

**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 заочная

СОДЕРЖАНИЕ

1. Конспект лекций	3
1.1 Лекция № 1 Социально-медицинская работа как вид профессиональной деятельности.....	3
1.2 Лекция № 2 Отечественный исторический опыт социально-медицинской работы.....	4
1.11 Лекция № 4 Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях планирования семьи.....	6
1.12 Лекция № 5 Роль специалиста по социальной работе в учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы.....	8
2. Методические указания по выполнению лабораторных работ	11
2.1 Лабораторная работа № ЛР-1 Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения	11
3. Методические указания по проведению семинарских занятий	12
3.1 Семинарское занятие № С-1 Социально-медицинская работа как вид профессиональной деятельности. Основные понятия.....	12
3.2 Семинарское занятие № С-2 Отечественный исторический опыт социально-медицинской работы.....	12
3.3 Семинарское занятие № С-3 Концепция социально – медицинской работы в современной России.....	13
3.4 Семинарское занятие № С-4 Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях планирования семьи.....	13
3.5 Семинарское занятие № С-5 Роль специалиста по социальной работе в учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы.....	14

1. КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ

1. 1 Лекция №1 (4 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 «сырым и убогим, увечным и больным» являлась церковь. Киевский князь Владимир Церковным уставом 996 г. официально вменил в обязанность духовенству заниматься общественным призрением, 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», «прядельных домов», «гошпиталей». То, что было заложено Петром I, продолжила Екатерина II. 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 помощь 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. фонДервиза, 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 здоровья. 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 (4 часа).

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

1.3.1 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.

1.3.2 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 абортами. 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 добрая 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 аборт и болезней, передаваемых половым путем, каждая десятая супружеская пара в нашей стране бесплодна.

Высокий уровень аборт, 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.

1.4 Лекция №4 (4 часа).

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

1.4.1 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.

1.4.2 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 помощь 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 "реинвалидации" 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, корригирующих 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.

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ЛАБОРАТОРНЫХ РАБОТ

2.1 Лабораторная работа №1 (4 часа).

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

2.1.1 Цель работы: научиться выявлять и анализировать основные статистические показатели деятельности учреждений, оказывающих специализированную помощь.

2.1.2 Задачи работы:

1. Научиться выявлять и анализировать статистические показатели деятельности учреждений психиатрического профиля.
2. Научиться выявлять и анализировать статистические показатели деятельности учреждений наркологического профиля.
3. Научиться выявлять и анализировать статистические показатели деятельности учреждений онкологического профиля.

2.1.3 Перечень приборов, материалов, используемых в лабораторной работе:

1. Пример отчетных форм «сведения о контингентах психически больных» (ф. 36); «сведения о деятельности стационара» (ф. 14);
2. Пример отчетных форм «сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами» (ф. 11); «сведения о больных алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией» (ф. 37);
3. Пример отчетных форм «сведения о больных злокачественными новообразованиями» (ф. 35); «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 заболеваемости произведем следующие расчеты по каждому профилю учреждений (психиатрический, наркологический, онкологический) заданным формулам:

1. Контингент больных
2. Первичная заболеваемость
3. Удельный вес лиц, обследованных на
4. Смертность от забелевания
5. Одногодичная летальность
6. Запущенность злокачественных новообразований (для онкологический больных)

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 призрения. 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 призрения, 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.
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: «Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях планирования семьи»

3.4.1 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.

3.4.2 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.

3.5 Семинарское занятие № 5 (4 часа).

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

3.4.1 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

3.4.2 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.