

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ**

Социальная работа в системе здравоохранения

Направление подготовки 39.03.02 Социальная работа

Профиль образовательной программы «Социальная работа в системе социальных служб»

Форма обучения *очная*

СОДЕРЖАНИЕ

1. Конспект лекций	3
1.1 Лекция № 1 Основные субъекты и объекты социальной работы в системе Здравоохранения	3
1.2 Лекция № 2 Учреждения психиатрического профиля в системе социальных служб здравоохранения	4
1.3 Лекция № 3 Социально-медицинская работа в педиатрии. Деятельность центров для детей с ограниченными способностями	6
1.4 Лекция № 4 Социально-медицинская работа в гериатрии	8
1.5 Лекция № 5 Социально-медицинская работа с эндокринологическими больными	10
1.6 Лекция № 6 Социальная работа в службах планирования семьи	12
1.7 Лекция № 7 Профилактическое направление социальной работы в системе здравоохранения в России	14
1.8 Лекция № 8 Регулирование социально-медицинских и этических проблем, гражданско-правовых отношений в системе здравоохранения	15
2. Методические указания по проведению семинарских занятий	17
2.1 Семинарское занятие № С-1 Основные субъекты и объекты социальной работы в системе здравоохранения	17
2.2 Семинарское занятие № С-2 Учреждения психиатрического профиля в системе социальных служб здравоохранения	17
2.3 Семинарское занятие № С-3 Специфика социальной работы в туберкулезных диспансерах	18
2.4 Семинарское занятие № С-4 Социально-медицинская работа в педиатрии. Деятельность центров для детей с ограниченными способностями	18
2.5 Семинарское занятие № С-5 Социальная работа в центрах наркологической помощи	18
2.6 Семинарское занятие № С-6 Социальная работа в службах планирования семьи	19
2.7 Семинарское занятие № С-7 Социальная работа с incurable больными в системе социальных служб здравоохранения	19
2.8 Семинарское занятие № С-8 Регулирование социально-медицинских и этических проблем, гражданско-правовых отношений в системе здравоохранения	20
2.9 Семинарское занятие № С-9 Организация системы здравоохранения в западных странах	20

1. КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ

1. 1 Лекция №1 (4 часа).

Тема: «Основные субъекты и объекты социальной работы в системе здравоохранения»

1.1.1 Вопросы лекции:

1. Цели и задачи социальной работы в системе здравоохранения.
2. Профессиональная компетентность социального работника в системе здравоохранения.
3. Уровни технологизации профессиональной деятельности специалиста по социальной работе в системе здравоохранения.

1.1.2 Краткое содержание вопросов:

1. Цели и задачи социальной работы в системе здравоохранения.

условиях политических, экономических и социальных трансформаций последнего двадцатилетия на фоне ухудшения показателей здоровья усугубились медико-социальные проблемы. Все это обуславливает объективную потребность в развитии новых эффективных технологий решения взаимосвязанных проблем медицинского и социального характера на качественно новом комплексно-интегративном уровне. Специалист социальной работы, участвующий в оказании медико-социальной помощи населению в учреждениях здравоохранения, фактически осуществляет медико-социальную работу - профессиональную мультидисциплинарную деятельность медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленную на восстановление, сохранение и укрепление здоровья. Она принципиально изменяет комплексную помощь в сфере охраны здоровья, так как предполагает системные медико-социальные воздействия на более ранних этапах развития болезней и социальной дезадаптации, потенциально ведущих к тяжелым осложнениям, инвалидизации и летальному исходу. Объектом социальной работы в здравоохранении являются различные контингенты лиц, имеющие выраженные медицинские и социальные проблемы, которые взаимно усиливают 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, матери, не достигшие 18-летнего возраста, многодетные и асоциальные семьи, пострадавшие от стихийных бедствий, больные СПИДом и др. Социальная работа в здравоохранении имеет много общего с медико-социальной помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом. Но при этом она не претендует на выполнение лечебно-диагностических функций, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и четкое разграничение функций между медицинскими и социальными работниками.

2. Профессиональная компетентность социального работника в системе здравоохранения.

Профессиональная компетентность социального работника – это специфическая способность индивида, необходимая для эффективного выполнения конкретных видов социальной работы на основе определенных профессионально важных личностных качеств, знаний, умений, навыков и ценностных ориентаций.

От уровня ее развития в значительной мере зависит успех, достижения или провалы в деятельности социального работника. Профессиональные и специальные компетенции направлены на формирование профессионального мастерства. Профессиональное мастерство социального работника представляет собой совокупность качеств, отражающих степень его квалификации, уровень знаний и навыков, готовности и

способности, связанные с осуществлением комплекса мер по социальной защите населения.

Сущность и традиции развития **профессионализма** в социальной работе определяются множеством факторов как экономического, социологического, так и психологического, этического, культурологического и иного характера. Профессионализм отражает радикальные изменения роли социальной работы в обществе, которая воспринимается как реакция на негативные преобразования в стране.

3. Уровни технологизации профессиональной деятельности специалиста по социальной работе в системе здравоохранения.

Социальные технологии направлены на решение трудностей отдельно взятого человека и всего общества. Понятие «технология» происходит от греческих слов «*techne*» ? искусство, мастерство, умение и «*logos*» ? учение, наука. Первоначально его использовали в системе технического знания для обозначения научной дисциплины или совокупности сведений о различных физико-механических, химических и других способах обработки сырья, полуфабрикатов и изделий в сфере общественного производства. Впоследствии оно получило широкое распространение и в других сферах общественной жизни: политической, экономической, социальной и др. Это, в свою очередь, привело к появлению во второй половине XX века нового понятия «социальная наука», которое ввел в научный оборот английский философ, социолог австрийского происхождения Карл Раймунд Поппер (Popper, Karl Raimund), (1902-1994).

Источником развития социальной технологии, по мнению К.Р. Поппера являются практические проблемы человека и общества. Социальная технология призвана, эффективно решать такие проблемы как бедность, безработица, потеря здоровья и т.д. В частности, К.Р. Поппер, предлагает следующее определение этому понятию – метод пробных попыток решить наши проблемы с помощью предположений (или озарений), контролируемых суровой критикой. Это – осознанно критическое развитие метода «проб и ошибок». Следовательно, критериями эффективности научного социального метода является ориентированность его на решение практических проблем, а также каждое научное предположение, выдвигаемое в социальной технологии, которое должно быть подвергнуто критическому анализу.

1. 2 Лекция №2 (2 часа).

Тема: «Учреждения психиатрического профиля в системе социальных служб здравоохранения»

1.2.1 Вопросы лекции:

1. Правовые аспекты социальной работы в психиатрии РФ.
2. Психиатрическое освидетельствование.
3. Психиатрическая экспертиза.
4. Организация социальной помощи психическим больным.

1.2.2 Краткое содержание вопросов:

1. Правовые аспекты социальной работы в психиатрии РФ.

Законом о психиатрической помощи предусмотрено установление для предприятий и учреждений квот на рабочие места для лиц с психическими расстройствами. В это же время было утверждено Положение об общежитиях для лиц с психическими расстройствами, которые утратили социальные связи. Согласно указанному Положению, эти общежития могут быть организованы в составе учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, в составе ЛПМ или предприятий, которые используют труд психически больных.

Психиатрическая служба перечисленных и других ведомств представлена главным образом специализированными кабинетами и отделениями, которые действуют в составе

медико-санитарных частей, больниц общего профиля и госпиталей.

Психиатрическую помощь в нашей стране отличают государственный характер (бесплатность), общедоступность, территориальный принцип оказания помощи и максимальная приближенность учреждений к населению, преемственность и специализация в работе учреждений разного уровня, что дает возможность больным разных возрастных групп с различными видами патологии получить квалифицированную помощь.

Государственный характер системы психиатрической помощи позволяет организовать статистический учет всех заболевших, что создает базу для планирования психиатрической помощи в стране. Каждый административный район страны имеет собственную психиатрическую службу, которая включает тот или иной перечень приведенных выше учреждений. Конкретный перечень учреждений и их мощность в каждом случае определяются местными географическими, социодемографическими и экономическими условиями. Территориальный принцип обслуживания населения диспансером и больницей позволяет обеспечивать преемственность в ведении больного, которого постоянно наблюдают два врача — один в условиях диспансера, другой — во время пребывания в больнице. Различные виды социореабилитационной помощи больные получают на всех этапах их лечения в зависимости от степени сохранности трудоспособности.

2. Психиатрическое освидетельствование.

Психиатрическое освидетельствование проводится при наличии информированного добровольного согласия обследуемого на его проведение. Психиатрическое освидетельствование несовершеннолетнего в возрасте до пятнадцати лет или больного наркоманией несовершеннолетнего в возрасте до шестнадцати лет проводится при наличии информированного добровольного согласия на его проведение одного из родителей либо иного законного представителя, а в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать информированное добровольное согласие, - при наличии информированного добровольного согласия на проведение психиатрического освидетельствования законного представителя такого лица. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя психиатрическое освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, извещает орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного о даче информированного добровольного согласия на проведение психиатрического освидетельствования подопечного не позднее дня, следующего за днем дачи указанного согласия.

3. Психиатрическая экспертиза.

Различают виды судебно психиатрической экспертизы в зависимости от состава экспертов:

- судебно-психиатрической экспертизы (один эксперт психиатр),
- комиссионная судебно-психиатрической экспертизы (двое и более экспертов психиатров),
- комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза,
- комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза,
- комплексная судебная нарколого-психиатрическая экспертиза,
- комплексная судебная психолого-сексолого-психиатрическая экспертиза.

По итогам судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) составляется

Заключение в письменном виде за подписью всех проводивших её экспертов и скрепляется печатью учреждения, в котором она проводилась. Срок составления

экспертного заключения — не более 10 дней после окончания экспертных исследований и формулирования экспертных выводов.

Заключение состоит из трех частей: вводной, исследовательской (включающей анамнестический раздел, описание соматического, неврологического и психического состояния, при комплексной экспертизе — психологического, сексологического состояния подэкспертного), выводов. Заключение судебно психиатрической экспертизы для суда необязательно и оценивается судом по правилам, установленным в статье 67 настоящего Кодекса. Несогласие суда с заключением должно быть мотивировано в решении или определении суда.

4. Организация социальной помощи психическим больным.

Основные положения концепции обеспечения качества психиатрической помощи рассматривают участие в процессе всех заинтересованных сторон [11].

– Лица, страдающие психическими расстройствами, нуждаются в высококачественном доступном лечении, которое удовлетворяет их потребности, способствует повышению уверенности в себе и ведет к улучшению функциональных возможностей.

– Члены их семей нуждаются в высококачественной помощи, в рамках которой они получают необходимую поддержку, знания и практические навыки по уходу за близкими и устранению собственного стрессового состояния.

– Работники служб психического здоровья и клиницисты обеспечивают стабильную, непрерывную и эффективную помощь и нуждаются в профессиональной подготовке.

– Службы психического здоровья нуждаются в адекватном ресурсном обеспечении (например, лекарственными препаратами, персоналом и стационарными койками) для нормального функционирования.

– Население нуждается в доступе к психиатрической помощи и повышении статуса психиатрического учреждения.

– Лица, формирующие политику, должны предложить эффективную по затратам психиатрическую помощь, чтобы не только купировать симптоматику заболевания, но и улучшать качество жизни людей с психическими расстройствами и населения в целом.

1. 3 Лекция №3 (2 часа).

Тема: «Социально-медицинская работа в педиатрии. Деятельность центров для детей с ограниченными способностями»

1.3.1 Вопросы лекции:

1. Факторы, влияющие на здоровье.
2. Социальная поддержка и медицинская помощь детям и подростков
3. Социально-гигиеническая характеристика семей.

1.3.2 Краткое содержание вопросов:

1. Факторы, влияющие на здоровье.

Многочисленные исследования показали, что факторами, обуславливающими здоровье, являются:

- биологические (наследственность, тип высшей нервной деятельности, конституция, темперамент и т. п.);
- природные (климат, ландшафт, флора, фауна и т. д.);
- состояние окружающей среды;
- социально-экономические;
- уровень развития здравоохранения.

Эти факторы влияют на образ жизни людей. Установлено также, что образ жизни примерно на 50 %, состояние окружающей среды на 15-20 %, наследственность на 15-20

% и здравоохранение (деятельность его органов и учреждений) на 10 % обуславливают здоровье (индивидуальное и общественное).

2. Социальная поддержка и медицинская помощь детям и подросткам

Социальная защита детей должна представлять собой завершенную систему, опирающуюся на сформированную нормативно-правовую базу, организационную структуру, работающую с разными группами населения (разными возрастными группами детей и подростков), с семьей, учителями, с лицами, взаимодействующими с детьми.

Социальная защита детства проявляется в разных сферах жизнедеятельности:

- в сфере семейных отношений;
- в сфере образования;
- в среде обитания ребенка.

Должен быть защищен, во-первых, определенный уровень жизни ребенка (витальные потребности, здоровье физическое и психическое), во-вторых, должна быть обеспечена безопасность (физическая, экономическая, социальная), в-третьих, право на самореализацию и развитие своих способностей и возможностей.

Права ребенка очерчены в Семейном кодексе РФ: право воспитываться в семье, право на защиту и обеспечение потребностей ребенка, на защиту здоровья, на проживание в помещении, где живет его семья, право на сохранение своей индивидуальности, право на имя, на общение с родными, а также право на собственность, алименты, пенсии, пособия, предусмотренные законом.

3. Социально-гигиеническая характеристика семей.

Семья – это группа лиц, связанных не только родством или свойством (родство через брак), но и общим бюджетом, жилищем и внутрисемейной взаимопомощью.

Условия жизни семьи в наше время связаны в первую очередь с социальным положением семьи, однако в создании тех или иных условий жизни немаловажное значение имеют такие характеристики, как состав семьи, тип семьи, однородная или разнородная семья по профессиональной занятости членов семьи, наличие в семье детей. Пенсионеров и другие важные характеристики. Они рожают факторы нематериального порядка, но сильно действующие на условия семейной жизни, влияющие на показатели здоровья семьи в целом и отдельных ее членов.

Структура семьи включает три основных элемента – это численность, состав, число поколений.

В определении потребностей семей отдельных групп населения в медико-социальных мероприятиях необходимо иметь данные о распределении семей по стадиям, так как семья на каждой стадии своего развития требует дифференцированного медико-социального воздействия.

Стадии развития семьи.

1 – подготовительная стадия к созданию семьи (период добрачного знакомства и «ухаживания»);

2 – эволюция семьи: а) образование семьи (брак), б) формирование семьи (от брака до рождения первого ребенка);

3 – созревание семьи: а) расширение семьи (начиная от рождения первого ребенка до рождения последнего ребенка); б) полное расширение - родители с детьми;

4 – сужение семьи (от ухода первого ребенка до ухода последнего ребенка);

5 – исчезновение семьи (смерть одного супруга, смерть второго супруга).

1. 4 Лекция №4 (2 часа).

Тема: «Социально-медицинская работа в гериатрии»

1.4.1 Вопросы лекции:

1. Первичная социально-медицинская помощь пожилым людям.
2. Социально-медицинские аспекты ухода за престарелыми.
3. Организационные формы социально-медицинского обслуживания пожилых граждан
- 4 Отделение социально-медицинского обслуживания на дому.
- 5 Теория и практика оккупациональной терапии в геронтологии.

1.4.2 Краткое содержание вопросов:

1. Первичная социально-медицинская помощь пожилым людям.

Постарение населения является одной из актуальных проблем современного общества. В настоящее время наблюдается негативные медико-демографические процессы, характеризующиеся увеличением численности людей старших возрастных групп в общей структуре населения большинства стран, в том числе и в России.

Процесс старения особым образом влияет на состояние здоровья человека. В первую очередь он сопровождается развитием возрастных изменений в организме. С возрастом снижается доля заболеваний, протекающих остро, и увеличивается число хронических заболеваний, которые носят множественный характер. Увеличивается риск возникновения ситуаций, требующих не только оказания медицинской, социальной и реабилитационной помощи, но и постороннего ухода.

Наряду с медико-социальными проблемами для данной категории граждан характерно наличие социальных и психологических проблем. Проблемы социального характера в основном связаны с низким уровнем материального достатка. Имеются трудности в приобретении лекарственных средств, медицинской техники (инвалидных колясок, протезов), оплате дорогостоящих видов медицинской помощи, реабилитации, санаторно-курортного лечения. Отмечается недостаточная материальная поддержка со стороны государства (предоставление пособий, льгот).

Окончание трудовой деятельности неизбежно приводит к сокращению социальных связей, возможности общаться с широким кругом людей. С.А. Суслин, 2001, отмечает, что особо остро данное обстоятельство переживают одинокие люди пожилого и старческого возраста. Возникает психологической проблемы – одиночества, во многом и определяет потребность в постороннем уходе, как в случае возникновения заболевания, так и в повседневной жизни.

2. Социально-медицинские аспекты ухода за престарелыми.

Медико-социальная помощь представляет собой комплекс мероприятий медицинского, социального, психологического, педагогического, реабилитационного и юридического характера, проводимый на государственном и региональном уровнях и направлена на удовлетворение основных потребностей социально уязвимой категории граждан (граждане пожилого возраста, а также люди с ограниченными возможностями – инвалиды). Данная помощь предоставляется стационарными учреждениями, как сферы здравоохранения, так и сферы социального обслуживания граждан.

В настоящее время наряду с понятием медико-социальная помощь, существует понятие социально-медицинская помощь. Медико-социальная помощь оказывается в стационарных учреждениях сферы здравоохранения, таких как отделения сестринского ухода. Она направлена на обеспечение лечебных мероприятий и ухода с целью восстановления и поддержания здоровья и способностей к самообслуживанию пациента. Целью социально-медицинской помощи является поддержание и улучшение состояния здоровья граждан пожилого возраста, осуществление реабилитационных мероприятий путем организации лечебно-оздоровительных мероприятий, предоставления медикаментов и медицинской техники, консультирования, содействия в своевременном получении квалифицированной медицинской помощи, а также решение других

социально-медицинских проблем жизнедеятельности. Данный вид помощи предоставляется в стационарных учреждениях социального обслуживания граждан пожилого возраста – домах-интернатах для престарелых и инвалидов. Таким образом, можно констатировать наличие общих черт в содержании медико-социальной и социально-медицинской помощи, а формулировка названия вида помощи определяет ее принадлежность к соответствующей сфере деятельности и отрасли народного хозяйства.

3. Организационные формы социально-медицинского обслуживания пожилых граждан

Возможности предоставления полного объема и удовлетворительного качества услуг государственными учреждениями, оказывающими медико-социальную помощь пожилым, в первую очередь, определяются финансовым положением учреждений. Е.П. Какорина, 2008, рассматривала возможные источники финансирования учреждений медико-социальной помощи и установила, что можно добиться достаточно серьезного ресурсного обеспечения данных учреждений. Основными источниками финансирования являются бюджетные средства здравоохранения и органов социальной защиты, средства пенсионного фонда и фонда социального страхования, а также благотворительные фонды, средства, получаемые от оказания платных услуг и «договорной деятельности»

4 Отделение социально-медицинского обслуживания на дому.

Медико-социальная помощь в нашей стране оказывается в двух основных формах – внестационарной и стационарной. По данным В.В. Егорова, 2007, внестационарная помощь оказывается в отделениях медико-социальной помощи, которые являются структурными подразделениями амбулаторно-поликлинических учреждений, специализированного диспансера, медико-санитарной части. Особую роль, по мнению С.В. Бровкина, 2005, играет стационарная помощь, предоставляемая в учреждениях, в которые можно госпитализировать пожилых пациентов нуждающихся в длительном уходе и наблюдении – от 1 до 3 месяцев и более (домах-интернатах, домах престарелых, гериатрических центрах, больницах, домах и отделениях сестринского ухода).

В своих работах Е.П. Какорина, А.Г. Роговина, С.Н. Чемякина, 2006, дали характеристику основным направлениям деятельности отделения по уходу за пожилыми и престарелыми людьми, открытого на базе лечебно-профилактического учреждения. Такие отделения предназначены для повышения качества обслуживания людей пожилого и старческого возрастов, а также для более рационального использования коечного фонда учреждения путем его дифференциации по степени интенсивности лечения и ухода. Основной целью отделений является оказание медицинской помощи пожилым пациентам с дефицитом самоухода, страдающим хронической соматической патологией, требующим медицинского наблюдения, оказания сестринской помощи, но не нуждающимся в интенсивном лечении в специализированных отделениях больницы.

5 Теория и практика оккупациональной терапии в геронтологии.

В своих работах Е.П. Какорина, А.Г. Роговина, С.Н. Чемякина, 2006, дали характеристику основным направлениям деятельности отделения по уходу за пожилыми и престарелыми людьми, открытого на базе лечебно-профилактического учреждения. Такие отделения предназначены для повышения качества обслуживания людей пожилого и старческого возрастов, а также для более рационального использования коечного фонда учреждения путем его дифференциации по степени интенсивности лечения и ухода. Основной целью отделений является оказание медицинской помощи пожилым пациентам с дефицитом самоухода, страдающим хронической соматической патологией, требующим медицинского наблюдения, оказания сестринской помощи, но не нуждающимся в

интенсивном лечении в специализированных отделениях больницы [26].

Федеральным законом от 02 августа 1995 г. № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов», предусмотрена возможность направления граждан пожилого возраста и инвалидов в стационарные учреждения, находящиеся в ведении социальной сферы (дома-интернаты для престарелых и инвалидов), при наличии соответствующего пакета документов и отсутствии медицинских противопоказаний (венерические заболевания, туберкулез в активной стадии процесса, злокачественно протекающие опухолевые заболевания).

1. 5 Лекция №5 (2 часа).

Тема: «Социально-медицинская работа с эндокринологическими больными»

1.5.1 Вопросы лекции:

1. Эпидемиологическая характеристика сахарного диабета.
2. Социально-медицинская работа с больными сахарным диабетом.
3. Формы и методы обучения больных сахарным диабетом.
4. Сент-Винсентская декларация.

1.5.2 Краткое содержание вопросов:

1. Эпидемиологическая характеристика сахарного диабета.

Сахарный диабет (СД) представляет серьезную медико-социальную проблему в здравоохранении, что обусловлено его высокой распространенностью, хроническим течением, определяющим накопление контингента больных СД, и высокой инвалидизацией. По результатам анализа международной статистики в настоящее время во всем мире насчитывается 246 млн. больных СД, причем около 50% приходится на наиболее активный и трудоспособный возраст - 49 - 50 лет. Ежегодно в мире регистрируется более 609 000 случаев вновь выявленного СД. Учитывая темпы роста распространенности этого заболевания, эксперты ВОЗ прогнозируют, что количество больных СД увеличится к 2030 г. в 1,5 раза и достигнет 380 млн. человек. Полученные данные позволили исследовательской группе экспертов ВОЗ сделать заключение о том, что распространенность данного заболевания во всем мире носит характер неинфекционной эпидемии (WHO, 1985; King H. et al., 1993). Важным обстоятельством является то, что фактическая распространенность СД 2 типа в 2-3 раза превышает регистрируемую по обращаемости. Постоянно возрастающее число больных, страдающих СД, естественным образом влияет на показатели смертности населения. Современная система медико-статистического наблюдения сахарного диабета сводится к получению данных о количестве больных находящихся на учете в лечебно-профилактических учреждениях страны и количестве больных, у которых диабет выявлен в течение отчетного года. Эти данные не позволяют оценить ни эпидемиологическую ситуацию в отношении диабета, ни качество лечебно-профилактической помощи больным и, соответственно, отсутствует информативная база для современного научно-обоснованного планирования специализированной помощи.

2. Социально-медицинская работа с больными сахарным диабетом.

Сахарный диабет - это социальное заболевание, поэтому больные нуждаются в решении многих вопросов медико-социального характера. Это прежде всего система лечебно-профилактических мероприятий, которые должны проводиться изо дня в день всю жизнь. Выполнение их подчас не под силу угнетенному болезнью, потерявшему надежду страдающему человеку. В выборе и соблюдении правильного режима питания, оптимальных физических нагрузок, личной гигиены, подборе и обеспечении больного необходимыми медикаментами большая роль принадлежит медико-социальным

работникам.

Совместные усилия больного и медико-социального работника способны значительно снизить возможность развития осложнений сахарного диабета и сохранить заболевшему на долгие годы профессиональную трудоспособность.

Поражение сосудов при сахарном диабете не является осложнением, а является особенностью течения болезни, его клиническим проявлением. Именно сосудистые нарушения у подавляющего числа больных приводят к тяжелым изменениям в сердце, нарушениям кровообращения в конечностях.

При сахарном диабете можно выделить ангиопатии следующей локализации: нижние конечности, почки, сердце, сетчатка глаза. Наиболее часто поражаются сосуды нижних конечностей.

Основным условием профилактики и успешного лечения сосудистых нарушений при диабете является достижение стойкой компенсации течения болезни.

Большая роль в профилактике осложнений сахарного диабета принадлежит медико-социальному работнику, который находится в тесном контакте с больным при медико-социальном патронаже.

3. Формы и методы обучения больных сахарным диабетом.

Существуют два типа диабета: тип I - инсулинзависимый и тип II - инсулиннезависимый.

На возникновение сахарного диабета I типа (диабет молодых, как правило, до 25-летнего возраста) существенное влияние оказывают внешние экологические факторы, а также наследственные и приобретенные.

В происхождении сахарного диабета II типа, который возникает в пожилом возрасте, основное значение имеют психоэмоциональные перегрузки, приводящие к постоянному повышению уровня сахара в крови с одновременным снижением выработки гормона инсулина. Наличие у больных ожирения является провоцирующим фактором для реализации генетической предрасположенности к сахарному диабету.

Инсулинзависимый диабет (тип I) - это болезнь, вызванная поражением определенных отделов поджелудочной железы, где вырабатывается инсулин. Болезнь сопровождается постоянным недостатком инсулина в крови. По этой причине больные, страдающие диабетом I типа, должны постоянно вводить недостающий инсулин путем ежедневных инъекций.

Инсулиннезависимый диабет (тип II) имеет совершенно другую причину. При этой форме болезни инсулина в крови достаточно, но организм его не усваивает, клетки и ткани не воспринимают инсулин. Часто этому препятствует ожирение больного или его малая физическая активность.

Обменные нарушения в организме больного при тяжелом течении сахарного диабета приводят к глубоким изменениям в организме и особенно в сердечно-сосудистой системе. Исследованиями установлено, что обменные нарушения при заболевании обусловлены специфическим изменением мелких сосудов. Это так называемая диабетическая микро- и макроангиопатия.

4. Сент-Винсентская декларация.

Сент-Винсентская декларация — в 1989 году в Сент-Винсенте (Италия) по инициативе Международной Диабетологической Федерации и Регионального Отдела ВОЗ в Европе для обсуждения вопросов лечения и изучения сахарного диабета встретились представители государственных органов здравоохранения, организаций пациентов из всех европейских государств и специалисты-диабетологи. Итогом этой встречи стало подписание Сент-Винсентской декларации.

Долгосрочные

- постоянное улучшение состояния здоровья лиц с сахарным диабетом и

приближение к среднестатистической продолжительности и качества жизни;

- предупреждение и лечение пациентов с сахарным диабетом и его осложнений путём интенсификации исследований.

На предстоящие 5 лет

- уменьшение на 1/3 и более числа новых случаев слепоты, связанных с осложнениями течения сахарного диабета;

- уменьшение на 1/3 числа пациентов с поздними стадиями почечной недостаточности;

- уменьшение на 1/2 числа ампутаций конечностей в результате осложнений сахарного диабета;

- уменьшение случаев заболеваемости и летальности в результате изменения коронарных сосудов сердца среди лиц с сахарным диабетом посредством активного снижения воздействия факторов риска;

обеспечение среди женщин с сахарным диабетом практически такого же уровня успешного вынашивания беременности, как у здоровых

1.6 Лекция №6 (2 часа).

Тема: «Социальная работа в службах планирования семьи»

1.6.1 Вопросы лекции:

1. Работа службы планирования семьи.
2. Социальные аспекты беременности в подростковом возрасте.
3. Правовое обеспечение планирования семьи.

1.6.2 Краткое содержание вопросов:

1. Работа службы планирования семьи.

По определению экспертов ВОЗ, термином "Планирование семьи" называются "те виды деятельности, которые имеют целью помочь отдельным лицам или супружеским парам достичь определенных результатов: - избежать нежелательной беременности; - произвести на свет желанных детей; - регулировать интервал между беременностями; - контролировать выбор времени деторождения в зависимости от возраста родителей и определять количество детей в семье.

Виды обслуживания, которые делают эту практику возможной, включают: - санитарное просвещение и консультирование по вопросам планирования семьи; - обеспечение противозачаточными средствами; - просвещение по вопросам семьи и брака; - организацию соответствующих служб и мероприятий, таких как генетические консультации, рентгенологическое исследование с целью выявления злокачественных опухолей, а также опекуны советы".

2. Социальные аспекты беременности в подростковом возрасте.

Поскольку в большинстве случаев беременность у подростков до 16 лет бывает незапланированной, они редко посещают кабинеты дородовой помощи [Вигу, 1985], появляясь там лишь во II или даже III триместре. Такая отсрочка объясняется поздним распознаванием признаков беременности в сочетании с нежеланием признаться родителям. Позднее обращение и нерегулярность менструального цикла, характерная для младшей возрастной группы беременных, затрудняет определение срока клиническими методами. Ультразвуковое сканирование после 20-й недели беременности не очень надежный путь для определения срока из-за вариабельности роста плода, поэтому точно установить продолжительность беременности очень сложно, а это — основа антенатальной помощи. Подростки неохотно посещают женскую консультацию, считая "унизительным и неприятным" находиться там вместе со взрослыми женщинами. Все это означает, что такие осложнения беременности, как задержка роста и гипертензия беременных, распознаются поздно, когда приобретают очень серьезный характер. Как

оказалось, положение можно улучшить, создав для подростков возможность посещать консультацию и занятия в специально отведенные дни [Black, 1986].

Неопределенность в сроке беременности также затрудняет интерпретацию результатов серологического исследования на трисомию 21. Результаты одного исследования в США [Philips et al, 1993] указывают, что если среди взрослых женщин с "положительной" серологической реакцией в 52,5 % случаев это объяснялось уточнением срока после ультразвукового сканирования, то у подростков эта цифра составляла 65,1 %.

Специфические проблемы дородового периода, характерные для подростков, включают высокую частоту гипертензии беременных, преждевременные роды, низкую массу ребенка при рождении и анемию.

3. Правовое обеспечение планирования семьи.

Правовые аспекты регулирования репродуктивной функции и планирования семьи изложены в международных документах. Наряду с другими фундаментальными правами репродуктивное здоровье человека предусмотрено во Всеобщей декларации прав человека. В ст. 11 отмечается "право на охрану здоровья и безопасность в рабочих условиях, включая репродуктивную функцию". Международная организация труда (МОТ) в Конвенции № 156 (1981) предусматривает защиту семьи, недопустимость вынужденной стерилизации для сохранения или получения работы, что рассматривалось бы как грубое нарушение прав человека. В Уставе ВОЗ отмечается, что "репродуктивное здоровье есть состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни". Декларация Всемирной медицинской ассоциации о медицинских абортах (1983) основополагающим принципом считает, что отношение к аборту лежит вне компетенции медицины, но врачи должны обеспечить защиту своим пациентам и уважать право женщины на самостоятельное решение вопроса о материнстве. Неоднозначность выбора определяется религиозными и нравственными позициями, причем любое решение требует уважения. На основании международных законов о правах человека сформулированы юридические основы поддержки проблемы репродуктивного здоровья в современной России. В ст. 38 Конституции РФ указано, что материнство и детство, семья находятся под защитой государства.

Вопросы, связанные с планированием семьи и регулированием репродуктивной функции женщины, регламентируются в нашей стране правовыми документами различного уровня. Правовые основания прерывания беременности наряду с другими видами медицинской деятельности по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека изложены в Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан. Раздел VII "Медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека" включает 3 статьи: об искусственном оплодотворении и имплантации эмбриона (ст. 35), искусственном прерывании беременности (ст. 36) и медицинской стерилизации (ст. 37).

Государство гарантирует права беременных женщин, наряду с другими группами населения. Этому посвящена ст. 23 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. В ней отмечается, в частности, что беременные женщины имеют право на обеспечение специализированной медицинской помощью в государственных и муниципальных лечебных учреждениях за счет средств целевых фондов и других источников. Женщины имеют право на получение пособия и оплачиваемого отпуска во время беременности и в связи с рождением ребенка, а также во время ухода за больными детьми в возрасте до 15 лет. В статье отмечаются и другие гарантии и льготы, более подробно изложенные в законодательстве РФ и республик в составе РФ, в правовых льготах субъектов Федерации, а также в документах федерального значения. Здесь уместно упомянуть Указ Президента РФ от 04.03 93 № 337 "О первоочередных задачах государственной политики в отношении женщин" (в ред. от 01.09.00), Федеральный закон от 24.08.95 № 152-ФЗ "О дополнительных мерах по охране материнства и детства" (с изм. от 30.12.01).

1. 7 Лекция №7 (4 часа).

Тема: «Профилактическое направление социальной работы в системе здравоохранения в России»

1.7.1 Вопросы лекции:

1. Теоретические аспекты профилактики как направления социальной работы.
2. Социально-медицинская профилактика.
3. Виды профилактических программ.

1.7.2 Краткое содержание вопросов:

1. Теоретические аспекты профилактики как направления социальной работы.

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

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

предотвращение возможных физических, психологических или социо-культурных коллизий у отдельных индивидов и групп риска;

сохранение, поддержание и защиту нормального уровня жизни и здоровья людей;

содействие им в достижении поставленных целей и раскрытии их внутреннего потенциала.

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

Социальная профилактика создает предпосылки для процесса нормальной социализации личности, основывающегося на приоритете принципов законности и морали. Этим самым закладывается фундамент благополучия в семьях и социальной стабильности общества в целом. В этой связи нельзя не согласиться с точкой зрения авторов «Российского энциклопедического словаря по социальной работе», что в профилактике нуждается все население. Однако есть и приоритетные направления ее применения, имеются категории населения, нуждающиеся в ней в большей мере. К таким социальным группам можно отнести детей, подростков, инвалидов, пожилых, лиц, отличающихся антисоциальным образом жизни, а также испытывающих временные трудности, и др. С учетом социального положения, статуса данных категорий населения, потребностей общества в предотвращении многих социальных проблем и строится профилактическая работа.

2. Социально-медицинская профилактика.

Профилактика - составная часть медицины. Социально-профилактическое направление в деле охраны и укрепления здоровья народа включает в себя медицинские, санитарно-технические, гигиенические и социально-экономические мероприятия. Создание системы предупреждения заболеваний и устранения факторов риска является важнейшей социально-экономической и медицинской задачей государства. Выделяют индивидуальную и общественную профилактику. В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии у человека рассматривают 3 вида профилактики.

Первичная профилактика - это система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность,

оздоровление окружающей среды и др.).

К первичной профилактике относят социально-экономические мероприятия государства по оздоровлению образа жизни, окружающей среды, воспитанию и др. Профилактическая деятельность обязательна для всех медицинских работников. Не случайно поликлиники, больницы, диспансеры, родильные дома называются лечебно-профилактическими учреждениями.

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

3. Виды профилактических программ.

Есть общая и специальная профилактика социальных отклонений□:

1) общесоциальное предупреждение — это комплекс социально- политических, экономических, правовых, идеологических, организационных мероприятий□, направленных на развитие экономического потенциала, повышение материального уровня жизни населения, культуры жизни граждан;

2) специальная профилактика — это предупреждение конкретных актов социально-отклоняющегося поведения (преступлений□, алкоголизма, наркомании и т. п.).

К числу важнейших видов профилактики, используемых в социальной□ работе, можно отнести:

профилактику девиантного поведения; профилактику безнадзорности и беспризорности; профилактику семейного неблагополучия и насилия; профилактику безработицы и др.

1.8 Лекция №8 (2 часа).

Тема: «Регулирование социально-медицинских и этических проблем, гражданско-правовых отношений в системе здравоохранения»

1.8.1 Вопросы лекции:

1.Гуманитарное направление в профессиональной деятельности специалиста социальной работе в системе здравоохранения.

2. Этический кодекс российского врача.

1.8.2 Краткое содержание вопросов:

1.Гуманитарное направление в профессиональной деятельности специалиста социальной работе в системе здравоохранения.

Проблема профессиональных рисков в социальной работе по-прежнему актуальна и мало изучена. Неоспоримо лишь, что постоянные стрессовые ситуации, в которые попадает социальный работник в процессе сложного социального взаимодействия с клиентом, постоянное проникновение в суть социальных проблем клиента, личная незащищенность и другие морально-психологические факторы оказывают негативное воздействие на здоровье социального работника, который является своего рода эмоциональным донором. Признаками этого негативного воздействия являются:

- ощущение эмоционального истощения;
- наличие враждебности по отношению к клиентам;
- наличие психосоматического заболевания;
- нарушение аппетита;
- негативная самооценка;

- возрастание агрессивности и чувства вины и др.

Отсюда очевидна необходимость привлечения внимания общественности, органов власти и самих социальных работников к проблеме предупреждения профессиональных заболеваний и реабилитации социальных работников. Социальные работники должны хорошо представлять профессиональные риски, их социально-психологическую и биологическую природу, иметь информацию о способах предупреждения такого рода заболеваний, правильно реагировать на их наличие. Социальный работник должен иметь представление о различных формах проявления психологического кризиса на том или ином этапе своей деятельности. Важнейшая задача органов управления, в ведении которых находятся социальные службы и учебные центры, осуществляющие подготовку и переподготовку социальных работников, — не столько содействие им в профессиональном развитии и продвижении по службе, а сохранение здоровья социальных работников, профилактика их профессиональных заболеваний, проведение консультаций относительно профессиональных рисков в социальной работе. Очень важно повышать психологическую культуру социальных работников и проводить психологические тренинги, консультации с ними. Социальные работники должны хорошо представлять себе профессиональные возможности и ограничения, постоянно учитывать свой психофизиологический и трудовой потенциал.

2. Этический кодекс российского врача.

Руководствуясь клятвой Гиппократата, принципами гуманизма и милосердия, документами Всемирной Медицинской Ассоциации по этике и законодательством РФ в части права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, декларируя определяющую роль врача в системе здравоохранения, учитывая особый характер взаимоотношений врача с пациентом и необходимость дополнить механизмы правового регулирования этих отношений нормами врачебной этики, декларируя, что каждый врач несет моральную ответственность перед медицинским сообществом за свою врачебную деятельность, а медицинское сообщество несет ответственность за своих членов перед обществом в целом, Ассоциация врачей России принимает настоящий Этический Кодекс российского врача.

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ

2.1 Семинарское занятие № 1 (2 часа).

Тема: «Основные субъекты и объекты социальной работы в системе здравоохранения»

2.1.1 Вопросы к занятию:

1. Цели и задачи социальной работы в системе здравоохранения.
2. Профессиональная компетентность социального работника в системе здравоохранения.
3. Уровни технологизации профессиональной деятельности специалиста по социальной работе в системе здравоохранения.

2.1.2 Краткое описание проводимого занятия:

- цели и задачи социальной работы в здравоохранении;
- на изменения в структуре системы здравоохранения на современном этапе;
- роль социальной работы в системе здравоохранения.

2.2 Семинарское занятие № 2 (2 часа).

Тема: «Учреждения психиатрического профиля в системе социальных служб здравоохранения»

2.2.1 Вопросы к занятию:

1. Психиатрические службы переход от чисто медицинской к психосоциальной модели оказания помощи.
2. Социальная работа в психиатрических учреждениях.
3. Социальное консультирование и тренинг.
4. Функциональные обязанности специалиста по социальной работе в учреждениях психиатрического профиля.

2.2.2 Краткое описание проводимого занятия:

- структура психиатрических учреждений;
- деятельность и роль специалиста по социальной работе в психиатрических учреждениях;
- ресоциализация клиентов психического профиля.

2.3 Семинарское занятие № 3 (2 часа).

Тема: «Специфика социальной работы в туберкулезных диспансерах»

2.3.1 Вопросы к занятию:

1. Этапы борьбы с туберкулезом в России.
2. Законодательные основы помощи больным туберкулезом в России.
3. социальная защита больных туберкулезом и специалистов, оказывающих противотуберкулезную помощь.
4. Этические аспекты работы с больными туберкулезом.

2.3.2 Краткое описание проводимого занятия:

Туберкулез как длительное хронически волнообразно текущее заболевание известен человечеству с древних времен. Чаще всего им заболевают социально незащищенные лица с иммунодефицитом, находящиеся в состоянии перманентного стресса.

2.4 Семинарское занятие № 4 (2 часа).

Тема: «Социально-медицинская работа в педиатрии. Деятельность центров для детей с ограниченными способностями»

2.4.1 Вопросы к занятию:

1. Сущность, содержание, цель деятельности центра.
2. Основные задачи центра.
3. Основные направления медико-социальной абилитации и реабилитации детей с ограниченными способностями.

2.4.2 Краткое описание проводимого занятия:

- специфика работы психолого-педагогических центров для детей с ограниченными возможностями;
- социально-медицинская работа центров.

2.5 Семинарское занятие № 5 (2 часа).

Тема: «Социальная работа в центрах наркологической помощи»

2.5.1 Вопросы к занятию:

1. Сеть учреждений социального обслуживания, занимающаяся профилактикой и решением наркологических проблем.
2. Группы повышенного риска развития наркологических заболеваний.
3. Профилактические программы.
4. Специализированные программы.

2.5.2 Краткое описание проводимого занятия:

- деятельность специалиста по социальной работе по профилактике и реабилитации наркозависимых пациентов;
- структура наркодиспансера.

2.6 Семинарское занятие № 6 (2 часа).

Тема: «Социальная работа в службах планирования семьи»

2.6.1 Вопросы к занятию:

1. Работа службы планирования семьи.
2. Социальные аспекты беременности в подростковом возрасте.
3. Правовое обеспечение планирования семьи.

2.6.2 Краткое описание проводимого занятия:

Проведение анализа современного состояния репродукции населения как социально-медицинского феномена. Исследование возможностей и перспективных направлений профессиональной деятельности специалиста по социальной работе в центре планирования семьи.

2.7 Семинарское занятие № 7 (2 часа).

Тема: «Социальная работа с инкурабельными больными в системе социальных служб здравоохранения»

2.7.1 Вопросы к занятию:

1. Специфика медицинской работы с онкологическими больными
2. Паллиативная помощь инкурабельным онкологическим больным
3. Организация хосписов как одно из мероприятий паллиативной помощи
4. Эвтаназия

2.7.2 Краткое описание проводимого занятия:

- Специфика медицинской работы с онкологическими больными.
- Паллиативная помощь инкурабельным онкологическим больным.
- Организация хосписов как одно из мероприятий паллиативной помощи.
- Эвтаназия

2.8 Семинарское занятие № 8 (4 часа).

Тема: «Регулирование социально-медицинских и этических проблем, гражданско-правовых отношений в системе здравоохранения»

2.8.1 Вопросы к занятию:

1. Правовое обеспечение деятельности учреждений социально-медицинской помощи.
2. Социальная, медицинская и экономическая эффективность здравоохранения.
3. Перспективы здравоохранения в России.

2.8.2 Краткое описание проводимого занятия:

Медицинская этика представляет собой одно из важных средств, обосновывающих многоуровневое социальное регулирование общественных отношений, возникающих в процессе оказания медицинской помощи населению.

Достаточное распространение получило определение, в соответствии с которым, врачебная этика является разновидностью профессиональной этики.

2.3 Семинарское занятие № 9 (2 часа).

Тема: «Организация системы здравоохранения в западных странах»

2.3.1 Вопросы к занятию:

1. Базовая модель системы здравоохранения в Европейских странах.
2. Элементы базовой модели системы здравоохранения в Европейских странах.
3. Группы клиентов системы здравоохранения.
4. Организация системы здравоохранения в России.

2.3.2 Краткое описание проводимого занятия:

- история развития организации системы здравоохранения в России и за рубежом;
- группы клиентов системы здравоохранения.