормативные акты Правительства Российской Федерации.

Правовой основой медико-социальной работы являются также законы «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и другие законодательные акты. На основании правовой базы на уровне ведомств разрабатываются нормативноправовые документы, которые позволяют ввести востребованную временем медикосоциальную работу в практику социальных институтов. В нынешних условиях особую важность приобретает разработка межотраслевого документа, в котором должны быть изложены единые методологические подходы к медико-социальной работе и положения которого позволили бы на общей основе формировать этот вид деятельности в различных областях медицины и социальных службах.

1.6 Лекция №6 (2 часа).

Тема: «Организация социально-медицинской работы в России»

1.6.1 Вопросы лекции:

1. Структурно-организационная основа становления медико-социальной работы в России.
2. Принцип организации медико-социальной работы.
3. Общественные организации в становлении медико-социальной работы в России.

1.6.2 Краткое содержание вопросов:

1. Структурно-организационная основа становления медико-социальной работы в России.

Медико-социальная работа находится на стыке двух профессий – медицинской и социальной работы. И тот, и другой вид деятельности является социальными отраслями, где сотрудник учреждения или службы напрямую общается с пациентом или клиентом. В связи с этим обстоятельством возникает множество вопросов морально-этического характера. Обе профессии имеют свои морально-этические кодексы, а специалист по социальной работе, осуществляющий помочь медико-социального характера, должен придерживаться целых 3 документов, регламентирующих его морально-этические качества: «Профессионально-этический кодекс социального работника России», принятый 22 мая 1994 г. Межрегиональной ассоциацией работников социальных служб; «Этический кодекс медицинской сестры России», принятый ассоциацией медицинских сестер России; Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, а конкретно ст. 60, в которой законодательно закреплена клятва врача России, именуемая в народе «клятвой Гиппократа».

Во всех перечисленных документах, определяющих морально-нравственные черты социальных и медицинских работников, понимание деятельности специалистов и ее морального наполнения одинаково. Поэтому была предпринята попытка разработки на основании вышеперечисленных документов «Морально-этического кодекса медико-социального работника» для регламентации его трудовой деятельности и становления социально-медицинской работы как хорошо структурированного отдельного социального института. Однако УМО в области социальной работы отклонило данное предложение, ссылаясь на то, что в реестрах научных специальностей, учебных дисциплин и номенклатуре трудовой деятельности отсутствует такая категория, как «медико-социальная работа».

2. Принцип организации медико-социальной работы.

Таким образом, показаны все 3 критерия отнесения СМР к новому для России социальному институту: научный, учебный и профессиональный. Однако процесс любого становления подразумевает возникновение множества вопросов и проблем. К ним можно отнести слаборазвитую законодательную базу, разобщенность между собой, возникающих научных и методических школ и направлений медико-социальной работы в стране, отсутствие единой консолидирующей и направляющей организации для дальнейшей разработки теоретико-концептуальных проблем СМР. Что же можно предпринять для оптимизации этого важного вида деятельности? Это делает необходимым создание такой структуры, как ассоциация или общество «медико-социальных работников», которое сможет принимать подобные документы, совершенствовать научную, правовую базы социально-медицинской работы, осуществлять межведомственное взаимодействие и координацию всех заинтересованных структур, научных и практических работников для повышения эффективности социально-медицинской помощи населению России.

3. Общественные организации в становлении медико-социальной работы в России.

В настоящее время в России возрождается движение общин сестер милосердия. Сестричество возродилось в России в 1991 г. на базе Первой градской больницы в Москве. В 2001 г. в Москве уже было 11 сестричеств и групп милосердия. Развивается такая медико-социальная технология помощи тяжелобольным, которую предлагает Церковь, как помещение их в богадельню. Современные богадельни начали открываться в Москве в конце 1990-х гг. и сейчас находятся в ведении храмов или иных церковных структур. По организации своей социально-медицинской работы современные богадельни напоминают интернаты для инвалидов и престарелых, а также хосписы. Отличительной же особенностью их является особая забота о душевной природе человека. В России активно внедряются зарубежные технологии социально-медицинской работы такие, как хосписы, оккупационная терапия, клиники, дружественные к молодежи и др.

В результате внедрения инновационных технологий организации медико-социальной помощи с участием квалифицированных специалистов по социальной работе как в учреждениях здравоохранения, так и в немедицинских организациях медико-социального профиля происходит улучшение оказания пациентам медико-социальной помощи, что проявляется в улучшении качества их жизни и повышает уровень медико-социальной комфортности лечебно-профилактических учреждений.

1. 7 Лекция №7 (2 часа).

Тема: «Организация социально-медицинской работы в России и за рубежом»

1.7.1 Вопросы лекции:

1. Различия в оказании медико-социальной помощи и организации медико-социальной работы в России и за рубежом.
2. Зарубежный опыт теории и практики профессиональной социально-медицинской работы, накопившийся за последние десятилетия в экономически развитых государствах.
- 3.Российский опыт создания и функционирования хосписов.

1.7.2 Краткое содержание вопросов:

1. Различия в оказании медико-социальной помощи и организации медико-социальной работы в России и за рубежом.

В большинстве стран Европы после второй мировой войны были созданы специальные структуры для осуществления социальной политики и программ социального обеспечения поддержки различных социальных групп, в которых в настоящее время наряду с правоведами, психологами, медиками важное место занимают и социальные работники. Медико-социальная работа в странах Европы и США

В Великобритании к учреждениям, оказывающим медико-социальную помощь пожилым людям, относятся не только больницы, но и дома для престарелых (находящиеся в ведении органов управления социальных служб, добровольных организаций, частных агентств), дома сестринского ухода государственного и частного секторов, дома для инвалидов, приюты-общежития гостиничного типа для лиц с нарушением психики или инвалидов. Распространение получили бригады по оказанию помощи пожилым людям, в работе которых участвуют социальный работник (руководитель группы), медицинская сестра общей психиатрической службы, врач общей практики, геронтолог, патронажная сестра, организатор помощи на дому, психолог-клиницист, районная медицинская сестра. Работа бригады строится на основе деятельного обсуждения каждого конкретного случая; разрабатывается индивидуальный план, учитывающий потребности пациента и включающий перечень факторов, мешающих оказанию помощи; изучаются поведенческие характеристики для определения степени социальной и психологической уязвимости клиента.

2. Зарубежный опыт теории и практики профессиональной социально-медицинской работы, накопившийся за последние десятилетия в экономически развитых государствах.

Во многих больницах социальные работники объединяют пациентов, имеющих сходные проблемы, в группы самопомощи, нередко создаются группы защиты с целью образования соответствующих служб поддержки и реабилитации больных или расширения прав клиентов на получение услуг.

В странах Европы и Америки существуют дома квалифицированного сестринского ухода. Особенно широка их сеть в США: общее число достигает 18 тыс., общий коечный фонд в них -1,3 млн. Дома сестринского ухода становятся центрами универсальных услуг, включая не только удовлетворение социальных и бытовых нужд пожилых людей, но и достаточно квалифицированное медицинское обслуживание. Ежегодно уходом персонала этих домов пользуется более 1 млн. человек.

Скандинавские страны достигли высокого уровня обеспечения нуждающихся в медико-социальном обслуживании с длительным уходом на общественные деньги. Вопросы медицинского и социального обслуживания в Швеции относятся к компетенции муниципальных и областных властей. Основная обязанность по социальному обслуживанию граждан возложена на муниципалитет, на территории которого гражданин постоянно проживает.

В больницах Швеции хорошо развиты службы помощи при кризисных ситуациях. Здесь специалисты по социальной работе решают целый ряд задач. В частности, оказывают помощь больному в его адаптации к условиям стационара и режиму лечения; ведут подготовку больных к операции и организуют помочь после нее; оказывают поддержку родителям, родственникам, дети или близкие которых неизлечимо больны; информируют врачей по поводу обстановки в семье больного, возможной помощи ему со стороны близких родственников; работают с родителями, дети которых умерли, с близкими родственниками умерших в клинике; составляют программы работы с родителями, дети которых тяжело больны, и др.

Традиционной для Германии областью социальных мер является службы здоровья. В настоящее время такие службы имеют в своем распоряжении обширную систему социальной помощи и охраны здоровья, отвечающую сравнительно высокому стандарту. В рамках общественной системы здравоохранения службы здоровья решают специфические дополнительные задачи. К таковым относятся выявление, предотвращение и контроль за инфекционными заболеваниями, включая заболевания, передаваемые половым путем; внедрение гигиенических мер; представление интересов по охране здоровья в организациях по защите окружающей среды и защите от радиации. В других секторах общественные службы здоровья (местные органы управления здравоохранением) обеспечивают оказание помощи матерям, уход за младенцами и детьми грудного возраста, создают службы здоровья в школах, организуют консультации по вопросам здоровья для инвалидов, помогают лицам с психическими заболеваниями, оказывают помощь туберкулезным больным.

Вопросами управления и финансирования социального обеспечения и здравоохранения в Дании (кроме тех, которые относятся к сфере деятельности врачей общей практики и специалистов) занимаются местные органы власти. Для нас представляет интерес система оказания помощи пожилым людям в этой стране. Для обеспечения доступности социальных и медицинских услуг жителям муниципальные власти учредили так называемые центры здоровья для пожилых. В таких центрах, имеющихся в каждом микрорайоне, решаются все вопросы социального обеспечения и здравоохранения, предоставляются все услуги по уходу и лечению пожилых людей. При центрах организуются советы, которые решают, какие виды услуг должны оказываться в их центре. В Дании стремятся как можно реже помещать пожилых людей в дома престарелых, а используют сеть домов дневного и ночного ухода. В 1989 г. две трети муниципальных учреждений создали такую сеть, располагающую медсестрами, работающими на дому, и помощниками по хозяйству. Тогда же была организована так называемая единая служба домашнего ухода, при этом сотрудники домов престарелых получили право обслуживать клиентов и на дому. Реабилитационные услуги для пожилых людей обычно оказывают в домах престарелых или центрах дневного ухода. В Финляндии для всего населения доступны услуги по планированию семьи. Они включают предоставление информации и консультативной помощи, которую оказывают различные службы планирования семьи: муниципальные, общественные, созданные в составе федерации по проблемам семьи, частные. В последние годы эту помощь стали также оказывать семейные врачи, что сделало ее более приближенной и доступной для населения. В итоге удалось добиться очень широкого охвата женщин контрацепцией (79% в 1994 г.).

3.Российский опыт создания и функционирования хосписов.

Ряд сложных проблем не только медицинского, но и организационного, экономического, правового, социального и этического характера связан с безнадежно больными пациентами.

Сложившимися новыми формами обслуживания умирающих являются хосписы как специализированные медико-социальные учреждения. Существует три основных формы такой помощи: отделение в больницах или специализированные стационарные учреждения, выездные бригады на базе клиник, бригады оказания помощи на дому. В хосписах используется услуги социальных работников, служителей церкви, медицинского персонала, психологов, членов благотворительных обществ.

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

1.8 Лекция №8 (2 часа).

Тема: «Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях социального обслуживания населения»

1.8.1 Вопросы лекции:

- 1.Организация социального обслуживания населения. Виды.
- 2.Объекты социально-медицинской работы в учреждениях социального обслуживания населения.
- 3.Социальные услуги, как форма медико-социальной помощи.
- 4.Социальная адаптация.
- 5.Право граждан на социальное обслуживание.

1.8.2 Краткое содержание вопросов:

- 1.Организация социального обслуживания населения. Виды.
Основными видами социального обслуживания населения являются:
Социальное обслуживание на дому
Социальное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания учреждений социального обслуживания населения

Предоставление временного приюта

Социальная реабилитация

Социальный патронаж

Срочное социальное обслуживание

Социально-консультативная помощь

Материальная помощь

Социальное обслуживание на дому осуществляется путем предоставления учреждениями социального обслуживания социальных услуг гражданам, нуждающимся в постоянном или временном нестационарном социальном обслуживании. Одноким гражданам и гражданам, частично утратившим способность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, инвалидностью предоставляется помочь на дому в виде социально-бытовых, социально-медицинских услуг и иной помощи.

Стационарное социальное обслуживание осуществляется путем предоставления социальных услуг гражданам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся в постоянном уходе, и обеспечивает создание соответствующих их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, проведение мероприятий медицинского, психологического, социального характера, питание и уход, а также организацию посильной трудовой деятельности, образовательного процесса, отдыха и досуга.

Стационарное социальное обслуживание осуществляется в стационарных учреждениях (отделениях) социального обслуживания, профилированных в соответствии с их возрастом, состоянием здоровья и социальным положением.

Инвалиды, пожилые граждане, частично или полностью утратившие способность к самообслуживанию и нуждающиеся в постоянном постороннем уходе, при отсутствии медицинских противопоказаний по личному желанию принимаются на социальное обслуживание в специальные стационарные учреждения социального обслуживания в порядке.

В учреждениях социального обслуживания в дневное (ночное) время предоставляется социально-бытовое, социально-медицинское и иное обслуживание сохранившим способность к самообслуживанию и активному передвижению гражданам преклонного возраста и инвалидам, а также другим лицам, в том числе несовершеннолетним, находящимся в трудной жизненной ситуации.

Временный приют в учреждениях социального обслуживания предоставляется:
детям-сиротам, детям, оставшимся без попечения родителей;
бездзорным несовершеннолетним, оказавшимся в трудной жизненной ситуации;
гражданам без определенного места жительства и определенных занятий;
гражданам, пострадавшим в результате вооруженных и межэтнических конфликтов, от физического или психического насилия, стихийных бедствий;
другим клиентам социального учреждения, нуждающимся в предоставлении временного приюта.

2.Объекты социально-медицинской работы в учреждениях социального обслуживания населения.

Срочное социальное обслуживание осуществляется в учреждениях социального обслуживания в целях оказания неотложной помощи разового характера гражданам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, а также пожилым гражданам и инвалидам, остро нуждающимся в социальной поддержке.

Клиентам учреждений социального обслуживания предоставляются консультации по вопросам социально-бытового и социально-медицинского обеспечения жизнедеятельности, психолого-педагогической помощи, социально-правовой защиты. Материальная помощь предоставляется учреждениями социального обслуживания гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации, в порядке и на условиях.

3.Социальные услуги, как форма медико-социальной помощи.

Социальный патронаж проводится в зависимости от ситуации, приведшей к трудной жизненной ситуации в виде:

социально-медицинского патронажа семей, имеющих детей, в том числе детей с ограниченными возможностями, на основе наблюдения за семьями с целью своевременного выявления возникающих в них проблем, которые могут отрицательно повлиять на здоровье и психику детей, и оказания им необходимой социально-медицинской помощи;

социально-психологического патронажа за клиентами учреждений социального обслуживания на основе наблюдения для обеспечения своевременного выявления ситуаций психического дискомфорта личностного или межличностного конфликта и других ситуаций, могущих усугубить трудную жизненную ситуацию, и оказание им необходимой в данный момент социально-психологической помощи;

социально-педагогического патронажа семей, проводимого с учетом их отнесения к определенной группе (многодетные, малообеспеченные и др.), на основе наблюдения с целью определения физического и психического состояния членов семьи, характера взаимоотношений между родителями и детьми, обеспечения нормального семейного воспитания членов семьи и создания в семье нормальной социально-педагогической обстановки;

социально-экономического патронажа, осуществляемого, в основном, в отношении малообеспеченных семей и одиноких граждан пожилого возраста путем наблюдения за социально-экономическим состоянием клиентов учреждений социального обслуживания с целью своевременного выявления угрозы осложнения или возникновения трудной жизненной ситуации и оказания им необходимых социально-экономических услуг;

социально-правового патронажа, осуществляемого в отношении детей, женщин, граждан пожилого возраста и инвалидов, находящихся в семьях, где существует угроза насилия в отношении их, с целью осуществления юридической помощи семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации.

4. Социальная адаптация.

Социальная реабилитация включает в себя:

социально-медицинскую реабилитацию, направленную на полное или частичное восстановление (компенсацию) той или иной утраченной функции жизнедеятельности организма или возможное замедление ухудшения состояния здоровья;

социально-психологическую реабилитацию, направленную на повышение уровня психического здоровья, содействие в адаптации к изменяющимся условиям жизнедеятельности;

социально-педагогическую реабилитацию, направленную на предоставление педагогической помощи при нарушении способности к получению образования, в том числе на овладение необходимыми умениями и навыками по самообслуживанию, получение образования, развитие творческого потенциала;

социально-профессиональную реабилитацию, направленную на профессиональную ориентацию и содействие в трудоустройстве;

социально-бытовую реабилитацию, состоящую из социально-средовой ориентации, социально-бытовой адаптации и социально-бытового устройства.

5. Право граждан на социальное обслуживание.

Правовой основой медико-социальной работы являются также законы «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и другие законодательные акты. На основании правовой базы на уровне ведомств разрабатываются нормативноправовые документы, которые позволяют ввести востребованную временем медикосоциальную работу в практику социальных институтов. В нынешних условиях особую важность приобретает разработка межотраслевого документа, в котором должны быть изложены единые методологические подходы к

медицинско-социальной работе и положения которого позволили бы на общей основе формировать этот вид деятельности в различных областях медицины и социальных службах.

В настоящее же время разработки отдельных коллективов и авторов носят эмпирический характер. Так, разрабатываются отдельно проекты нормативных документов о медико-социальной работе в наркологии, онкологии, планировании семьи и т.д. При всей значимости такой деятельности актуальной остается необходимость использования единого методического подхода, обеспечивающего междисциплинарный характер нового вида деятельности.

1.9 Лекция №9 (2 часа).

Тема: «Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях образования»

1.9.1 Вопросы лекции:

1. Типы образовательных учреждений.
2. Сеть специальных учреждений.
3. Объекты социально-медицинской работы в учреждениях образования: учащиеся, сотрудники, родители и лица, их замещающие.
4. Содержание профилактической направленности социально-медицинской работы в учреждениях образования.
5. Содержание патогенетической направленности социально-медицинской работы в учреждениях образования.

1.9.2 Краткое содержание вопросов:

1. Типы образовательных учреждений.

Образовательное учреждение - это учреждение, которое осуществляет образовательный процесс, то есть реализует одну или несколько образовательных программ и (или) обеспечивает содержание и воспитание обучающихся, воспитанников.

Образовательные учреждения могут быть государственными, муниципальными и негосударственными.

В настоящее время они разделены по следующим типам:

- 1) дошкольные;
- 2) общеобразовательные (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования);
- 3) учреждения начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального и послевузовского профессионального образования;
- 4) учреждения дополнительного образования взрослых;
- 5) дополнительного образования детей;
- 6) специальные (коррекционные) для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья;
- 7) учреждения для детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (законных представителей);
- 8) другие учреждения, осуществляющие образовательный процесс.

2. Сеть специальных учреждений.

Социология девиантного поведения детей, объединяющая биомедицинское, педагогическое, правовое и другие направления социальной работы, включает в себя и проблему медико-социальной работы в образовательных учреждениях. Нельзя не учитывать, что ежегодно около 500 тыс. детей остаются без одного из родителей, 16% детей рождаются вне зарегистрированного брака, около 100 тыс. воспитываются в государственных учреждениях, среди которых отказные дети, дети родителей, лишенных родительских прав, так называемые «социальные» сироты.

Увеличиваются хронические формы патологии у детей, нарастет детская инвалидность.

В структуре причин отклонений в состоянии здоровья детей преобладают хронические заболевания - болезни психической сферы, обмена веществ, болезни костно-мышечной и мочеполовой системы, нарушение зрения и др.

Следует выделить проблему детской инвалидности. Среди причин детской инвалидности ведущее место занимают болезни центральной и периферической нервной системы (свыше 50%).

При определении технологий социального развития детей из социопатических семей следует учитывать наличие у них многочисленных болезней нервно-психической сферы, неврозов, различных проявлений энуреза. По данным Ю.Е. Вельтищева (1994 г.), такие дети нуждаются не только в педагогических мерах коррекции воспитания, а зачастую в лечебных мероприятиях. Среди медицинских проблем выделяются следующие: социальная депривация, инфальтилизм, психосоциальная депривация с низким ростом, синдром «избитого ребенка», минимальная мозговая дисфункция - синдром дефицита внимания гиперактивных детей, «школьная» фобия, синдром Мюнхаузена, психопатология, неврозы, болезни нервной системы.

3.Объекты социально-медицинской работы в учреждениях образования: учащиеся, сотрудники, родители и лица, их замещающие.

Особого внимания заслуживают дети из малообеспеченных семей; дети безработных родителей; дети многодетных семей; дети, живущие с одним из родителей; дети разведенных родителей; дети родителей-инвалидов; дети-сироты, воспитываемые родственниками; дети социопатических семей; родителей-алкоголиков, наркоманов; приемные дети; дети мигрантов; бездомные дети; нежеланные дети в семье; дети с синдромом «забитого ребенка», дети-подростки, употребляющие алкоголь, наркотик или табак; дети, рожденные курящими матерями; дети, инфицированные ВИЧ; дети-подростки, стоящие на учете в органах милиции; дети, длительно не посещающие школу; дети, отстающие в обучении; дети с признаками психосоциальной депривации; дети с хроническими инвалидизирующими заболеваниями или дети-инвалиды.

Социально-медицинская работа с детьми с девиантным поведением нуждается в определении фактической потребности в консультациях медицинских специалистов, объеме социально-медицинских и вспомогательных услуг, характере традиционных методов оздоровления соответственно возрастным группам и выявленным факторам риска.

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

4.Содержание профилактической направленности социально-медицинской работы в учреждениях образования.

Психологические аспекты сохранения здоровья у детей и подростков приобретают особое значение при решении проблемы девиантного поведения. Наличие многочисленных отклонений в психосоматическом статусе выдвигает необходимость совместных усилий социальных работников, врачей-педиатров, педагогов.

Задача социального работника - создать для осознания ребенком с девиантным поведением основного гуманистического принципа неповторимости и ценности жизни каждого человека и его в том числе, которые способствуют соблюдению нравственных норм поведения и самоутверждения, обеспечив такой личности возможность самореализации свободного человека.

Социальный работник обязан оказывать помощь ребенку с девиантным поведением в становлении его как личности, а не ограничивать его возможности только адаптацией к окружающим условиям, к среде обитания, образовательной среде.

5. Содержание патогенетической направленности социально-медицинской работы в учреждениях образования.

Для определения технологий социально-медицинского развития детей с девиантным поведением следует проанализировать и обобщить сведения о детях и подростках, находящихся под контролем социальных служб: дети с ограниченными возможностями, инвалиды с детства, дезадаптированные несовершеннолетние дети, безнадзорные несовершеннолетние, оставшиеся без попечения родителей, осиротевшие дети, дети группы риска (длительно, часто болеющие с хронической патологией) и др. Необходимо также выявить специфику возрастных групп детей применительно к практической социальной работе. При этом важное значение приобретает знания социального работника о биологических, психологических и социальных изменениях, которые происходят в процессе роста ребенка и его взросления. Наиболее ответственным для становления ребенка как личности является период в 12-15 лет. В этот период подростки стремятся к автономии от взрослых, наступает смена поведения, увеличивается частота психических реакций (вплоть до суицидов), появляется пристрастие к никотину, алкоголю, наркотикам, возможны рост гинекологических заболеваний, ранняя беременность.

Раздвоенное состояние, когда ребенок чувствует себя взрослым, совершают поступки, выходящие за рамки адекватного детского поведения, не отвечая в полной мере за них, оставаясь в сущности своей ребенком, приводит к конфликтам с окружающими и в случаях отношения к ним как к ребенку и как к взрослому.

Находясь в постоянной зависимости от взрослых, ребенок в то же время испытывает потребность в автономии, и здесь важно определить роль окружающих в становлении ребенка. Следует учитывать характер отношений к ребенку и самого социального работника, выступающего по меньшей мере в роли старшего.

Участие взрослых в формировании ребенка выдвигает на первый план позитивный характер его взаимоотношений в семье, коллективе, школе.

1.10 Лекция №10 (2 часа).

Тема: «Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения»

1.10.1 Вопросы лекции:

- 1.Объекты социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения.
- 2.Содержание профилактической направленности социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения.
- 3.Содержание патогенетической направленности социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения.

1.10.2 Краткое содержание вопросов:

- 1.Объекты социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения.
Здравоохранение представляет собой важнейшую отрасль социально-культурной деятельности, основной целью которой является осуществление мер по охране здоровья населения. Отечественная система здравоохранения состоит из государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

К государственной системе здравоохранения относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические учреждения и организации,

создаваемые Минздравом РФ, министерствами субъектов РФ, государственными предприятиями, учреждениями и организациями.

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

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

Ведущее место в структуре учреждений здравоохранения занимают лечебно-профилактические учреждения. К ним относятся:

- амбулаторно-поликлинические (амбулатории, городские поликлиники, здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты, косметологические лечебницы, центральные районные поликлиники и т. д.);
- больничные (городские больницы, детские больницы, центральные районные больницы, частные лечебницы и т. д.);
- диспансеры (врачебно-физкультурные, кардиологические, кожно-венерологические, наркологические, онкологические, противотуберкулезные, психоневрологические и т. д.);
- учреждения охраны материнства и детства (родильные дома, дома ребенка, ясли, молочные кухни);
- станции скорой и неотложной медицинской помощи и переливания крови;
- санаторно-курортные учреждения (санатории, детские санатории, курортные поликлиники, грязелечебницы, санатории-профилактории).

В настоящее время во многих учреждениях здравоохранения предусмотрена ставка специалиста по социальной работе для выпускников средних учебных заведений (наркологические, психиатрические, онкологические клиники, хосписы, детские клиники, учреждения родовспоможения)

2. Содержание профилактической направленности социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения.

Профилактическая МСР подразумевает проведение мероприятий по предупреждению социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья, формированию здорового образа жизни, обеспечению социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

Профилактическая медико-социальная работа подразделяется на два типа

Задача первичной профилактики - предупреждение развития у человека патологических состояний, т.е. проведение социально-экономического анализа, формирование у населения представлений о здоровом образе жизни, активной жизненной позиции по отношению к своему здоровью. Вторичная профилактика направлена на предупреждение дальнейшего прогрессирования болезни и предусматривает комплекс лечебных и профилактических мероприятий, а также решение целого ряда социальных задач.

3. Содержание патогенетической направленности социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения.

Патогенетическая медико-социальная работа включает в себя мероприятия по организации медико-социальной помощи, проведение медико-социальной экспертизы, социальную работу в отдельных областях медицины и здравоохранения.

Профилактическая МСР подразумевает проведение мероприятий по предупреждению социально зависимых нарушений соматического, психического и

репродуктивного здоровья, формированию здорового образа жизни, обеспечению социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

Профилактическая медико-социальная работа подразделяется на два типа
Социальная работа: теория и практика: учеб. пособие / отв. ред. Е. И. Холостова. - М.:
ИНФРА-М, 2003. -с. 227.:

Задача первичной профилактики - предупреждение развития у человека патологических состояний, т.е. проведение социально-экономического анализа, формирование у населения представлений о здоровом образе жизни, активной жизненной позиции по отношению к своему здоровью. Вторичная профилактика направлена на предупреждение дальнейшего прогрессирования болезни и предусматривает комплекс лечебных и профилактических мероприятий, а также решение целого ряда социальных задач.

Приоритетным направлением патогенетической медико-социальной работы является реабилитация больных, т.е. комплекс медицинских, социально-экономических, педагогических мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, полное или частичное восстановление нарушенных функций организма, повышение адаптационных ресурсов человека, его социальной активности. Степень восстановления социальной активности человека и его адаптационных ресурсов является своеобразным итогом медико-социальной работы. Отсутствие в штате лечебных учреждений социальных работников объясняет тот факт, что реабилитацию больных осуществляют медицинские работники.

Приоритетным направлением практической работы медико-социального территориального отделения также следует считать формирование и развитие полноценной семьи, в первую очередь, «молодой семьи». С этих позиций правомерно создание медико-социальной службы поддержки семьи в составе отделения медико-социальной помощи при поликлиниках, что методологически подготовлено пересмотром основных положений оказания первичной медико-санитарной помощи населению и введением института «семейных врачей».

Важным направлением работы отделений медико-социальной помощи следует считать создание благоприятных условий и реальных возможностей для поддержания здоровья и благополучия тех, кто временно оказался в затруднительном положении экономического или социального характера (предоставление рабочих мест, организация производства на дому и т.д.).

В России пока нет развитой системы социальной работы, которая могла бы эффективно помогать преодолевать трудности различным категориям больных и их родственников. Не в лучшем положении и сами работники медицины.

Практика и исследовательская, прогностическая работа социального работника в учреждениях здравоохранения за рубежом органично опирается не только на диагнозы врачей, показания лабораторных экспертиз, но и на психолого-социологические исследования, соответствующую экспертизу социального положения и психологического состояния больного и его близких, ситуаций в их семьях.

Прежде всего, выясняется общественное мнение и отношение к болезни клиента со стороны его близких и родных. Оно обычно выясняется путем бесед с родственниками по программе стандартизированного интервью. В этой связи выясняются важные вопросы относительно того, кто может наилучшим образом оказать больному материальную и психологическую моральную поддержку.

1.11 Лекция №11 (2 часа).

Тема: «Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях планирования семьи»

1.11.1 Вопросы лекции:

1.Содержание и методика социально-медицинской работы в центрах планирования семьи, кабинетах и приемах по планированию семьи, медико-педагогических центрах, клиниках планирования семьи.

2.Особенности профилактики искусственных абортов среди подростков, женщин в послеродовом периоде, в позднем репродуктивном возрасте.

3.Консультирование различных групп населения по вопросам современных методов контрацепции.

4.Вопросы полового воспитания и сексуального образования различных групп населения.

1.11.2 Краткое содержание вопросов:

1.Содержание и методика социально-медицинской работы в центрах планирования семьи, кабинетах и приемах по планированию семьи, медико-педагогических центрах, клиниках планирования семьи.

Подавляющее большинство семей в России, как и во всех экономически развитых странах, регулируют число детей и сроки их появления на свет. Однако эти страны прошли через «контрацептивную революцию», благодаря чему главным методом планирования семьи в них стало предупреждение беременности с помощью различных противозачаточных средств. У нас до сих пор одним из главных методов планирования семьи остается прерывание беременности с помощью искусственного аборта. Хотя по официальным данным абсолютное и относительное число абортов в последнее десятилетие обнаруживает тенденцию к снижению, оно остается очень высоким.

2.Особенности профилактики искусственных абортов среди подростков, женщин в послеродовом периоде, в позднем репродуктивном возрасте.

Необходимо отметить, что около 300 тыс. абортов приходится на молодых женщин в возрасте до 19 лет. В 1995 г. в России зафиксировано 6000 беременностей у девочек до 15 лет, 2500 из них закончились абортом. Уровень использования современных методов контрацепции женщинами детородного возраста очень низкий. Крайне недостаточна информированность о них не только населения, но и специалистов. Если в Великобритании и Голландии до 50% женщин используют гормональную контрацепцию, то у нас – всего 5-6% .

Исследования, проведенные В.И. Кулаковым, Е.М. Вихляевой, Е.И. Николаевой по изучению эпидемиологии индуцированного аборта, позволили составить представление относительно особенностей репродуктивного поведения женщин - жительниц Москвы и Московской обл., прибегающих к индуцированному аборту в сроки до 12 недель непланируемой беременности. Авторами выявлена установка большинства респонденток на рождение в семье одного, реже двух детей, а также крайне недостаточное и неправильное использование ими в последующем современных методов контрацепции.

3.Консультирование различных групп населения по вопросам современных методов контрацепции.

Определяя место и роль социального работника в службе планирования семьи, В.И. Краснопольский, И.С. Савельева, И.И. Соколова считают, что в обязанности специалиста по социальной работе в области планирования семьи в охране материнства и детства могут быть включены следующие:

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

- формирование у подростков и других клиентов ответственности за репродуктивное здоровье, социальное поведение и поведение партнера, разработка и организация мероприятия по их социальной защите и поддержке, их трудовому и бытовому устройству;

- выявление лиц, испытывающих негативное воздействие социального окружения по месту жительства, учебы, работы, оказание им необходимой помощи, проведение с ними индивидуальной работы по сексуальному поведению и ответственности за планирование семьи;
- оказание содействия детям и взрослым, нуждающимся в устройстве в лечебные учреждения по профилю планирования семьи, в получении материальной, социально-бытовой и иной помощи, потребность в которой связана с беременностью и рождением ребенка;
- направление на консультации по вопросам планирования семьи, оказание психологической и социальной помощи молодым супругам, бесплодным семьям;
- оказание помощи в трудоустройстве и заключении трудовых договоров о работе на дому беременным женщинам и женщинам, имеющим несовершеннолетних детей;
- информирование о правах беременных женщин, льготах для беременных женщин и женщин, имеющих детей;
- участие в защите интересов детей при усыновлении, организация общественной защиты несовершеннолетних, выступление в качестве общественного защитника в суде;
- организация взаимодействия учреждения со средствами массовой информации и населением с целью формирования адекватного отношения к проблемам планирования семьи, охраны репродуктивного здоровья женщин, детей и подростков, профилактики заболеваний, передаваемых половым путем, сексуального образования подростков;
- обеспечение взаимодействия различных государственных и общественных организаций по оказанию необходимой социальной помощи населению, связанной с планированием семьи;
- организация учебы, проведение консультативной и организационно-методической помощи работникам службы;
- взаимодействие со специалистами системы образования, социальной защиты населения и других министерств и ведомств и др.

4. Вопросы полового воспитания и сексуального образования различных групп населения.

Одна из наиболее опасных тенденций в настоящее время рост болезней, передаваемых половым путем, особенно среди молодежи в возрасте от 15 до 19 лет. За последние 5 лет в 31 раз выросло число заболеваний сифилисом у подростков.

Неуклонно увеличивается добрачная половая жизнь. По данным Минздрава России, сексуальный опыт имеют 48% подростков, причем 35% из них начали половую жизнь в 12-13 лет.

В результате высокого числа абортов и болезней, передаваемых половым путем, каждая десятая супружеская пара в нашей стране бесплодна.

Высокий уровень абортов, недостаточная информированность населения о безопасных для здоровья методах контрацепции, рост числа заболеваний, передаваемых половым путем, особенно среди детей и подростков, обуславливают социальную значимость проблемы планирования семьи. На решение этих задач нацелена федеральная программа «Планирование семьи». Программой предусмотрено создание службы планирования семьи в Российской Федерации.

1.12 Лекция №12 (2 часа).

Тема: «Роль специалиста по социальной работе в учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы»

1.12.1 Вопросы лекции:

- 1.Бюро медико-социальной экспертизы как учреждение государственной службы медико-социальной экспертизы.
- 2.Нормативная база деятельности службы.
- 3.Роль специалиста по социальной работе в деятельности бюро.
- 4.Индивидуальная программа реабилитации инвалида.

1.12.2 Краткое содержание вопросов:

- 1.Бюро медико-социальной экспертизы как учреждение государственной службы медико-социальной экспертизы.

В комплексе мероприятий по социальной заботе о трудоустройстве и быте человека с ограниченными возможностями значительное место отводится медико-социальному направлению. Полная или частичная утрата способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, участвовать в трудовой деятельности, обусловлена у инвалида, как правило, перенесенным заболеванием или травмой, что и приводит к ограничению его жизнедеятельности. Социальный работник должен быть готов оказать инвалиду помочь по целому ряду вопросов юридического, психологического, педагогического и, что очень важно, медико-социального характера.

В связи с главной задачей МСЭ - определение потребности инвалида в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, - в состав комиссий бюро МСЭ введены новые специалисты: врач-реабилитолог, специалист по социальной работе, психолог.

В задачу медико-социального специалиста, обладающего знаниями психофизиологических особенностей инвалидов соответственно причине, приведшей человека к такому состоянию, входит определение степени возможности его участия в трудовой деятельности, помощи в адаптации к новым условиям, определение режима питания и формирование соответствующего образа жизни[12]. При оказании медико-социальной помощи инвалидам социальный работник руководствуется как запросами самого инвалида, так и целесообразностью и полезностью проводимых мероприятий в конкретных условиях проживания и пребывания пациента (в доме-интернате, в других учреждениях). Большое значение имеет заинтересованность самого инвалида в проведении социальных программ.

2.Нормативная база деятельности службы.

В своем докладе А. Осадчих отмечает, что задача органов социальной защиты состоит в "реинвалидизации" инвалида, в максимальном развитии его приспособительных механизмов, даже если исчерпаны биологические компенсаторные возможности[13]. Социальная адаптация человека практически продолжается всю жизнь.

Как видно из вышеизложенного, в системе социальной защиты инвалидов реабилитология обладает особой спецификой и, по мнению многих исследователей, должна быть признана самостоятельной отраслью[14]. С реабилитации инвалида начинается его ресоциализация, вслед за которой следует этап реинтеграции человека в активную общественную жизнь.

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

Так, специалисты по социальной работе - имеют право направлять граждан на прохождение МСЭ, оказывают разностороннюю помощь лицам, в прохождении МСЭ (оформление необходимых документов, оказание консультативной правовой помощи), участвуют в разработке и реализации индивидуальных программ реабилитации, содействуют в обеспечении необходимой социальной защиты инвалидов, включая реабилитацию.

3.Роль специалиста по социальной работе в деятельности бюро.

Социальный работник совместно с медицинскими работниками оказывает организационную помощь при проведении медико-социальной реабилитации в условиях стационара или на дому, помогает в организации санаторно-курортного лечения, способствует приобретению необходимых тренажеров, средств передвижения, корректирующих аппаратов, организует по показаниям медико-генетическую консультацию родителей больных детей. Часто возникает необходимость обеспечить диетическим питанием детей инвалидов, страдающих диабетом, почечной недостаточностью и другими заболеваниями.

Так, оптимальным является устранение или полная компенсация повреждений путем проведения восстановительного лечения. Оценка результатов проведения мероприятий медицинской, социальной и профессиональной реабилитации осуществляется специалистами учреждения государственной службы МСЭ при очередном освидетельствовании инвалида или в порядке его динамического наблюдения врачами и специалистами по социальной работе.

4.Индивидуальная программа реабилитации инвалида.

Термин «социальная реабилитация» стали употреблять в англо-саксонских странах после второй мировой войны, когда появилось огромное количество раненых солдат и мирных граждан, которые утратили возможность вести полноценную жизнь. Тогда рано было говорить об отделениях социальной реабилитации инвалидов, да и сама эта работа представлялась тогда иначе. Однако ценность человеческой индивидуальности и трагичность судеб многих инвалидов привели к пониманию, что пострадавшим необходима не только медицинская помощь, но и адаптация к новым социальным условиям. Вскоре обратили внимание и на больных с другими недугами, на тех, кто получил серьезную травму на производстве и в быту. Эти люди также утрачивали многие социальные функции, а, значит, тоже нуждались в помощи специалистов.

Сейчас социальная реабилитация инвалидов — это комплекс мер, которые направлены на восстановление общественных связей человека, утраченных в результате его травмы или недуга. Для работы с такими людьми созданы центры медико-социальной реабилитации, специализированные отделения. Помощь необходима не только инвалидам, то есть тем, у кого утрачены определенные физические функции организма. Восстанавливать социальные навыки приходится и подросткам, которые попали в категорию «трудных» или в какой-то момент вышли за рамки общественных норм, попали в места лишения свободы, а потом освободились. В такой реабилитации нуждаются и люди, утратившие свой прежний социальный статус: потерявшие работу, жилье, близких людей. Как правило, социальная, социокультурная реабилитация инвалидов финансируется и осуществляется государственными органами.

1.13 Лекция №13 (2 часа).

Тема: «Социально-медицинская работа с лицами, страдающими зависимостью от психоактивных веществ»

1.13.1 Вопросы лекции:

- 1.Алкоголизм, наркомания и токсикомания как наиболее значимые социальные болезни.
- 2.Специфика медико-социального статуса различных групп пациентов наркологического профиля.
- 3.Особенности социально-медицинской работы с данной группой клиентов.
- 4.Профилактические, лечебные и специализированные программы социально-медицинской работы с наркологическими больными.

1.13.2 Краткое содержание вопросов:

1.Алкоголизм, наркомания и токсикомания как наиболее значимые социальные болезни.

Алкоголизм, наркомания и токсикомания принадлежат к наиболее значимым социальным болезням.

Наркологические болезни развиваются у индивидуума как члена макросоциума и одновременно как члена микросоциума. В их генезе взаимодействует конstellация биологических, психологических и социальных факторов.

Ролевые сдвиги у членов социального окружения больного трансформируются в систему прочных патологических связей между больными и его окружением, прежде всего его семьи, которая принимает характер особой стойкой деформации поведения и психоэмоционального состояния членов окружения супругов, детей, родителей и др. Этот социальнопсихологический феномен носит название созависимости и требует специальных мер для его коррекции и устранения. Потребление алкоголя, наркотиков, других ПАВ это системное биопсихосоциальное явление, социальные, медицинские, экономические, криминальные последствия которого влияют на общественное благосостояние.

2.Специфика медико-социального статуса различных групп пациентов наркологического профиля.

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

3.Особенности социально-медицинской работы с данной группой клиентов.

В технологиях медико-социальной работы с наркологическими больными выделяются профилактические, лечебные и специализированные программы. Профилактические программы направлены на предупреждение потребления алкоголя и (или) наркотиков, а также злоупотребления ими. Они более широко нацелены на предупреждение любых форм отклоняющегося поведения. Здесь мишеними целенаправленного воздействия будут в основном контингенты детей и подростков, как в целом, так и те составляющие их групп, в которых риск приобщения к приему ПАВ особенно велик.

4.Профилактические, лечебные и специализированные программы социально-медицинской работы с наркологическими больными.

Группы риска составляют дети, у которых отягощена, особенно в наркологическом плане, наследственность, которые растут в неблагополучных, дисфункциональных семьях, воспитываются в семьях с наличием лиц, злоупотребляющих алкоголем, или больных алкоголизмом или наркоманией; отягощены в органическом, личностном, поведенческом плане. Центральное место в этой группе занимают собственно терапевтические программы, решающие задачи оказания больным лечебной помощи, удержания их в режиме трезвости или отказа от приема наркотиков (т.е. I ремиссии), проведения мер вторичной и третичной профилактики восстановления физического, личностного и социального статуса больных. Не менее важны программы, в рамках которых осуществляется социальнопсихологическая помощь членам семей и близким клиентов. Корректируется их личностный, семейный и трудовой статус. К этому виду программ относятся программы «помощи на рабочих местах» непосредственно на предприятиях, в учреждениях, организациях и т.п.

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

1.14 Лекция №14 (2 часа).

Тема: «Социально-медицинская работа с лицами, страдающими психическими заболеваниями»

1.14.1 Вопросы лекции:

1. Современное представление о психическом здоровье.
2. Факторы риска нарушений психического здоровья и развития психических заболеваний.
3. Характеристика учреждений психиатрического профиля, в деятельности которых принимают участие специалисты по социальной работе.
4. Взаимодействие с государственными, общественными и частными организациями, оказывающими социальную помощь.

1.14.2 Краткое содержание вопросов:

1. Современное представление о психическом здоровье.

Социально-медицинская работа с лицами, страдающими психическими заболеваниями осуществляется в соответствии с Федеральным законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Социально-медицинская работа включает в себя уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами. Социально-медицинская работа осуществляется с лицами, обратившимися за психиатрической помощью.

Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или сего согласия. Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей.

Информация о факте обращения за помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных законодательно.

2. Факторы риска нарушений психического здоровья и развития психических заболеваний.

С одной стороны, стресс – нормальная для человека реакция на негативные обстоятельства. Стресс как эмоционально-психофизиологическое состояние способен вызвать дискомфорт на всех уровнях. С другой стороны, органические болезни мозга явно имеют физическое происхождение. У остальных расстройств гораздо более сложная природа. В ряде случаев можно выделить признаки заболевания, но физиологическая составляющая известна только у психозов. Причины неврозов и расстройств личности, согласно психодинамическим теориям, лежат в ранних отношениях между родителями и детьми, а ТЕОРИИ НАУЧЕНИЯ рассматривают эти проблемы как выученное поведение. Большое значение для социальной работы имеет обнаружение тесной связи социальных факторов с неврозами и психозами, т. е. неблагоприятная обстановка, нехватка

доверительного общения, низкая самооценка повышают риск этих расстройств, а жизненные стрессы способствуют их возникновению. Особой восприимчивостью отличаются представители угнетенных слоев общества. Психиатры объясняют это тем, что социальные факторы усиливают предрасположенность к расстройствам, однако сторонники ТЕОРИИ РАСШИРЕНИЯ ПОЛНОМОЧИЙ считают низкий социальный статус и угнетенное положение достаточными для появления ВЫУЧЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ и как следствие депрессии и тревоги, а в тяжелых случаях и психозов.

Последствия нарушений психического здоровья. Последствия психозов и органических поражений хорошо известны (см. ДЕМЕНЦИЯ), гораздо меньше внимания уделяется прогнозу менее тяжелых расстройств, в частности неврозов, стресса, посттравматического стрессового расстройства, расстройства личности (см. соответствующие статьи и статью ПСИХИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ).

3. Характеристика учреждений психиатрического профиля, в деятельности которых принимают участие специалисты по социальной работе.

Оказание социально-медицинской помощи лицу, страдающему психическим расстройством, проводится после получения его письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных в законе. Специалисты, оказывающие помощь, обязаны предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию об услугах и видах помощи и ожидаемых результатах. О предоставлении личной информации делается запись в медицинской документации. Социально-медицинская работа может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом РФ, а также при недобровольной госпитализации.

Лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель имеют право отказаться от предлагаемого медико-социального обслуживания или прекратить его.

4. Взаимодействие с государственными, общественными и частными организациями, оказывающими социальную помощь.

Государством гарантируются:

- неотложная психиатрическая помощь;
- консультативно-диагностическая» лечебная, психопрофилактическая, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных условиях;
- все виды психиатрической экспертизы, определение временной нетрудоспособности;
- социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;
- решение вопросов опеки.

1.15 Лекция №15 (2 часа).

Тема: «Социально-медицинская работа с онкологическими больными»

1.15.1 Вопросы лекции:

1. Онкологические заболевания как социально значимая патология.
2. Канцерогенные факторы, их значение в развитии онкологических заболеваний.
3. Основные методы профилактики злокачественных образований.
4. Медико- социальная работа в хосписе.
5. Функции специалиста по социальной работе, участвующего в оказании медико- социальной помощи онкологическим больным.

1.15.2 Краткое содержание вопросов:

1.Онкологические заболевания как социально значимая патология.

Среди социально значимой патологии, в преодолении которой в последние годы идет активный поиск новых форм и методов медико-социальной помощи, выделяется онкология.

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

2.Канцерогенные факторы, их значение в развитии онкологических заболеваний.

Вместе с тем увеличивающаяся продолжительность жизни значительного числа пациентов не может оставаться единственным критерием уровня онкологической помощи. В организации медико-социальной работы важнейшим является показатель излеченности от злокачественных новообразований, который показывает не только клиническое выздоровление больных, но и возвращение их к прежнему социальному статусу. Онкологического больного следует рассматривать как человека, находящегося в стрессовой ситуации. Длительное тяжелое соматическое заболевание, госпитализация, отрыв от привычного окружения, потеря социального статуса, хирургическое вмешательство, ведущее к инвалидности, угроза смерти и другие факторы разрушают привычные стереотипы поведения. Происходят изменения системы ценностей, перестраивается личность больного. Он оказывается перед проблемой адаптации к новым условиям жизни.

Своеобразие клинического течения злокачественных опухолей, особенности их лечения, анатомофункциональные нарушения, неизбежно возникающие после лечения и требующие коррекции вместе с тяжелым психологическим стрессом, определяют проблему реабилитации онкологических больных как важнейшую. Базируясь на общих принципах медико-социальной работы, собственные технологии в онкологии имеют и свои особенности.

3.Основные методы профилактики злокачественных образований.

Известно, что своевременная диагностика онкологических заболеваний на ранних стадиях дает больным большой шанс на полное выздоровление. В этой связи медико-социальная работа с группами риска онкологических заболеваний приобретает особое значение. Здесь специфическими являются формы профилактической работы, направленной на лиц, страдающих предопухолевыми заболеваниями, из «раковых» семей, работающих на вредных производствах, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях. Специалист по социальной работе может участвовать в разработке и реализации целевых профилактических программ, проведении социальногигиенического мониторинга, определении факторов риска, информировать население о состоянии среды обитания и др.

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

4.Медико- социальная работа в хосписе.

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

В программе паллиативной помощи специалисты обеспечивают как физический уход, так и поддерживают эмоциональную и духовную сферу пациента и семьи, понимают и поддерживают роль священника в уходе.

5.Функции специалиста по социальной работе, участнившего в оказании медико-социальной помощи онкологическим больным.

Онкологические больные часто выбирают альтернативную терапию. Уважая такой выбор, специалисты обязаны дать классическую характеристику нетрадиционным методам лечения, уметь отличить шарлатанство от немедицинских методов лечения.

Разрешение перечисленных проблем оказания полноценной паллиативной помощи состоит в организации работы хосписов.

Хоспис нельзя рассматривать как учреждение, где люди умирают. Это система гуманистических мировоззрений, помогающая умирающему человеку прожить оставшуюся жизнь без чувства страха, по возможности полноценно. По определению Всемирной организации здравоохранения, «паллиативный уход утверждает жизнь и рассматривает умирание как нормальный естественный процесс; паллиативный уход не ускоряет и не отдаляет смерть, он обеспечивает систему поддержки семьи во время болезни их близких и в период скорби».

В хосписе оказывается медицинская, социальная и психологическая помощь. В рамках медицинской помощи медицинским персоналом проводится симптоматическое лечение и обезболивание. Социальные работники в объеме социальной помощи организуют материальную поддержку, содействуют в обеспечении гарантированных прав клиентов, их семей и др. Психологи и социальные работники оказывают помощь в снятии чувства страха, депрессии у больных и членов их семей, проводят психологические тренинги для родственников.

1.16 Лекция №16 (2 часа).

Тема: «Социально-медицинская работа с инфекционными больными»

1.16.1 Вопросы лекции:

1.Функции специалиста по социальной работе, участнившего в оказании медико-социальной помощи инфекционным больным.

2.Особенности социально-медицинской работы в зависимости от тяжести, контагиозности и исхода инфекционных болезней.

3.Взаимодействие с государственными и общественными учреждениями при оказании медико-социальной помощи инфекционным больным.

1.16.2 Краткое содержание вопросов:

1.Функции специалиста по социальной работе, участнившего в оказании медико-социальной помощи инфекционным больным.

Медико-социальная работа с инфекционными больными Значительный объем помощи лицам, страдающим инфекционными заболеваниями, не является лечебно-диагностическим и может оказываться социальными работниками. В то же время рост инфекционных заболеваний требует развертывания дополнительных дорогостоящих стационарных коек. Причем, по данным ряда исследователей, доля лиц пенсионного возраста в инфекционных отделениях превышает 6%. Длительность пребывания пенсионеров в стационаре составляет 21,4 дня, что на 4,6 дня превышает средние сроки пребывания больных в стационаре, вычисленные для всего взрослого населения. Б.М. Тайц обосновывает необходимость создания медико-социальной службы в инфекционном стационаре. В Санкт-Петербурге такая служба была организована в городской инфекционной больнице № 30 им. С. П. Боткина.

В штат службы входят заведующий отделением медико-социальной помощи, два специалиста по медико-социальной работе, психолог, пять социальных работников для круглосуточной работы в приемном отделении, одиннадцать социальных работников, работающих в отделениях.

2. Особенности социально-медицинской работы в зависимости от тяжести, контагиозности и исхода инфекционных болезней.

Работа службы организована следующим образом. Круглосуточно в приемном отделении больницы при поступлении больного присутствует социальный работник, он изучает социальновыбывательные условия пациента, заполняет карту по установленной форме, выясняет у больного или его родственников место прописки, место реального проживания, при отсутствии у больного семьи место жительства родственников, которые смогут обеспечивать помощь пациенту и уход за ним. Изучает возможность организации ухода за больным в домашних условиях, выявляет пациентов групп риска, которым может потребоваться социальная помощь при выписке из больницы.

В отделении с пациентами, у которых на карте значится заключение «подлежит подготовке к выписке», социальные работники проводят дополнительные беседы с целью изучения возможностей организации ухода и социальновыбывательного обслуживания на дому, определяется нуждаемость в обслуживании при выписке. Оказывается психологическая помощь пациентам и членам их семей, предоставляются необходимая информация и консультации по вопросам социальной помощи. Родственники обучаются практическим навыкам общего ухода за больными.

Кроме этого, осуществляется согласование плана выписки с пациентом и его семьей. Нуждающимся пациентам выделяются одежда, обувь, другие предметы первой необходимости (за счет гуманитарной помощи), определяется необходимость пациентов в транспортных услугах при выписке. Обеспечивается связь с отделениями инфекционнопаразитарных заболеваний и иммунопрофилактики городских поликлиник, органами и учреждениями социального обслуживания, комитетами Общества Красного Креста, ветеранскими и другими общественными организациями для активного посещения пациентов после выписки, постановки на учет, социальновыбывательной и медико-социальной помощи на дому.

3. Взаимодействие с государственными и общественными учреждениями при оказании медико-социальной помощи инфекционным больным.

Важную роль в работе службы имеет медицинский психолог, особенно в работе с ВИЧинфицированными и больными СПИДом. Медицинский психолог отделения медико-социальной помощи организует психологическую помощь пациентам, имеющим факторы риска психологической дезадаптации, проводит изучение психологического статуса пациента и анализ полученных данных; оказывает психологическую помощь нуждающимся в ней больным, предоставляет пациентам необходимую информацию о возможностях получения психологической помощи в городе. Он оказывает

психологическую помощь медицинскому персоналу по вопросам общения с пациентами, имеющими факторы риска психологической дезадаптации и нуждающимися в психологической помощи, консультативную помощь сотрудникам отделения медико-социальной помощи.

1.17 Лекция №17 (2 часа).

Тема: «Социально-медицинская работа с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом»

1.17.1 Вопросы лекции:

1. Социально-медицинская работа по профилактике распространения ВИЧ-инфекции. Группы риска.
2. Государственная политика в области профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией.
3. Функции специалиста по социальной работе, участвующего в оказании медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом.
4. Законодательство в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции.

1.17.2 Краткое содержание вопросов:

1. Социально-медицинская работа по профилактике распространения ВИЧ-инфекции. Группы риска.

Важной психологической проблемой, с которой приходится сталкиваться ВИЧ-инфицированным, является социальная изоляция. Больных увольняют с работы, от них отказываются родственники и друзья. По этим причинам больные начинают чувствовать себя изгоями современного общества.

Серьезной проблемой ВИЧ-инфицированных людей является их дискриминация со стороны окружающих людей. Так, по данным статистики, 46% опрошенных считают, что больных ВИЧ следует изолировать от общества; 55% перевели бы своего ребенка в другой детский сад (школу), если бы узнали, что там есть ВИЧ-инфицированный ребенок.

ВИЧ-носительство или СПИД оказывают очевидное влияние на психику и изменяют психологию зараженных людей в силу того, что на сегодняшний день, являются неизлечимыми, хроническими заболеваниями; протекают труднопредсказуемо и в течение многих лет, почти всегда сопровождаются негативными зависимостями, воспринимаются практически любым обществом как негативное и отвергаемое явление.

2. Государственная политика в области профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией.

Недоступность качественной медицинской помощи, дискриминация больных, неприспособленность существующей системы защиты прав к реальным потребностям людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, недостаточное финансирование программ, направленных на улучшение качества их жизни.

Следует обратить внимание на число ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом среди детей, которое с каждым годом увеличивается. С учетом того, что сегодняшние ВИЧ-инфицированные дети не смогут обеспечить здоровое будущее как нашей страны, так и мирового сообщества в целом, значение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ/СПИДа среди несовершеннолетних значительно повышается.

Таким образом, социально-психологические последствия ВИЧ-инфекции проявляются на нескольких уровнях: индивидуальности, семьи, общества, помогающих структур.

3. Функции специалиста по социальной работе, участвующего в оказании медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом.

В семьях ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом могут возникать психологические проблемы, характерные для любых других семей, но в то же время эти

проблемы приобретают определенную специфическую окраску. Следует помнить, что любой человек, находящийся в тесном взаимодействии с носителем определенной проблемы, испытывает его влияние на свою жизнь и является созависимым. Контакты с зависимыми вынуждают их изменять привычки, нарушают планы, вызывают страхи относительно своих близких, с которыми взаимодействует зависимый, и, наконец, вынуждают погружаться в проблему, которую им навязали. Основными характеристиками созависимого поведения являются низкая самооценка, чрезмерное использование психологических защит, контролирующее поведение.

4. Законодательство в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции.

Бюджетное законодательство в обзоре рассматривается лишь в той части, в коей определены объемы финансирования государственных программ в области ВИЧ/СПИДа, что дает ясное понятие степени реализации определенных государством программ.

Жилищное законодательство — в части предоставления льгот при постановке на учет нуждающихся в улучшении жилищных условий граждан, живущих с ВИЧ/СПИДом.

Семейное — в части соблюдения законных прав и интересов лиц, вступающих в брак.

Трудовое — в части определения ряда ограничений на занятие отдельными видами деятельности.

Уголовное и уголовно-исполнительное — в части уголовных правонарушений, связанных с заражением граждан ВИЧ-инфекцией, определения условий, при которых лицо освобождается от исполнения наказания и т. д.

Законодательство об административных правонарушениях — в части, касающейся сокрытия источника заражения ВИЧ-инфекцией, а также в иных случаях.

Естественно, такое деление достаточно условно, а необходимость его, на мой взгляд, заключается только в том, чтобы можно было ясно представить себе, насколько глубоко проблема ВИЧ/СПИДа вошла в нашу повседневную жизнь.

Конечно, приводимые нормативные правовые акты направлены все же не на поиск панацеи от СПИДа, а на выработку механизма улучшения качества жизни граждан, живущих с ВИЧ/СПИДом, хотя в этом и заключается разница между медициной и юриспруденцией.

1.18 Лекция №18 (2 часа).

Тема: «Социально-медицинская работа с военнослужащими»

1.18.1 Вопросы лекции:

1. Порядок организации медицинской помощи военнослужащим.
2. Особенности охраны здоровья военнослужащих.
3. Медицинское обеспечение.
4. Требования к состоянию здоровья и определение годности к военной на основании заключения военно-врачебной комиссии.

1.18.2 Краткое содержание вопросов:

1. Порядок организации медицинской помощи военнослужащим.
- Военно-врачебная экспертиза определяет годность граждан по состоянию здоровья к военной службе.

Граждане проходят военную службу по призыву либо в добровольном порядке (по контракту) в Вооруженных Силах Российской Федерации, а также пограничных войсках федеральной пограничной службы Российской Федерации, во внутренних войсках Министерства внутренних дел Российской Федерации, в железнодорожных войсках Российской Федерации, войсках федерального агентства правительственной связи и информации при Президенте Российской Федерации, войсках гражданской обороны,

инженерно-технических и дорожно-строительных войсках, формированиях при федеральных органах исполнительной власти, Службе внешней разведки Российской Федерации, органах федеральной службы безопасности Российской Федерации, органах федеральной пограничной службы Российской Федерации, федеральных органах правительственной связи и информации, федеральных органах государственной охраны, федеральном органе обеспечения мобилизационной подготовки органов государственной власти Российской Федерации и создаваемых на военное время специальных формированиях и являются военнослужащими.

2. Особенности охраны здоровья военнослужащих.

В соответствии со ст. 51 Основ военно-врачебная экспертиза 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 установлен Положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 20.04.95 № 390 (в редакции Постановления Правительства Российской Федерации от 22.10.98 № 1232).

3. Медицинское обеспечение.

Для проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Российской Федерации, других войсках, в органах внутренних дел, органах внешней разведки, органах контрразведки, федеральном агентстве правительственной связи и информации при Президенте Российской Федерации создаются военно-врачебные комиссии и врачебно-летные комиссии.

В отдельных случаях военно-врачебные комиссии могут создаваться в медицинских учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения, в которых по согласованию с соответствующими органами управления здравоохранением проводятся медицинское обследование и лечение лиц, проходящих военную службу по контракту и призыву, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел.

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

4. Требования к состоянию здоровья и определение годности к военной на основании заключения военно-врачебной комиссии.

Врачи-специалисты по результатам медицинского освидетельствования граждан при первоначальной постановке на воинский учет и призывае на военную службу дают заключение о годности к военной службе по следующим категориям:

- А - годен к военной службе;
- Б - годен к военной службе с незначительными ограничениями;
- В - ограниченно годен к военной службе;
- Г - временно не годен к военной службе;
- Д - не годен к военной службе.

Для граждан, признанных годными к военной службе или годными к военной службе с незначительными ограничениями, в соответствии с расписанием болезней и таблицей дополнительных требований к состоянию здоровья граждан определяется показатель предназначения для прохождения военной службы.

Порядок оформления заключения врача-специалиста определяется Министерством обороны Российской Федерации.

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ЛАБОРАТОРНЫХ РАБОТ

2.1 Лабораторная работа №1 (2 часа).

Тема: «Социально-медицинская работа с онкологическими больными»

2.1.1 Цель работы: научиться выявлять и анализировать основные статистические показатели онкологических заболеваний.

2.1.2 Задачи работы:

1. Научиться производить вычисления по формуле расчёта «Контингент больных злокачественными новообразованиями»

2. Научиться производить вычисления по формуле «Смертности от злокачественных новообразованиях»

3. Научиться производить вычисления по формуле «Первичная заболеваемость злокачественными новообразованиями»

2.1.3 Перечень приборов, материалов, используемых в лабораторной работе:

1. Калькулятор

2. Пример отчетной формы “сведения о больных злокачественными новообразованиями”(ф. 35);

3. Пример отчетной формы “сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями” (ф. 7).

2.1.4 Описание (ход) работы:

Даны исходные данные для расчета статистических показателей деятельности учреждений, оказывающих специализированную помощь населению субъекта РФ. Для анализа основных статистических показателей онкологических заболеваний, произведем следующие расчеты по заданным формулам:

1.1. Контингент больных злокачественными новообразованиями

1.2. Первичная заболеваемость злокачественными новообразованиями

1.3. Смертность от злокачественных новообразованиях

1.4. Одногодичная летальность

1.5. Доля больных I-II стадиями злокачественных новообразований, выявленных при целевых медицинских осмотрах

1.6. Запущенность злокачественных новообразований

2.2 Лабораторная работа №2 (2 часа).

Тема: «Социально-медицинская работа с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом»

2.1.1 Цель работы: научиться выявлять и анализировать основные статистические показатели заболеваемости ВИЧ и СПИД.

2.1.2 Задачи работы:

1. Научиться производить вычисления по формуле расчёта «Контингент больных ВИЧ/СПИД»

2. Научиться производить вычисления по формуле «Удельный вес лиц, обследованных на ВИЧ»

3. Научиться производить вычисления по формуле «Первичная заболеваемость ВИЧ/СПИД »

2.1.3 Перечень приборов, материалов, используемых в лабораторной работе:

1. Калькулятор

2. Пример отчетной формы «сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией» (ф. 61).

2.1.4 Описание (ход) работы:

Даны исходные данные для расчета статистических показателей деятельности учреждений, оказывающих специализированную помощь населению субъекта РФ. Для

анализа основных статистических показателей заболеваний ВИЧ/СПИД, произведем следующие расчеты по заданным формулам:

1. Контингент больных ВИЧ/СПИД
2. Первичная заболеваемость ВИЧ/СПИД
3. Удельный вес лиц, обследованных на ВИЧ
4. Полнота охвата диспансеризацией ВИЧ-инфицированных
5. Распределение ВИЧ-инфицированных по основным путям заражения

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ

3.1 Семинарское занятие № 1 (2 часа).

Тема: «Социально-медицинская работа как вид профессиональной деятельности. Основные понятия»

3.1.1 Вопросы к занятию:

1. Социально-медицинская работа и социальная медицина: общность и различие понятий.

2. Социально-медицинская работа как новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности.

3. Объекта социально-медицинской работы.

4. Основные принципы социально-медицинской работы.

3.1.2 Краткое описание проводимого занятия:

Современная концепция отечественной социально-медицинской работы. Базовая модель социально-медицинской работы. Организация социально-медицинской работы. Связь медико-социальной работы с другими дисциплинами и отраслями знаний. Основные объекты, субъекты, принципы социально-медицинской работы.

3.2 Семинарское занятие № 2 (2 часа).

Тема: «Отечественный исторический опыт социально-медицинской работы»

3.2.1 Вопросы к занятию:

1. Простейшие формы благотворительности на Руси.

2. Зарождение государственных форм признания. Создание социальных учреждений.

3. Образование благотворительных обществ.

4. Развитие частных форм социальной помощи, благотворительности и меценатства.

5. Медико-социальная помощь в советский период.

3.2.2 Краткое описание проводимого занятия:

Характеристика социально-медицинской направленности основных этапов развития социальной помощи в России. Простейшие формы благотворительности. Зарождение государственных форм признания, создание социальных учреждений. Образование благотворительных обществ. Развитие частных форм социальной помощи и благотворительности.

3.3 Семинарское занятие № 3 (2 часа).

Тема: «Концепция социально-медицинской работы в современной России»

3.3.1 Вопросы к занятию:

- 1.Основные положения современной концепции отечественной социально-медицинской работы.
- 2.Функции специалиста по социальной работе, участвующего в оказании медико-социальной помощи населению.
- 3.Патогенетическая и профилактическая направленность социально-медицинской работы.
- 2.4.Финансирование и кадровое обеспечение социально-медицинской работы.

3.3.2 Краткое описание проводимого занятия:

Базовые категории при изучении концепций социально-медицинской работы: структура, основные формы социально-медицинской работы, классификация методов социально-медицинской работы. Социально-медицинская работа с различными группами населения.

Базовая модель социально-медицинской работы. Формы и методы социально-медицинской работы. Принципы организации социально-медицинской работы.

3.4 Семинарское занятие № 4 (2 часа).

Тема: «Базовая модель отечественной социально-медицинской работы»

3.4.1 Вопросы к занятию:

1. Характеристика групп клиентов (объектов) социально-медицинской работы, рассматриваемых в рамках базовой модели.
2. Содержание профилактической и патогенетической направленности социально-медицинской работы в зависимости от групп клиентов (объектов).

3.4.2 Краткое описание проводимого занятия:

Базовые категории при изучении базовой концепции социально-медицинской работы: структура, основные формы социально-медицинской работы, классификация методов социально-медицинской работы. Социально-медицинская работа с различными группами населения.

Базовая модель социально-медицинской работы. Формы и методы социально-медицинской работы. Принципы организации социально-медицинской работы.

3.5 Семинарское занятие № 5 (2 часа).

Тема: «Правовая нормативная база социально-медицинской работы»

3.5.1 Вопросы к занятию:

- 1.Законодательные основы социально-медицинской работы.
- 2.Состояние нормативной базы нового вида профессиональной деятельности на ведомственном уровне.
- 3.Перспективы развития правовой нормативной базы социально-медицинской работы.

3.5.2 Краткое описание проводимого занятия:

Единство принципов и учет специфики социальной работы с различными группами клиентов в решении их проблем, связанных со здоровьем. Элементы базовой модели социально-медицинской работы: группы клиентов и направленность профессиональной деятельности. Характеристика нормативных актов Минздрава России, регламентирующих социально-медицинскую работу.

3.6 Семинарское занятие № 6 (2 часа).

Тема: «Организация социально-медицинской работы в России»

3.6.1 Вопросы к занятию:

- 1.Сеть учреждений здравоохранения и социальной защиты населения как организационная основа становления социально-медицинской работы в России.
2. Потребности в специалистах по социальной работе, участвующих в оказании медико-социальной помощи в других сферах – образовании, армии, МВД, МЧС и др.
- 3.Место и роль негосударственных учреждений и общественных организаций в становлении и развитии социально-медицинской работы.
- 4.Проблемы подготовки кадров социальных работников, участвующих в оказании медико-социальной помощи населению.
- 5.Научно-методическое обеспечение становления и развития социально-медицинской работы в России.

3.6.2 Краткое описание проводимого занятия:

Социально-медицинская работа и социальная медицина: общность и различие понятий. Социально-медицинская работа как новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности. Категории лиц и объекты социально-медицинской работы.

Основные принципы социально-медицинской работы. Сеть учреждений здравоохранения и социальной защиты населения в России. Место и роль негосударственных учреждений и общественных организаций в становлении и развитии социально-медицинской работы.

3.7 Семинарское занятие № 7 (2 часа).

Тема: «Сравнительный анализ социально-медицинской работы в России и за рубежом»

3.7.1 Вопросы к занятию:

1. Особенности организации профессиональной социально-медицинской работы в России.

2. Основные характеристики медико-социальной помощи и социально-медицинской работы в Великобритании, Скандинавских странах, Германии и США.

3.7.2 Краткое описание проводимого занятия:

Основные принципиальные различия в оказании медико-социальной помощи и социально-медицинской работы в России и за рубежом. Различия в оказании медико-социальной помощи и организации медико-социальной работы в России и за рубежом. Зарубежный опыт теории и практики профессиональной социально-медицинской работы, накопившийся за последние десятилетия в экономически развитых государствах. Российский опыт создания и функционирования хосписов.

3.8 Семинарское занятие № 8 (4 часа).

Тема: «Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях социального обслуживания населения»

3.8.1 Вопросы к занятию:

1. Содержание и методика социально-медицинской работы в стационарных учреждениях социального обслуживания: пансионатах, домах-интернатах различного профиля, специализированных санаториях, домах сестринского ухода, геронтологических центрах, социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних, социальных приютах для детей и подростков и иных учреждениях.

2. Содержание и методика социально-медицинской работы в полустационарных социальных учреждениях: отделениях дневного или ночного пребывания муниципальных центров социального обслуживания или при органах социальной защиты населения.

3. Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях социального обслуживания на дому: комплексных центрах социального обслуживания населения, территориальных центрах социальной помощи семье и детям, центрах помощи детям, оставшимся без попечения родителей и иных учреждениях.

3.8.2 Краткое описание проводимого занятия:

Организация социального обслуживания населения. Виды. Объекты социально-медицинской работы в учреждениях социального обслуживания населения. Социальные

услуги, как форма медико-социальной помощи. Социальная адаптация. Право граждан на социальное обслуживание. Временный приют в учреждениях социального обслуживания предоставляется. Социальный патронаж проводится в зависимости от ситуации. Стационарное социальное обслуживание.

3.9 Семинарское занятие № 9 (4 часа).

Тема: «Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях образования»

3.9.1 Вопросы к занятию:

1. Содержание и методика социально-медицинской работы с учащимися различного возраста с учетом состояния здоровья и степени социального благополучия.
2. Содержание и методика социально-медицинской работы с сотрудниками образовательных учреждений.
3. Содержание и методика социально-медицинской работы с родителями и лицами, их замещающими.

3.9.2 Краткое описание проводимого занятия:

Содержание профилактической направленности социально-медицинской работы в учреждениях образования. Содержание патогенетической направленности социально-медицинской работы в учреждениях образования. Социология девиантного поведения детей. Социально-медицинская работа, в отношении различных категорий учащихся: дети из малообеспеченных семей; дети безработных родителей; дети многодетных семей; дети, живущие с одним из родителей; дети разведенных родителей; дети родителей-инвалидов; дети-сироты, воспитываемые родственниками; дети социопатических семей; родителей-алкоголиков, наркоманов; приемные дети; дети мигрантов; бездомные дети; нежеланные дети в семье.

3.10 Семинарское занятие № 10 (4 часа).

Тема: «Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения»

3.10.1 Вопросы к занятию:

1. Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях психиатрического профиля.
2. Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях наркологического профиля.

3.Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях онкологического профиля.

4.Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях инфекционного профиля.

3.10.2 Краткое описание проводимого занятия:

Объекты социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения. Обеспечение социальным работником координирующей функции при взаимодействии со специалистами смежных профессий. Отечественная система здравоохранения состоит из государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. Ведущее место в структуре учреждений здравоохранения занимают лечебно-профилактические учреждения. Система социальной работы в государственном здравоохранении включает профилактику, диагностику, лечение, сохранения здоровья и реабилитацию.

3.11 Семинарское занятие № 11 (4 часа).

Тема: «Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях планирования семьи»

3.11.1 Вопросы к занятию:

1. Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждении службы планирования семьи на федеральном уровне.
2. Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждении службы планирования семьи на региональном уровне.
3. Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждении службы планирования семьи на муниципальном уровне.

3.11.2 Краткое описание проводимого занятия:

Взаимосвязь и преемственность в деятельности учреждений государственной службы планирования семьи на федеральном, региональном и муниципальном уровнях. Особенности деятельности негосударственных учреждений по оказанию услуг в области планирования семьи. Обеспечение социальным работником координирующей функции при взаимодействии со специалистами смежных профессий.

3.12 Семинарское занятие № 12 (4 часа).

Тема: «Роль специалиста по социальной работе в учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы»

3.12.1 Вопросы к занятию:

1. Функции специалиста по социальной работе в рамках деятельности бюро медико-социальной экспертизы.

2. Взаимодействие специалиста по социальной работе с различными государственными учреждениями в рамках задач, решаемых бюро медико-социальной экспертизы

3.12.2 Краткое описание проводимого занятия:

Роль специалиста по социальной работе в деятельности бюро медико-социальной экспертизы. Нормативная база деятельности службы медико-социальной экспертизы. В состав комиссий бюро МСЭ введены новые специалисты: врач-реабилитолог, специалист по социальной работе, психолог. В задачу медико-социального специалиста, обладающего знаниями психофизиологических особенностей инвалидов соответственно причине, приведшей человека к такому состоянию, входит определение степени возможности его участия в трудовой деятельности, помощи в адаптации к новым условиям, определение режима питания и формирование соответствующего образа жизни.

3.13 Семинарское занятие № 13 (2 часа).

Тема: «Социально-медицинская работа с лицами, страдающими зависимостью от психоактивных веществ»

3.13.1 Вопросы к занятию:

1. Технологии социально-медицинской работы с лицами, страдающими алкоголизмом.

2. Технологии социально-медицинской работы с лицами, страдающими наркоманиями.

3. Технологии социально-медицинской работы с лицами, страдающими токсикоманиями.

3.13.2 Краткое описание проводимого занятия:

Функции специалиста по социальной работе, участвующего в оказании медико-социальной помощи лицам, страдающим зависимостью от психоактивных веществ.

Характеристика учреждений, в деятельности которых принимают участие такие специалисты. Профилактические, лечебные и специализированные программы как основы технологий социально-медицинской работы. Алкоголизм, наркомания и токсикомания как наиболее значимые социальные болезни. Специфика медико-социального статуса различных групп пациентов наркологического профиля. Особенности социально-медицинской работы с данной группой клиентов. Профилактические, лечебные и

специализированные программы социально-медицинской работы с наркологическими больными.

3.14 Семинарское занятие № 14 (2 часа).

Тема: «Социально-медицинская работа с лицами, страдающими психическими заболеваниями»

3.14.1 Вопросы к занятию:

1.Функции специалиста по социальной работе, участвующего в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи. Технологии социально-медицинской работы с лицами, страдающими психическими заболеваниями.

2.Реабилитационные программы. Терапия занятостью. Приемы преодоления госпитализма. Работа лечебно-трудовых мастерских. Работа на лечебно-производственном предприятии.

3.Основные положения Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

3.14.2 Краткое описание проводимого занятия:

Функции специалиста по социальной работе, участвующего в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи. Разработка и участие в реализации индивидуальных планов социальной реабилитации лиц, страдающих психическими заболеваниями. Взаимодействие с государственными, общественными и частными организациями, оказывающими социальную помощь лицам, страдающим психическими расстройствами.

3.15 Семинарское занятие № 15 (4 часа).

Тема: «Социально-медицинская работа с инфекционными больными»

3.15.1 Вопросы к занятию:

1. Технологии социально-медицинской работы с инфекционными больными.
2. Отечественный опыт работы медико-социальной службы в инфекционном стационаре.
3. Права и льготы инфекционных больных.

3.15.2 Краткое описание проводимого занятия:

Функции специалиста по социальной работе, участвующего в оказании медико-социальной помощи инфекционным больным. Особенности социально-медицинской работы в зависимости от тяжести, контагиозности и исхода инфекционных болезней. Взаимодействие с государственными и общественными учреждениями при оказании

медицинской помощи инфекционным больным. Медико-социальная работа с инфекционными больными. Значительный объем помощи лицам, страдающим инфекционными заболеваниями, не является лечебно-диагностическим и может оказываться социальными работниками

3.16 Семинарское занятие № 16 (2 часа).

Тема: «Социально-медицинская работа с военнослужащими»

2.16.1 Вопросы к занятию:

1. Технологии социально-медицинской работы с лицами, подлежащими призыву на военную службу.
2. Технологии социально-медицинской работы с лицами, находящимися на военной службе.
3. Технологии социально-медицинской работы с военнослужащими, увольняющимися в запас.

3.16.2 Краткое описание проводимого занятия:

социально-медицинская работа с лицами, подлежащими призыву на военную службу. Социально-медицинская работа с лицами, находящимися на военной службе. Социально-медицинская работа с военнослужащими, увольняющимися в запас. Военно-врачебная экспертиза определяет годность граждан по состоянию здоровья к военной службе. Требования к состоянию здоровья и определение годности к военной на основании заключения военно-врачебной комиссии. Порядок организации и производства военно-врачебной экспертизы.