

Министерство образования и науки Российской Федерации
Амурский государственный университет

Л.З. Гостева

СОДЕРЖАНИЕ И МЕТОДИКА
СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ

Учебное пособие

Благовещенск
Издательство АмГУ
2011

ББК 65.272 я 73

Г 72

*Рекомендовано
учебно-методическим советом университета*

Рецензенты:

*Г.В. Никитин, профессор каф. философии, политологии и культурологи
БГПУ, канд. филол. наук;*

А.В. Дюмин, доцент кафедры социологии АмГУ, канд. социол. наук

Г 72 Гостева Л.З. Содержание и методика социально-медицинской работы. Учебное пособие / Л.З. Гостева. – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2011. – 96 с.

В пособии изложены теоретические основы социально-медицинской работы: направление деятельности органов социально-медицинской защиты, базовые модели социально-медицинской работы, права отдельных категорий граждан в области охраны здоровья граждан, медико-социальная экспертиза и реабилитация.

Рассмотрены технологии социально-медицинской работы с различными категориями граждан.

Учебное пособие предназначено для студентов высших учебных заведений по специальности «Социальная работа», преподавателей вузов и аспирантов, слушателей курсов повышения квалификации, а также для практических работников органов социальной защиты населения.

ББК 65.272 я 73

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в условиях усугубления социальных проблем в нашей стране, снижения показателей здоровья населения возрастает объективная потребность решения взаимосвязанных задач медицинского и социального характера на качественно новом уровне. Возникла необходимость создания новых форм и методов социальной помощи населению, которые обеспечивали бы гражданам комплексные социальные услуги в случае заболевания, утраты трудоспособности и способствовали решению связанных со здоровьем социальных проблем. Вследствие этого в 90-е гг., в России стала развиваться социально-медицинская работа как качественно новое направление социальной работы и вид профессиональной деятельности.

Из-за финансовых трудностей, система государственного здравоохранения уже не в состоянии выполнять в полном объеме те функции, которые выполняла ранее, уменьшается объём бесплатных услуг, ограничивается доступность этого вида медицинской помощи, в то же время растёт число заболевших. В таких условиях сохранение здоровья и жизни клиентов становится не только медицинской задачей, но и социальной. Отсюда вытекает необходимость сотрудничества между медицинскими и социальными службами в виде социально-медицинской работы.

Дисциплина «Содержание и методика социально-медицинской работы» входит в цикл специальных дисциплин для подготовки студентов по специальности «Социальная работа».

Программа дисциплины разработана в соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования.

Изучение данной дисциплины направлено на:

- овладение студентами технологий социально-медицинской работы как в учреждениях здравоохранения, так и не в медицинских учреждениях;
- изучение и умелое применение на практике нормативно-правовой документации, регламентирующей работу специалиста по социальной работе в области охраны здоровья граждан;
- уяснение студентами своих функциональных обязанностей в рамках деятельности социально-медицинской работы.

Целью дисциплины является: раскрытие теоретического представления об основах социально-медицинской работы и ее нормативно-правовой базы; формирование необходимого объема знаний о содержании и методике технологий такой работы в различных учреждениях и организациях; обучение студентов применять полученные знания в научно-исследовательской и практической деятельности.

Раздел 1.

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Тема 1. СОЦИАЛЬНО - МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА КАК ВИД ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

Здоровье человека, как известно, зависит всецело от характера взаимодействия его биологического начала, сформировавшегося в процессе длительной эволюции под влиянием факторов окружающей среды, и многочисленных социальных влияний. Эти две составляющие здоровья человека – биологическое и социальное – находятся в диалектическом единстве и тесной взаимосвязи.

Решая сходные проблемы, направленные на улучшение благосостояния общества и конкретного индивидуума, медицина и социальная работа используют различные методологические подходы.

Медицина преимущественно исследует анатомо-физиологическое состояние организма человека в целом и его отдельных систем, выявляя отклонения от физиологической нормы, диагностирует патологические изменения в организме, определяет причинно-следственные связи, лежащие в их основе, механизмы развития заболеваний. При этом используются различные методы для более полноценного восстановления организма, нормализация его физиологических процессов.

К задачам социальной работы относятся выявление ведущих факторов, оказывающих наиболее существенное влияние на здоровье человека, его социальную адаптацию, и генеалогического дерева, возможно, влияющих на состояние здоровья детей.

Однако профилактическая деятельность, осуществляемая медицинским персоналом, зачастую недостаточно эффективна, поскольку не затрагивает целый комплекс социальных проблем или решает их частично. При этом недостаточно изучается воздействие отдельных социальных факторов и их сочетаний на здоровье человека, практически не изучается экономическое состояние общества и семьи, в частности обеспеченность людей самым необходимым для жизни: жильем, работой, транспортом, продуктами питания; не проводятся исследования демографических показателей: заболеваемость, рождаемость, смертность, воспроизводство населения и т. д.; недостаточно учитывается экономическая обстановка местности проживания и ее влияние на здоровье человека.

Все это свидетельствует о возрастающей роли в системе здравоохранения нового вида профессиональной деятельности – социально-медицинской работы. Становление такого вида деятельности обусловлено ухудшением здоровья населения, потребовавшим решения проблем медицинского и социального характера на качественно новом уровне – на уровне социально-медицинской работы.

Из-за финансовых трудностей, система государственного здравоохранения уже не в состоянии выполнять в полном объеме те функции, которые выполняла ранее, уменьшается объём бесплатных услуг, ограничивается доступность этого вида медицинской помощи, в то же время растёт число заболевших. В таких условиях сохранение здоровья и жизни клиентов становится не только медицинской задачей, но и социальной. Отсюда вытекает необходимость сотрудничества между медицинскими и социальными службами в виде социально-медицинской работы.

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

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

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

Социально-медицинская работа (СМР) – это новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического, социально-правового характера, направленной на восстановление, сохранение и укрепления здоровья.

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

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

Специалист по социальной работе, оказывающий социально-медицинские услуги, является своего рода социальным врачом (лечение словом), его клиенты – больные, имеющие социальные проблемы.

В работе специалист по социальной работе решает вопросы улучшения показателей жизни своих клиентов – слабозащищенных слоев населения, нуждающихся в помощи. Но имеются и узкие профильные задачи по оказанию социально-медицинских услуг: организация доврачебной медицинской помощи и уход за больными, оказание необходимой социальной помощи умирающим, санитарно-гигиенические мероприятия, санитарное просвещение населения, услуги по уходу за больными и одинокими, как на дому, так и в условиях стационара с дневным пребыванием или пребыванием в реабилитационных, восстановительных отделениях и отделениях медицинской профилактики. Например, госпитали ветеранов ВОВ.

Роль социального работника в разрешении всего комплекса проблем клиента, связанных со здоровьем, оказывающегося в сложной жизненной ситуации должна быть координирующей. Так, если психолог имеет дело с психикой человека, врач – с состоянием его физического и психического здоровья, а юрист – с его правовым полем, то специалист по социальной работе воспринимает клиента, как целостного индивида в единстве его различных сторон.

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

- одинокие престарелые;
- инвалиды;
- длительно, часто и тяжело болеющие (диабетики, аллергики, астматики и пр.);
- лица с аддиктивным поведением (пьяницы, алкоголики, наркоманы и пр.);
- дети-сироты;
- юные матери;
- многодетные семьи;
- пострадавшие от стихийных бедствий;
- мигранты;
- беженцы;
- больные СПОДом и прочие.

Функции социально-медицинской работы весьма многочисленны:

- изучение жизни, труда населения, выявление групп риска, связанных с повышением заболеваемости, установление размеров необходимой медицинской помощи;
- предотвращение социальной и психологической напряжённости, профилактика психических срывов, психопрофилактика депрессивных состояний тоже относится к сфере социально-медицинских услуг;
- профилактика травматизма, а при необходимости, оказание первой и неотложной помощи пострадавшим;
- обучение по мере необходимости, правилам и навыкам ухода за больными, престарелыми, детьми;
- противостояние процессам дегуманизации;
- применение санитарно-гигиенических мер оздоровления; и т.д.

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

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

Так же как и медицинскую деятельность, так и социально-медицинскую работу нередко разделяют на первичную и вторичную.

Первичная социально-медицинская работа подразумевает восстановление у населения необходимости соблюдения здорового образа жизни, решение целого ряда социальных проблем общества, семьи, индивидуума, для достижения максимального возможного уровня здоровья.

Вторичная социально-медицинская работа предусматривает создание определенных социальных условий, позволяющих больному человеку без ущерба для здоровья лучше адаптироваться в социальной среде, быть полезным обществу, чувствовать себя личностью, а также решение целого ряда других социальных проблем (обеспеченность необходимым жилищными условиями, питанием, профессией, соответствующей здоровью, устранение вредных привычек – курение, злоупотребление алкоголем).

Социально-медицинская работа имеет много общего по своей сути с медицинской 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 сфер деятельности.

Обобщенные специальные функции можно разделить на три группы: медико-ориентированные, социально-ориентированные и интегрированные.

К медико-ориентированным функциям относят:

- организации медицинской помощи и ухода за больными;
- оказание медико-социальной помощи семье;
- медико-социальный патронаж различных групп;
- оказание медико-социальной помощи хронически больным;
- организация паллиативной помощи умирающим;
- предупреждение рецидивов основного заболевания, выхода на инвалидность, смертности (вторичная и третичная профилактика);
- санитарно-гигиеническое просвещение;
- информирование клиента о его правах на медико-социальную помощь и

порядке ее оказания с учетом специфики проблем и др..

К социально-ориентированным функциям относят:

- обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах здоровья и оказания медико-социальной помощи;
 - представление в органах государственной власти интересов лиц, нуждающихся в медико-социальной помощи;
 - содействие в предупреждении общественно опасных действий;
 - оформление опеки и попечительства;
 - участие в проведении социально-гигиенического мониторинга;
 - участие в создании реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры для нуждающихся категорий поселений;
 - обеспечение доступа клиентов к информации по вопросам здоровья, состояния среды обитания, качества продовольственного сырья и продуктов питания;
 - информирование клиентов о льготах, пособиях и других видах социальной защиты;
 - содействие клиентам в решении социально-бытовых и жилищных проблем, получение пенсий, пособий и выплат;
 - семейное консультирование и семейная психокоррекция;
 - психотерапия и психическая саморегуляция;
 - коммуникативный тренинг, тренинг социальных навыков и др.

Интегрированные функции включают в себя:

- комплексная оценка социального статуса клиента;
- содействие выполнению профилактических мероприятий социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья на индивидуальном, групповом, территориальном уровнях;
 - формирование установок клиента, группы, населения на здоровый образ жизни;
 - планирование семьи;
 - проведение медико-социальной экспертизы;
 - осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов;
 - проведение социальной работы в психиатрии, наркологии, онкологии, гериатрии, хирургии и других областях клинической медицины;
 - содействие предупреждению распространения ВИЧ-инфекций и обеспечение социальной защиты инфицированных и членов их семей;
 - социально-правовое консультирование;
 - организация терапевтических сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического, социально-правового характера;
 - участие в разработке комплексных программ медико-социальной помощи нуждающимся группам населения на разных уровнях;
 - обеспечение преемственности при взаимодействии специалистов смежных профессий в решении проблем клиентов и др.

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

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение понятию «социально-медицинская работа», охарактеризуйте цель и объекты социально-медицинской работы.
2. Определите место социально-медицинской работы среди смежных видов деятельности.
3. Перечислите контингенты социально-медицинской работы.

4. Перечислите и охарактеризуйте принципы социально-медицинской работы.
5. Перечислите и охарактеризуйте специальные функции социально-медицинской работы.

Тема 2. НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНОВ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЗАЩИТЫ

Социально-медицинскую работу можно условно разделить на две составляющие:

- а) социально-медицинскую работу профилактической направленности;*
- б) социально-медицинскую работу патогенетической направленности.*

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

Социально-медицинская работа профилактической направленности подразделяется на два вида: первичную и вторичную профилактику.

Задачей первичной профилактики является 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. Сюда же относится проведение медико-социальной экспертизы трудоспособности, определение трудового прогноза, изучение влияния социальных факторов (характер трудовой деятельности, экономическое состояние семьи, полноценность питания, обеспеченность пациентов жильем и пр.) на здоровье человека.

Важное направление социально-медицинской работы профилактической направленности – повышение уровня медицинского образования населения, формирование у него представления о здоровом образе жизни и его значения в предупреждении заболеваний. С этой целью используются телевидение, радио, печать, лекции, семинары, индивидуальная санитарно-просветительская работа и пр.

Вторым значимым направлением социально-медицинской работы профилактической направленности является выявление наиболее важных социальных факторов, оказывающих отрицательное влияние на здоровье человека, и непосредственное их устранение или уменьшение их влияния на организм: оказание материальной помощи малообеспеченным и многодетным семьям, патронаж «семей социального риска», оказание помощи клиентам в решении правовых проблем, обеспечение их питанием, лекарствами, соблюдение социальных гарантий, определенных Конституцией РФ.

Социально-медицинская работа, имеющая патогенетическую направленность, предусматривает осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов; проведение коррекции психического статуса клиента; создание реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры; обеспечение преемственности во

взаимодействии специалистов смежных профессий и др.

Степень восстановления социальной активности человека и его адаптационных ресурсов является своеобразным итогом социально-медицинской работы.

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

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

Любые услуги социальной защиты, так или иначе, защищают жизнь и здоровье обездоленных лиц. И действительно, распределяются ли благотворительные дары, обеспечиваются ли ночлегом бомжи, пересекаются ли наркомания, алкоголизм и другие порочные наклонности, ведется ли доставка лекарств, пенсий, проявляется ли просто участие или интерес к судьбе защищаемых людей – все это прямо или косвенно касается здоровья и жизни подопечных.

Среди разновидностей социальной работы предусмотрены и медицинские услуги. Речь идет не о врачебных манипуляциях, а о координационной работе, позволяющей охватить необеспеченных и оказавшихся вне общества лиц услугами, которые так или иначе связаны с защитой их здоровья, т.е. речь идет о так называемых медико-социальных услугах населению.

Социальный работник, находящийся в структуре медицинского учреждения, высвобождает лечащего врача от непрофильной работы: приема больных, обращающихся для решения медико-социальных вопросов (оформление справок, медицинских карт, выписывание рецептов лекарственных препаратов по социальным показаниям и пр.). Важным направлением социально-медицинской работы в здравоохранении является: планирование семьи, охрана материнства и детства, психотерапия, наркология, онкология и пр.

Социальный работник находит применение своим знаниям и умениям в таких структурах, как дневной стационар при поликлиниках, стационар на дому для наблюдения за больными после так называемой «ранней» выписки из хирургического стационара, отделения для долечивания, реабилитационные центры.

Специалист социального профиля формирует у населения определенные правила поведения, здоровые привычки, что способствует предупреждению хронических заболеваний, повторных обострений, прогрессирования уже имеющегося заболевания, развития осложнений и неблагоприятных исходов.

Таким образом, в компетентность социальных работников входят обязанности по изучению условий жизни курируемого населения, выявление участков с неполным набором медицинских услуг, помощь в поиске места жительства, поддержка усилий социального плана, направленных на улучшение качества жизни, обеспечение здорового досуга, профилактика травматизма, обучение семей навыкам ухода за больными и многое другое.

Направления деятельности медико-социальных работников обширны. Приведем несколько примеров.

1. Больные трудоспособного возраста после травм, ставшие инвалидами, нуждаются в социальной помощи при организации восстановительного лечения; в

адаптации к жилищно-бытовой среде в соответствии с ограниченными возможностями; в приобретении новой профессии и трудоустройстве.

2. Пожилые люди и старики. В настоящее время объективно установлено, что прекращение профессиональной деятельности в связи с выходом на пенсию приводит к ухудшению физического и психического состояния у 55% мужчин и 60% женщин. Задача социального работника, вооруженного знаниями о психофизиологических особенностях стареющего организма, определить степень участия в трудовой деятельности вышедшего на пенсию пожилого человека; помочь ему адаптироваться к новым условиям жизни; содействовать в определении режима питания, физической активности, формированию активного образа жизни. Для пожилых людей наиболее важно сохранить способность к нормальной жизнедеятельности, т.е. к самообслуживанию, и поэтому их основными характеристиками следует считать:

- **степень подвижности;**

- **степень самообслуживания.**

По данным исследования, 8% лиц, старше 60 лет самостоятельно не выходят из квартиры, особенно в холодное время года, 8% не могут без чужой помощи помыться, постричь ногти, 58% пенсионеров оценивают свое здоровье как плохое, 10% - как очень плохое, 11% вызывают скорую помощь более 2-3 раз в месяц, 74% постоянно принимают лекарства, 49% нуждаются в зубном протезировании и в подавляющем большинстве своем не согласны получать платные медицинские и социально-бытовые услуги.

Количество старых

3. В медико-социальной защите нуждаются семьи, имеющие инвалидов и больных с тяжелыми хроническими заболеваниями, инкурабельных больных. Важным этапом деятельности социального работника является разработка программы поддержки членов семей, родственников, друзей на всех этапах умирания близкого человека (например. Создание групп самопомощи и взаимопомощи); содействие в оформлении документов.

4. Неполные, многодетные, опекунские, молодые, остро нуждающиеся, получающие пенсию по потере кормильца и другие малообеспеченные семьи. Социальный работник должен курировать женщин после родов, особенно из неблагополучных семей. Молодые женщины в послеродовом периоде по различным причинам, часто социального характера, не обращают должного внимания своему здоровью, что может способствовать развитию заболеваний женской половой сферы и отразиться на ее репродуктивной функции.

Рождение ребенка в неполной семье (внебрачный ребенок), рождение второго ребенка, прерывание беременности, продолжение учебы (работы) или ее прекращение ввиду опасности осложнения беременности – все эти вопросы входят в компетенцию социального работника.

5. Своевременное выявление детей из неблагополучных семей, асоциальных семей, диспансерное наблюдение с момента рождения, направление в ясли, детский сад, при необходимости в санатории, школы для трудновоспитуемых или для детей с задержкой психического развития позволяет предотвратить аномальные явления (курение, алкоголизм, наркомания) и дает возможность внедрить в социальный жизненный процесс элементы здорового образа жизни.

Таким образом, акцент в работе при оказании медико-социальной помощи делается на изучении особенностей жизнедеятельности населения территориального участка, и на основе анализа полученных данных проводятся соответствующие мероприятия.

Из-за финансовых трудностей система государственного здравоохранения уже не в состоянии выполнять в полном объеме те функции, которые выполняла ранее. Уменьшается объем бесплатных услуг, ограничивается доступность медицинской помощи. В то время как растет число лиц, заболевших «старыми» болезнями (туберкулез, дифтерия, венерические болезни и др.), появились новые (СПИД, наркомания,

«нетипичная пневмония», «птичий грипп» и др.). В таких условиях обеспечить неимущее население необходимым минимумом медицинских услуг – задача социального работника.

Отказ от общественной системы, где главным лозунгом был: «Человек человеку – друг, товарищ и брат», и переход к системе накопительства и потребительского отношения к жизни повысил риск скатывания общества к эгоизму, самоизоляции, бездуховности. Одиночество и духовная разьединенность – еще одна угроза неимущим гражданам. На фоне нищеты невнимание окружающих воспринимается особенно болезненно, ведет к депрессии – вплоть до самоубийства. Забота об одиноких людях – еще одно направление медико-социальной работы.

Таким образом, медико-социальные услуги – это спасательный мостик, компромисс между медицинскими и социальными службами.

В связи с таким положением подготовка кадров социально-медицинского плана имеет огромное значение. Ведь образ жизни (прежде всего быт, его условия, социальное окружение) формируют 50% здоровья человека. Доля здравоохранения в формировании здоровья населения составляет лишь 10%.

Контрольные вопросы:

1. Перечислите направление деятельности органов социально-медицинской защиты.
2. Охарактеризуйте мероприятия социально-медицинской работы профилактической направленности.
3. Охарактеризуйте мероприятия социально-медицинской работы патогенетической направленности.

Тема 3. БАЗОВАЯ МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ. ПРАВА ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Построение базовой 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.

Второе. В работе с каждой из перечисленных групп клиентов специалист выполняет два блока основных мероприятий: медико-социальную работу профилактической направленности; медико-социальную работу патогенетической направленности.

Базовая модель медико-социальной работы с клиентами группы повышенного риска.

В каждом конкретном случае это могут быть самые разнообразные группы населения. Так, если медико-социальная работа проводится в направлении профилактики СПИДа среди населения, то группу повышенного риска составят наркоманы, проститутки, гомосексуалисты. При проведении медико-социальной работы по профилактике наркомании в группу риска войдут дети и подростки из социально-дезадаптированных семей, бездомные дети, дети и подростки с девиантным поведением.

Медико-социальная работа по профилактике туберкулеза предполагает формирование группы повышенного риска из числа лиц без определенного места жительства, клиентов пенитенциарной системы, из малообеспеченных семей и пр.

Базовая модель медико-социальной работы с членами семей, а также ближайшим окружением клиентов повышенного риска

Определяя этот уровень как самостоятельный, следует исходить из двух принципиальных положений. Во-первых, для обеспечения эффективного взаимодействия

с клиентом, обязательным условием для социального работника является, его сотрудничество с членами семьи и ближайшим окружением. Речь идет о вовлечении их в деятельность сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного характера; содействию сохранению семенных связей, решению жилищно-бытовых, материальных и других проблем. Во-вторых, необходимо определить профилактические мероприятия, которые сможет выполнять новый специалист, что является особенно важным в условиях дефицита финансовых средств и снижения объема государственных профилактических мер.

Таким образом, при построении базовой модели следует исходить из необходимости поиска оптимальных и наиболее эффективных мер медико-социальной работы.

Базовая модель медико-социальной работы с длительно, часто и тяжело болеющими клиентами

Решение медицинских проблем у этих групп сопряжено с тяжестью заболевания, его осложнениями и последствиями. У клиентов данной группы имеется постоянная потребность в значительном объеме медико-социальной помощи.

Специалист по социальной работе осуществляет координацию действий различных специалистов: участкового терапевта, педиатра, геронтолога, психиатра, нарколога, психолога и юриста.

Существенным на данном уровне является вопрос о возможной передаче части функций медицинских работников социальным работникам.

Базовая модель медико-социальной работы с группой больных с выраженными социальными проблемами

К числу таких клиентов в первую очередь следует отнести социально-дезадаптированные группы населения: больные из числа лиц без определенного места жительства, мигранты, беженцы, бывшие заключенные, беспризорные дети, одинокие старики, матери-одиночки и прочие.

Медико-социальное обслуживание таких клиентов связано с рядом проблем: отсутствие постоянного места жительства, условий для эффективного амбулаторного лечения, материальные проблемы, неустроенность быта и пр.

Базовая модель медико-социальной работы с инвалидами

Сложившаяся в стране система помощи инвалидам не была ориентирована на их интеграцию в общество. Многие годы основными принципами государственной политики в отношении инвалидов были принципы компенсации и изоляции.

Компенсация состояла в предоставлении инвалидам материальной помощи в виде пенсий, пособий, льготного пользования общественным и личным транспортом, социально-бытового обслуживания на уровне физиологического выживания.

Принцип изоляции заключался в формировании систем жизнедеятельности инвалидов в виде домов-интернатов, специализированных школ, предприятий, жилых комплексов и пр.

В современных условиях в социальной политике государства по отношению к инвалидам произошел пересмотр важнейших положений в определении понятий «инвалидность» и «инвалид». Социальная защита инвалидов законодательно характеризуется как «система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условий для преодоления, замещения ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества».

В рамках проводимых реформ в системе органов социальной защиты населения создается сеть учреждений государственной службы медико-социальной экспертизы нуждающихся в этом лиц. Основными задачами таких учреждений являются: определение инвалидности, группы инвалидности, ее причин, сроков и времени наступления,

разработка индивидуальных программ реабилитации и дальнейшего трудоустройства инвалидов.

Права отдельных категорий граждан в области охраны здоровья

Важнейшим документом, регламентирующим медико-социальную работу, является «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993 г.).

В основах законодательства РФ об охране здоровья граждан оговорено права гражданина на медико-социальную помощь, которая оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения.

При заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую, зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности. Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственных учреждениях здравоохранения. Граждане имеют право на дополнительные медицинские и другие услуги на основе программ добровольного медицинского страхования. Граждане имеют право на медицинскую экспертизу, в том числе независимую, которая производится по их личному заявлению. Работающие граждане имеют право на пособие при карантине в случае отстранения их от работы санитарно-эпидемиологической службой вследствие заразного заболевания лиц, окружавших их. Если карантину подлежат несовершеннолетние, пособие выдается одному из родителей или иному члену семьи. Работающие граждане в случае болезни имеют право на три дня неоплачиваемого отпуска в течение года, который предоставляется по личному заявлению гражданина без предъявления медицинского документа, удостоверяющего факт заболевания.

Права семьи. Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на бесплатную консультацию по вопросам планирования семьи, наличия социально-значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, медико-генетические консультации с целью предупреждения возможных наследственных заболеваний у потомства. Семья имеет право на выбор семейного врача. Одному из родителей или иному члену семьи по усмотрению родителей предоставляется право в интересах лечения ребенка находится вместе с ним в больничном учреждении в течение всего времени его пребывания, независимо от возраста ребенка, с выдачей листка нетрудоспособности. Пособие при карантине, по уходу за больным ребенком в возрасте до семи лет выплачивается одному из родителей или иному члену семьи за весь период карантина, амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребенком в больничном учреждении, а пособие за больным ребенком в возрасте старше семи лет выплачивается за период не более 15 дней.

Права несовершеннолетних. Несовершеннолетние в возрасте старше 15 лет имеют право на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него.

Несовершеннолетние с недостатками физического или психического развития по заявлению родителей или лиц, их заменяющих, могут содержаться в учреждениях системы социальной защиты за счет средств бюджетов всех уровней, а также за счет средств родителей или лиц, их заменяющих.

Права граждан пожилого возраста. Граждане пожилого возраста имеют право на медико-социальную помощь на дому, в учреждениях системы здравоохранения, а также в учреждениях систем социальной защиты населения и на лекарственное обеспечение, в том числе на льготных условиях.

Граждане пожилого возраста на основании медицинского заключения имеют право на санаторно-курортное лечение и реабилитацию бесплатно или на льготных условиях за счет средств социального страхования, органов социальной защиты населения.

Права пациента. Пациент имеет право на: уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала, выбор врача, обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям, проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов, облегчение боли, связанной с заболеванием. В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой к руководителю лечебно-профилактического учреждения.

Каждый гражданин имеет право на получение информации о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе. Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли.

Граждане, пострадавшие при чрезвычайной ситуации, имеют право на получение бесплатной медицинской помощи, санаторно-курортного и восстановительного лечения, проведение противозидемических мероприятий по преодолению последствий чрезвычайной ситуации.

Гражданам РФ, проживающим в районах, признанных экологически неблагоприятными, гарантируются бесплатная медицинская помощь, медико-генетические консультации при вступлении в брак, а также санаторно-курортное и восстановительное лечение, обеспечение иммунобиологическими препаратами.

Гражданам, пострадавшим при спасении людей и оказании медицинской помощи в условиях чрезвычайной ситуации, гарантируются бесплатное лечение, включая санаторно-курортное лечение, а также материальная компенсация в порядке, установленном законодательством.

Права инвалидов. Инвалиды, в том числе дети-инвалиды и инвалиды с детства, имеют право на медико-социальную помощь, реабилитацию, обеспечение лекарствами, протезами, протезно-ортопедическими изделиями, средствами передвижения на льготных условиях, а также на профессиональную подготовку и переподготовку.

Нетрудоспособные инвалиды имеют право на уход на дому, на содержание в учреждениях системы социальной защиты населения.

Вторым основополагающим правовым документом стал Федеральный закон «**О государственной социальной помощи**». Этот закон определяет социальное обслуживание как деятельность служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических услуг и материальной помощи, проведению социальной реабилитации и адаптации.

Правовой основой медико-социальной работы являются также законы:

- «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов»;
- «О социальной защите инвалидов РФ»;
- «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;
- «Ветеранах».

Льготные медико-социальные услуги

Дополнительная бесплатная медицинская помощь предусматривает обеспечение необходимыми лекарственными средствами и предоставление при наличии показаний путевки на санаторно-курортное лечение.

Категории граждан, имеющие право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг:

1. инвалиды войны:

- участники ВОВ, ставшие инвалидами, приравненные к инвалидам войны;
- военнослужащие и сотрудники органов внутренних дел, противопожарной службы, учреждений исполнительной системы, ставшие инвалидами вследствие ранения, полученного при исполнении обязанностей;

- бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, и др. мест принудительного содержания, созданных фашистами, признанные инвалидами вследствие общего заболевания.

2. ветераны боевых действий:

- военнослужащие, в том числе уволенные в запас, военнообязанные, призванные на военные сборы, сотрудники органов государственной безопасности, сотрудники учреждений и органов уголовно-исполнительной системы, противопожарной службы, принимавшие участие в соответствии с решениями органов государственной власти РФ в боевых действиях на территории РФ;

- военнослужащие, в том числе уволенные в запас, военнообязанные, призванные на военные сборы, сотрудники органов государственной безопасности, сотрудники учреждений и органов уголовно-исполнительной системы, противопожарной службы, принимавшие участие в соответствии с решениями органов государственной власти РФ в боевых действиях на территории СССР и территориях других государств в период с 10 мая 1945 г. по 31 декабря 1951 г.;

- военнослужащие автомобильных батальонов, направляющиеся в Афганистан в период ведения там боевых действий для доставки грузов;

- военнослужащие летного состава, совершавшие с территории СССР вылеты на боевые задания в Афганистан в период ведения там боевых действий.

3. лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда».

4. лица, работающие в период ВОВ на объектах противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота.

5. члены семей погибших инвалидов войны, участников ВОВ и ветеранов боевых действий, а также погибших в плену или признанных в установленном порядке пропавшими без вести в районах боевых действий.

6. инвалиды I, II, III группы и дети инвалиды.

7. лица, подвергшиеся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, а также вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне.

Обеспечение лекарственными средствами

Многие граждане России пользуются правом на льготное обеспечение лекарственными средствами. При лечении в стационарных лечебных учреждениях независимо от продолжительности лечения лекарства выдаются бесплатно.

Категории граждан, имеющие право на получение государственной социальной помощи в виде льготного лекарственного обеспечения:

1. инвалиды и участники Великой Отечественной войны;

2. ветераны боевых действий;

3. члены семей погибших инвалидов войны, участников ВОВ и ветеранов боевых действий;

4. инвалиды, имеющие I, II и III степень ограничения способности к трудовой деятельности; дети-инвалиды;

5. лица, подвергшиеся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, а также вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне.

За предоставлением необходимых лекарственных средств граждане должны обратиться в лечебно-профилактические учреждения, которые оказывают первичную медико-санитарную помощь. В регистратуре заводится «Медицинская карта амбулаторного больного» или «История развития ребенка» с маркировкой и указанием страхового номера индивидуального лицевого счета.

При обращении в ЛПУ граждане должны предъявить документ, удостоверяющий личность, и документ, подтверждающий право на получение набора социальных услуг (удостоверение участника ВОВ, справка об инвалидности и пр.) и медицинский полис обязательного страхования граждан.

Врачи ЛПУ выписывают рецепт установленной формы на лекарственные средства. В случае недостаточности лекарственной терапии при лечении отдельных заболеваний по жизненно важным показаниям могут применяться иные лекарственные средства по решению врачебной комиссии, утвержденному главным врачом ЛПУ.

В случае временного отсутствия лекарственных средств, необходимых гражданину, аптечное учреждение организует в течение 10 рабочих дней с даты обращения его отсроченное обслуживание или осуществляет отпуск аналогичного лекарственного средства взамен выписанному рецепту.

Законодательством устанавливается также перечень заболеваний, при которых лекарственная помощь оказывается бесплатно: церебральный паралич; ВИЧ-инфицирование; онкологические заболевания; туберкулез; бронхиальная астма; инфаркт миокарда; диабет; глаукома и некоторые др. заболевания.

Контрольные вопросы:

1. Назовите основные положения построения базовой модели социально-медицинской работы.
2. Какие проблемные группы выделяют среди населения для проведения медико-социальной работы?
3. Перечислите направления социально-медицинской работы с клиентами повышенного риска заболеваний.
4. Перечислите направления социально-медицинской работы с клиентами повышенного риска заболеваний.
5. Перечислите направления социально-медицинской работы с членами семей и ближайшим окружением клиентов повышенного риска заболеваний.
6. Перечислите направления социально-медицинской работы с группой длительно, часто и тяжело болеющих людей.
7. Перечислите направления социально-медицинской работы с группой больных с выраженными социальными проблемами.
8. Назовите основные принципы социально-медицинской работы с инвалидами.
9. Перечислите законы, которые определяют правовые основы социально-медицинской работы.
10. Перечислите категории граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг.
11. Перечислите категории граждан, имеющие право на получение государственной социальной помощи в виде льготного лекарственного обеспечения.

Раздел 2.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Тема 1. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА

В своей практической деятельности врачам всех специальностей часто приходится решать вопрос о трудоспособности больного, определять степень и длительность нетрудоспособности, наступившей вследствие заболевания, несчастного случая или других причин.

Экспертиза нетрудоспособности – это медицинское исследование трудоспособности человека, проводимое с целью определения степени и длительности его нетрудоспособности.

Причины нетрудоспособности: заболевания, травмы, до- и послеродовой период, карантин, уход за больными и пр.

Виды нетрудоспособности: различают временную и стойкую нетрудоспособность (инвалидность). В зависимости от степени потери нетрудоспособности различают полную и частичную нетрудоспособность. *При полной нетрудоспособности* человек не может и не должен выполнять никакую работу и нуждается в специальном лечебном режиме.

Частичная нетрудоспособность считается тогда, когда человек без ущерба для здоровья может выполнять прежнюю или иную работу, но в других условиях и в не полном объеме.

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

1. Экспертиза временной нетрудоспособности

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

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

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

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

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

2. Медико-социальная экспертиза стойкой нетрудоспособности (инвалидности)

Инвалидность или стойкая нетрудоспособность это длительная или постоянная потеря нетрудоспособности, возникающая вследствие хронического заболевания или травмы, приведших к значительному нарушению функций организма.

Инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием или травмой, приводящее к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

Медико-социальная экспертиза устанавливает причину и группу инвалидности, степень утраты трудоспособности граждан, определяет виды, объем и сроки проведения их реабилитации и меры социальной защиты, дает рекомендации по трудовому устройству граждан.

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

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

В состав МСЭК входят три врача различных специальностей, специалист по реабилитации, специалист по социальной работе, психолог.

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

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

Лицу, признанному в установленном порядке инвалидом, выдается справка, подтверждающая факт установления инвалидности, и индивидуальная программа реабилитации. В случае несогласия больного с экспертным решением, больной может обжаловать это решение, подав письменное заявление в МСЭК, проводящее освидетельствование, в главное бюро МСЭК или в орган социальной защиты населения.

Лицо без определенного места жительства принимается на МСЭК по направлению органа социальной защиты населения.

3. Военно-врачебная экспертиза

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

Порядок организации и производства военно-врачебной экспертизы, а также требования к состоянию здоровья граждан, подлежащих призыву на военную службу, поступающих на военную службу по контракту, и военнослужащих устанавливаются Правительством Российской Федерации.

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

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

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

4. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы

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

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

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

Положение о независимой медицинской экспертизе утверждается Правительством Российской Федерации.

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

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

Группы инвалидности:

Первая группа инвалидности устанавливается больным, которые не могут себя обслуживать и нуждаются в постоянной посторонней помощи, уходе или надзоре.

Вторая группа устанавливается при выраженных нарушениях функций организма, не вызывающих полной беспомощности. К этой группе относятся лица, у которых наступила постоянная или длительная полная нетрудоспособность, но которые не нуждаются в постороннем уходе.

Третья группа инвалидности устанавливается при значительном снижении трудоспособности, когда по состоянию здоровья необходим перевод на работу по другой специальности, необходимы значительные изменения условий работы по своей профессии.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение понятию «экспертиза нетрудоспособности». Перечислите виды и причины нетрудоспособности.
2. Перечислите виды медико-социальной экспертизы состояния здоровья человека и степени нетрудоспособности.
3. Как осуществляется экспертиза временной нетрудоспособности?
4. Какими документами удостоверяется временная нетрудоспособность?
5. При каких обстоятельствах врач вправе выдать больничный лист?
6. Что означает «стойкая нетрудоспособность».
7. Перечислите и охарактеризуйте группы инвалидности.
8. Охарактеризуйте правила направления пациента на медико-социальную экспертизу.
9. Что входит в задачи бюро медико-социальной экспертизы?

Тема 2. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Реабилитация – это система государственных социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических и психологических мероприятий, направленных на предупреждение патологических процессов, ведущих к временной и стойкой утрате трудоспособности и на возвращение больных и инвалидов к общественно-полезному труду.

Реабилитация - это восстановление.

Государственная политика в области реабилитации в нашей стране основывается на следующих **принципах**:

- государственный характер гарантий соблюдения прав инвалидов в области реабилитации;
- приоритет интересов инвалидов при проведении реабилитационных мероприятий;

- доступность мероприятий, проводимых в соответствии с индивидуальной программой реабилитации;
- последовательность этапов реабилитационных мероприятий;
- многообразие форм и методов реабилитации.

Реабилитация тесно связана с восстановительным лечением и адаптацией.

Адаптация – это приспособление организма к окружающим условиям с использованием резервов организма.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида – это комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мер, направленных на восстановление и компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, в конечном итоге – на интеграцию инвалида в жизнь общества.

В индивидуальной программе отражены все виды реабилитации и в каждой из них указываются способы реализации программы.

Например, в медицинской реабилитации используются медикаментозное лечение, диспансерное наблюдение, санаторно-курортное лечение. Социальная реабилитация предполагает обучение навыкам самообслуживания, специальное оборудование жилья и пр. Профессиональная реабилитация включает в себя профориентацию, профобучение и трудоустройство.

Сроки проведения реабилитационных мероприятий также индивидуальны. В конце реабилитационного периода необходимо заключение об эффективности той или иной формы реабилитации.

В случае необходимости программа реабилитации может быть откорректирована. Социальный работник в процессе социальной работы по реализации программы реабилитации должен составить наиболее рациональные планы по реабилитации.

Виды реабилитации. Реабилитация является наиболее эффективным направлением социальной защиты инвалидов, т.к. именно она позволяет восстановить и компенсировать нарушенные или утраченные способности инвалидов.

Программа медицинской реабилитации включает мероприятия, услуги, технические средства реабилитации, необходимые для устранения причин обуславливающих инвалидность.

Программа профессиональной реабилитации, которая составляется для лиц в возрасте 14 лет и старше, представляет собой комплекс мер, направленных на восстановление профессиональной трудоспособности инвалидов, на достижение инвалидов материальной независимости. Профессиональная реабилитация включает в себя экспертизу возможных профессиональных способностей; профессиональную ориентацию и отбор, профессиональное обучение и переобучение. Основой профессионально-трудовой реабилитации инвалидов является обучение в специальных техникумах и учреждениях профессионального обучения. Содействие в трудоустройстве (подбор подходящего места).

Программа социальной реабилитации предполагает создание оптимальной среды жизнедеятельности инвалидов. Программа включает в себя следующие мероприятия:

- информирование и консультирование по вопросам реабилитации;
- оказание юридической помощи;
- социально-психологический и социально-культурный патронаж семьи, имеющей инвалида;
- адаптационное обучение для осуществления бытовой и общественной деятельности (обучение навыкам персонального ухода, технике и приемам самообслуживания, обучение пользованию техническими средствами реабилитации, обучение передвижению, организация быта);
- психологическая реабилитация;

- социокультурная реабилитация (информирование и консультирование, а также помощь во взаимодействии с учреждениями культуры);
- реабилитация средствами физической культуры и спорта (обучение навыкам занятий физкультурой, оказание взаимодействий со спортивными организациями).

Программа психолого-педагогической реабилитации предусмотрена для детей в возрасте до 18 лет и предполагает восстановление престижа в собственных глазах и глазах окружающих, коррекцию внутренней картины болезни, коррекцию отношения к семье, друзьям, обществу в целом.

Основные принципы реабилитации: комплексный медико-социальный подход, максимально раннее начало проведения реабилитации, непрерывность, преемственность, поэтапность.

Реабилитационные учреждения. К реабилитационным учреждениям относятся: научно-производственные комплексы, региональные центры реабилитации инвалидов, реабилитационные отделения или кабинеты, дома-интернаты для инвалидов и пожилых людей.

Основные задачи реабилитационных учреждений заключаются в реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов, разработка планов и программ проведения реабилитации в конкретном учреждении, в осуществлении мероприятий по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов.

Контрольные вопросы:

1. Раскройте понятие «реабилитация».
2. Перечислите и охарактеризуйте виды реабилитаций.
3. Что означает «индивидуальная программа реабилитации»?
4. Перечислите существующие реабилитационные учреждения.

Раздел 3.

ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ

Тема 1. СОДЕРЖАНИЕ И МЕТОДИКА СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Здравоохранение представляет собой важнейшую отрасль социально-культурной деятельности, основной целью которой является осуществление мер по охране здоровья населения.

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).

Система социальной работы в государственном здравоохранении включает профилактику, диагностику, лечение, сохранения здоровья и реабилитацию. Эта система действует на разных этапах, начиная от составления программ здравоохранения до работы в больницах общего типа или специализированных.

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 родственникам. 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.

В работе с больными используются данные о специфике поведения их различных групп в типичных ситуациях, а также сведения о социальном статусе, образе жизни, профессии клиента, его семье. Учитывается и комплекс возможностей медицинского учреждения, его профессионально-квалификационная, техническая и технологическая оснащенность.

Социальный работник свободен в выборе теоретических оснований своей деятельности, в сборе дополнительных данных о больном, его состоянии, семье, близких. Однако в главном они сводятся к информационному обеспечению тех задач, что стоят перед социальным работником сферы здравоохранения:

- 1 Обеспечить оптимальную связь больного с его социальным окружением.

2 Оптимизировать самопомощь и поддержку близких больному в кризисной ситуации.

3 Обеспечить связь работников медицинского учреждения с семьей и близкими больного.

4 Оказать поддержку родным и близким в ситуациях трагического исхода болезни клиента.

Медико-социальная защита населения включает, например, такие направления деятельности, как первичная медико-санитарная помощь и реабилитация больных хроническими заболеваниями со стойкой утратой трудоспособности, оказание медицинских услуг по уходу за престарелыми, инвалидами, решение социально-бытовых, юридических, воспитательных, психологических и ряда других проблем, выполнение которых невозможно без медицинской подготовки социальных работников.

К клиентам социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения 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.

В настоящее время второе место в структуре заболеваемости занимают сердечнососудистые заболевания. Поэтому рассмотрим проблемы данной группы более подробно.

В соответствии с Европейскими рекомендациями выделяют 3 группы лиц по категориям риска развития ССЗ:

Категория 1. Больные с любыми клиническими проявлениями ИБС, периферическим атеросклерозом, атеросклерозом мозговых артерий, аневризмой брюшного отдела аорты. Они в наибольшей степени нуждаются в активных мерах по вторичной профилактике, включая немедикаментозные и медикаментозные методы.

Категория 2. Лица, у которых отсутствуют клинические признаки ССЗ, но у которых существует высокий риск развития атеросклероза сосудов. Такие люди нуждаются в активных профилактических мероприятиях: диета, прекращение курения, повышение физической активности, коррекция массы тела.

Категория 3. Ближайшие родственники больных с ранним началом ССЗ: мужчины моложе 55 лет, женщины моложе 65 лет.

К этой категории применимы профилактические меры социально-медицинской работы.

Кардиологические больные сталкиваются со следующими проблемами медицинского характера: тяжесть болезни, болезни органов кровообращения являются ведущими факторами инвалидизации и смертности взрослого населения, боли в сердечной области, опасность сердечного приступа, постоянный прием лекарственных средств, отдышка, наблюдение у врача.

Психолого-педагогические проблемы: психологический дискомфорт в связи с болезнью, проблемы с родными и близкими, снижение сексуальной активности, соблюдение здорового образа жизни, неуверенность в себе в некоторых ситуациях в связи с болезнью, обучение правильному питанию, соблюдение диеты.

Социально-правовые проблемы: ограничение трудоспособности, потеря высокооплачиваемой работы, возможно перевод на другую работу, менее оплачиваемую, либо увольнение, поиск средств на необходимую операцию; незнание своих прав и льгот.

Материально-бытовые проблемы: ограничение бытовой деятельности, снижение физической активности, повышенная утомляемость, расходование средств на приобретение необходимых медицинских препаратов, лекарственных средств, оплата операций.

Присутствие в соматическом, а особенно в кардиологическом стационаре высококвалифицированных специалистов по социальной работе имеет огромное значение.

Во-первых, это придает курсу лечения комплексный характер, который, как правило, имеет более выраженный положительный результат. Мероприятия по социальной реабилитации не уходят на последующий этап, а гармонично сочетаются с лечебным процессом. Ведь целью реабилитации является эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов к бытовым и трудовым процессам, в общество; восстановление личностных свойств человека.

Во-вторых, специалисты по социальной работе могут осуществлять психологическое сопровождение при лечении кардиологических больных, что является существенным моментом, ведь на первом месте среди факторов, способствующих развитию данной группы заболеваний, находится стресс. И психическая релаксация, и адаптация в полной мере будут способствовать улучшению качества медикаментозного лечения больных. Тем более, что учебная программа специальности «Социальная работа» включает в себя несколько предметов психологического направления, на которые отводится значительное количество учебных часов, и специалиста по социальной работе можно использовать в качестве психолога.

В-третьих, та же учебная программа предусматривает изучении будущими социальными работниками в достаточном объеме дисциплин правового характера. Следовательно, все вопросы, связанные с проблемами социально-правового консультирования больных и членов их семей, вполне могут осуществляться специалистами этого профиля, что существенно сэкономит время врачей. В результате можно сделать следующие выводы. Почти все больные кардиологического профиля социально дезадаптированы, многие имеют проблемы психологического и правового характера. Для организации решения всех выше перечисленных проблем, освобождения от них лечащих врачей и более раннего начала проведения комплексной реабилитации больных в кардиологических отделениях и стационарах необходимы специалисты по социальной работе.

Клиентами социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения являются длительно и часто болеющие. К их проблемам медицинского характера относятся: общее физическое состояние, обострение заболевания, в том числе хронических, необходимость частого посещения лечебного учреждения, болезненность некоторых процедур.

Психолого-педагогические проблемы: адаптация к состоянию здоровья, ограничение социальных контактов, сужение круга интересов, так как все внимание уделяется здоровью, проблемы с обучением, если это ребенок.

Социально-правовые проблемы: трудоустройство, некачественное выполнение работы, ведущее в худшем случае к увольнению; получение путевок на санаторно-курортное лечение.

Материально-бытовые проблемы: трудности в приготовлении пищи, уборке квартиры, связанные с плохим самочувствием, расходы на приобретение лекарственных средств, оплата дороги на санаторно-курортное лечение.

В работе с данной категорией клиентов необходимо иметь в виду, что нередко социальные проблемы, проблемы в семье могут вести к ухудшению здоровья в целом. А потому социальный работник должен удостовериться в благополучности социального положения клиента.

Специфической группой клиентов в учреждениях здравоохранения являются инвалиды, которые имеют следующие медицинские проблемы: соматическое состояние, органические заболевания, болезненные симптомы, потеря функциональных возможностей организма.

Психолого-педагогические проблемы: утрата социальных связей, коммуникативный барьер, проблема социальной и гендерной идентичности, контролирование своего поведения, проблемы с обучением, неумение выстраивать

собственную модель функционирования вследствие неправильного воспитания, самоизоляция, психологическая подавленность, одиночество.

Социально-правовые проблемы: занятость в трудовой деятельности, социальная интеграция в общество, информирование о правах инвалидов, получение пособий, льгот; доступ к образованию, доступность культурных и спортивных мероприятий, обеспечение необходимыми протезными средствами, оборудование рабочего места, прохождение переосвидетельствования.

Материально-бытовые: осуществление самообслуживания, самостоятельное передвижение, адаптацию к состоянию, ухудшение материального положения.

Клиентами социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения являются различные группы населения, имеющие проблемы со здоровьем, которыми непосредственно занимается лечащий врач. Однако не следует забывать, что медицинские и социальные проблемы взаимно потенцируют друг друга, поэтому немаловажным является деятельность социального работника в учреждениях здравоохранения, заключающаяся в определении проблем клиента, а отсюда и путей их решения.

Функции социального работника в учреждениях здравоохранения

Медико-социальная работа, которую проводит социальный работник, — это реальное воплощение медико-социальной защиты населения. Она направлена на оказание конкретной помощи людям, в ней нуждающимся.

Для оказания полноценной медико-социальной помощи населению необходима трехуровневая система, предусматривающая работу специалистов с высшим, средним специальным образованием и, персонала, добровольно помогающего ухаживать за престарелыми, одиночками, инвалидами, тяжелыми хроническими больными. Комплексный подход к оказанию медико-социальной помощи предусматривает одновременное участие специалистов всех трех уровней.

В компетенцию специалиста высшего уровня (социальный работник с высшим образованием — социально ориентированный врач) входит получение полной информации о социальном положении населения, создание банка данных — социальной карты региона.

К банку данных предъявляются определенные требования. В нем должны быть сведения не только об общей численности обслуживаемого населения, но и о количестве проживающих на данной территории семей. Из общего числа семей необходимо выделить неполные семьи, многодетные, малообеспеченные, семьи, имеющие в своем составе инвалида, наркологического больного, ребенка-инвалида с детства.

Для успешной социальной работы специалиста медико-социальной направленности очень важно определить социально-экономическую обстановку региона: его криминогенность, уровень заболеваемости социально опасными болезнями (заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП), дифтерия, туберкулез и др.). Социальный работник медицинского направления с высшим образованием составляет и внедряет программы медико-социальной помощи населению обслуживаемого региона, отлаживает системы взаимодействия с медицинскими работниками лечебно-профилактических учреждений, координирует деятельность медико-социальной службы со смежными вневедомственными организациями (педагоги, психологи, юристы и др.), направляет и контролирует проведение социальных мероприятий работниками среднего звена, решает другие организационные вопросы.

Основными функциями медико-социального работника среднего звена является непосредственная патронажная работа с семьями по реализации конкретных услуг: оказание первичной медико-санитарной помощи инвалидам, одиночкам, больным хроническими заболеваниями; содействие в обеспечении медикаментами, перевязочными и гигиеническими средствами, продуктами питания через специальные магазины по льготным ценам; организация консультативной помощи правоведов, психологов, педагогов; санитарно-просветительная работа и обучение само- и взаимопомощи;

выявление и пресечение аномальных явлений в семье; формирование здорового образа жизни у детей и подростков; осуществление социально-бытовой помощи одиноким престарелым и инвалидам; выявление нуждающихся в ортопедической технике, протезах.

Социально-медицинская работа третьего уровня выполняется добровольцами: лицами из числа верующих, представителями Общества Красного Креста и других организаций, которые по убеждению или из чувства сострадания и сочувствия оказывают непосредственную посильную физическую, моральную, психологическую помощь людям, нуждающимся в посторонней помощи (сиделки у тяжелобольных, одиноких людей, сопровождающие слепых, инвалидов и т.д.).

Через социального работника третьего уровня может осуществляться связь медико-социальных работников поликлиники с добровольными организациями, оказывающими помощь в социальной работе (возрождение благотворительности и милосердия, создание соответствующих добровольных структур).

Одной из рациональных форм организации социальной помощи населению являются отделения медико-социальной помощи, создаваемые при территориальных поликлиниках. Формирование медико-социальных структур на базе лечебно-профилактических учреждений целесообразно по многим причинам и обусловлено, прежде всего, тем, что общественное здоровье зависит от решения как медицинских, так и социальных проблем.

При комплексном подходе к изучению здоровья не вызывает сомнения, что медико-социальная защита населения может быть достигнута совместными усилиями медицинских и социальных работников, организационно объединенных в единую межведомственную систему по охране здоровья.

Социальный работник медицинского профиля (бакалавр, специалист, магистр), владея знаниями не только медицины, но и таких дисциплин, как психология, педагогика, социальная защита, право, обеспечивает (путем координации деятельности всех служб) медико-социальную помощь и защиту отдельных лиц, семей и населения в целом.

Залог успеха медико-социального работника учреждения здравоохранения в том, что в своей профессиональной деятельности по социальной защите и поддержке населения он не ограничивается задачами и возможностями одного ведомства, а руководствуется одновременно медицинскими и социальными нормативными требованиями как основополагающей базой, способствующей сохранению и укреплению здоровья.

Медицинский социальный работник, находящийся в структуре медицинского учреждения, высвобождает лечащего врача от непрофильной работы: приема больных, обращающихся для решения медико-социальных вопросов (оформление справок, медицинских карт, выписывание рецептов лекарственных препаратов по социальным показаниям и т.д.).

Медико-социальный работник находит применение своим знаниям и умениям в таких структурах, как дневной стационар при поликлиниках, стационар на дому для наблюдения за больными после так называемой «ранней» выписки из хирургического стационара, как отделения для долечивания, реабилитационные центры, медицинские учреждения медико-социального обеспечения и др.

Структуризация медицинских кадров требует строгой дифференциации труда

Медико-социальные и медицинские работники, объединенные на базе лечебно-профилактического учреждения, обеспечивают не только своевременное выявление нуждающихся в помощи, но и предоставляют рациональный объем всех необходимых медико-социальных услуг. Медицинский социальный работник выступает в этом случае как доверенное лицо населения своего участка и практически, конкретно, поадресно, с учетом индивидуальных особенностей реализует программу сохранения и укрепления здоровья своих пациентов.

К основным видам деятельности территориального отделения медико-социальной помощи относятся обеспечение первичной, вторичной и третичной профилактики заболеваний путем предупреждения аномальных явлений в семье и у подростков, просветительная работа по гигиеническому воспитанию населения, обучение само- и взаимопомощи, медико-социальная помощь престарелым и неоперабельным больным.

В своей работе социальный работник руководствуется как запросами самого населения, так и целесообразностью и полезностью их осуществления в конкретных условиях.

Медико-социальные услуги должны быть несложными в организации, доступными для всех слоев населения и социально гарантированными по объему и качеству. Немаловажно заинтересовать и вовлечь само население в проведение социальных программ, а также обеспечить участие в их реализации представителей добровольных и благотворительных организаций, фондов, ассоциаций, служителей церкви.

Нормативная нагрузка медико-социального работника первого уровня рассчитывается исходя из общей численности обслуживаемого населения. Следует, однако, иметь в виду, что критериями оценки работы может служить не столько общая численность населения, проживающего на участке, сколько количество конкретных семей, более того, неполных семей, семей, имеющих инвалидов, наркологических больных, т.е. семей высокого социального риска. Работа с таким контингентом населения очень сложна, требует настойчивости, усердия, психологического напряжения. Эти факторы, несомненно, усложняют работу социального работника и должны учитываться при определении ежедневной нагрузки.

В то же время расчет нагрузки по количеству проживающих семей в чистом виде применяться не должен, так как это чревато негативными последствиями. Необходимость констатации неизменного числа неблагополучных семей на участке (с целью сохранения прежней нагрузки) не будет способствовать их уменьшению или изменению социальной напряженности другим путем.

Медико-социальный работник второго уровня выполняет непосредственную патронажную работу в семьях, оказывая практические медико-социальные услуги, поэтому его нагрузка зависит от конкретной деятельности с отдельными пациентами, семьей или коллективом. Нагрузку в этом случае рассчитывают исходя из количества обслуживаемых пациентов (престарелые, одинокие, инвалиды, дети-сироты и т.д.), их жилищных условий, количества семей высокого социального риска, криминогенности обстановки района обслуживания.

Нагрузка социально-медицинского работника третьего уровня определяется гражданской ответственностью лиц, добровольно изъявивших желание в свободное от работы время помогать нуждающимся. Работа добровольных организаций по предоставлению социальных услуг рассматривается как пример милосердия, крайне важный для общества.

В оказании социальной помощи населению значительная роль отводится медицинскому социальному работнику. Дальнейший поиск приемлемых вариантов сотрудничества медицинских и социальных работников будет способствовать комплексной реализации программы оказания медико-социальных услуг населению.

Контрольные вопросы:

1. Охарактеризуйте составляющие секторы отечественной системы здравоохранения.
2. Перечислите основные структурные элементы лечебно-профилактических учреждений.
3. Раскройте основные задачи специалиста по социальной работе в системе здравоохранения.
4. Укажите, какие направления деятельности включает в себя медико-социальная помощь.

5. Охарактеризуйте основных клиентов социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения, их проблемы.
6. Перечислите функции социального работника в учреждениях здравоохранения.

Тема 2. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА В ПЛАНИРОВАНИИ СЕМЬИ

Планирование семьи - это комплекс медико-социальных мероприятий, направленный на снижение заболеваемости. Международный опыт организации служб планирования семьи показывает, что принципы организации планирования семьи в разных странах различны и в большей степени зависят от демографической ситуации, уровня социально-экономического развития, отношения религии к проблемам планирования семьи.

Планирование семьи активно входит в современную жизнь. В рождении детей заинтересованы не только родители, но и государство, общество в целом. Только для воспроизводства населения в Российской Федерации на современном этапе в каждой семье должно быть 2-3 ребенка. Когда подавляющее число семей имеет только 1 ребенка, население «старее», т.е. в его структуре увеличивается удельный вес пожилых и старых людей. Это приводит к сокращению возможности использования потенциала молодых и квалифицированных специалистов. В результате чего страдает экономика государства и личное благосостояние каждого члена общества. Поэтому важнейшей задачей государства является создание благоприятных условий для рождения желанных и здоровых детей.

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.

Право на планирование семьи или на свободное и ответственное родительство является неотъемлемым правом каждого человека. Это право закреплено следующими документами ООН:

1. Всеобщей декларацией конференции ООН по правам человека (Тегеран, 1968 г., статья 16).

2. Декларацией социального прогресса и развития (Тегеран, 1968 г., статьи 4, 22).

Планирование семьи многие годы понималось, как ограничение рождаемости. Но это обеспечение здоровья женщины для рождения желанных и здоровых детей. Планирование семьи – это дети по желанию, а не по случайности. Оно помогает людям сознательно выбирать количество детей в семье, сроки их рождения, планировать свою карьеру, избегать ненужных тревог и волнений.

Оптимальным возрастом для рождения здоровых детей считается возраст матери от 20-35 лет. Доказано, что если беременность наступает раньше или позже, то она протекает с осложнениями. Рекомендуемые интервалы между родами составляет 2-2,5 года, что позволяет женщине восстановить силы для будущих родов, сохранить здоровье

Особенно велика роль планирования семьи в снижении детской смертности благодаря профилактике невынашивания беременности, улучшению условий жизни беременных женщин.

Чрезвычайно важное значение имеет работа по планированию семьи в сохранении здоровья подростков. Она включает в себя предоставление информации о вреде раннего начала половой жизни, риска наступления беременности, особенностях исходов родов и абортов, обеспечение контрацептивами, анонимность услуг. Опыт показывает, что

хорошо поставленная работа по планированию семьи с подростками приводит к снижению показателей материнской заболеваемости и смертности, профилактике искусственных абортов, предупреждению заболеваний, связанных с ранним началом половой жизни, профилактике СПИДа и венерических заболеваний.

Итак для чего же Для нужно планирование семьи?

для рождения желанных здоровых детей;

для сохранения здоровья женщины;

для достижения гармонии в психосексуальных отношениях в семье;

для осуществления жизненных планов.

Для того чтобы родительство было ответственным, чтобы на свет появлялись желанные и здоровые дети, каждый современный человек должен знать, как сохранить свое репродуктивное здоровье.

Репродуктивное здоровье — это состояние полного физического, умственного и социального благополучия при отсутствии заболеваний репродуктивной системы на всех этапах жизни.

Основы репродуктивного здоровья закладываются в детском и юношеском возрасте. Бытует мнение: все, что связано с зарождением будущей жизни, целиком и полностью зависит только от здоровья будущей матери. На самом деле это не так. Доказано, что из 100 бездетных пар 40—60% не имеют детей по причине мужского бесплодия, что связано с инфекциями, передаваемыми половым путем, влиянием на репродуктивное здоровье мужчины вредных факторов окружающей среды, условий работы и вредных привычек. Перечисленные факты убедительно доказывают важность бережного отношения к репродуктивному здоровью не только будущей женщины, но и мужчины.

Одним из факторов, влияющих на состояние репродуктивной функции, является предупреждение нежелательной беременности. Нередко женщина стоит перед непростым выбором — родить ребенка или сделать аборт? Особенно сложно решается этот вопрос при наступлении нежелательной беременности у девушки-подростка. Аборт, особенно при первой беременности, может нанести серьезную психологическую травму и даже привести к нарушениям в репродуктивной сфере. В то же время решение родить означает для нее отрыв от сверстников, уход из школы (как правило), ставит под угрозу дальнейшую учебу и приобретение профессии. Каждая такая ситуация должна рассматриваться индивидуально, бережно и с большим пониманием проблемы.

К сожалению, аборт на сегодняшний день в России является средством регулирования рождаемости. Если обратиться к историческим данным, то можно проследить всю историю развития аборта в нашей стране.

В 1920 году советское правительство отменило запрещение аборта. В конце 20-х годов «стал ощущаться крен в сторону позитивного изучения и пропаганды противозачаточных средств. Не только выпускались брошюры с описанием известных методов предупреждения беременности, но также начались разработки новых методов».

Было организовано массовое распространение противозачаточных средств. Основная роль в этом отводилась женским консультациям. Кроме них в этой работе предполагалось участие акушерских пунктов, родильных домов, амбулаторий по женским болезням, сельских консультаций, но уже тогда стало ясно, что эти учреждения не могут охватить всех нуждающихся. В медицинских журналах появились статьи практикующих врачей о необходимости усилить среди населения работу по планированию семьи.

Однако политическая ситуация в стране быстро менялась, а вслед за ней менялось и отношение к планированию семьи. В 1936 году выходит запрет на аборты, прекращаются публикации статистических данных об абортах, «со страниц научных изданий постепенно исчезают фамилии авторов, активно изучающих социальные факторы аборта и контрацепции. Из круга обязанностей женских консультаций была исключена работа по профилактике абортов путем распространения средств контрацепции».

К 1995 году, аборт вновь были разрешены, но сложившееся в 20-30-е годы традиции были утеряны.

Искусственное прерывание беременности (аборт) проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям - при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины – независимо от срока беременности. Искусственное прерывание беременности проводится в рамках программ обязательного медицинского страхования в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, врачами, имеющими специальную подготовку. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

По видам аборт бывает:

- а) естественные, называемые выкидышами;
 - б) криминальные, проводимые вне стен медицинского учреждения и дающие наибольшее число серьезных осложнений;
 - в) медицинские — искусственное прерывание беременности на разных сроках.
- Медицинские аборт бывают следующих видов:
- мини-аборт производят в сроки до трех недель задержки менструации;
 - инструментальные аборт производят до 12 недель беременности;
 - на сроке 22-24 недели производят искусственные роды в соответствии с медицинскими или социальными показаниями.

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

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

Разумным методом незапланированной беременности должна быть контрацепция. Контрацепция - это метод предупреждения беременности у женщин репродуктивного возраста. В настоящее время существуют следующие **методы контрацепции**:

- механическая с использованием презервативов, которая является еще и средством предохранения от венерических заболеваний и ВИЧ;
- химическая, которая основана на подкислении среды влагалища с помощью специальных свечей, таблеток, кремов, которые оказывают губительное действие на сперматозоиды;
- физиологический метод, учитывающий фазы менструального цикла женщины;
- внутриматочная контрацепция с применением внутриматочных спиралей - инородных для организма тел, которые держат матку в тонусе и не дают прикрепиться к ней оплодотворенной яйцеклетке;
- гормональный метод, основанный на введении в организм женщины определенных половых гормонов, которые прекращают овуляцию на период приема таблеток, на три месяца при применении инъекции

«Депопровира» или на пять лет, после вшивания капсул «Норплант», в эту же группу входит метод экстренной контрацепции, разработанный для женщин, подвергшихся изнасилованию, с помощью таблеток «Постинор»;

- прерванное половое сношение является одним из распространенных методов контрацепции, но он нарушает физиологию полового акта и отрицательно влияет на женский и мужской оргазм;
- хирургические методы стерилизации мужчин и женщин применяются не часто, что связано с невозможностью в большинстве случаев после операции восстановить репродуктивную функцию, если в ней возникнет необходимость.

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

Барьерные (механические) методы:

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

Индекс Перля при использовании презервативов составляет 12 - 20 %. Барьерные методы дополнительно к контрацептивному эффекту защищают от инфекций передаваемых половым путем, в том числе от СПИДа. Презервативы - это профилактика рака шейки матки (защита от инфицирования вирусом папилломы человека онкогенных типов). мужской презерватив, женская диафрагма. Преимуществом этого метода перед другими методами контрацепции является одновременная защита от ВИЧ-инфицирования.

Химические методы (спермициды): индекс Перля 15 - 30 %. Они состоят из 2-х компонентов: спермоубивающего вещества и основания. Основание обволакивает шейку матки и способствует тому, чтобы ни один сперматозоид не мог избежать контакта со спермацидным компонентом.

Существуют следующие спермициды:

1. Плёнка - контрацептивная защита начинается через 15 минут.
 2. ВКП (вагинальная контрацептивная пленка)
 3. Крем «Фарматекс».
 4. Пена – контрацептивная защита немедленная, в течение 1 часа.
 5. Желе и кремы – контрацептивная защита немедленная и в течение 6-8 ч.
 6. Свечки и таблетки: фарматекс, нео-сампуун, семицид, ренделл, норформ и т.д.
- К отечественным спермицидам относятся: Трацептин, Контрацептин-«Т», Грамицидиновая паста, влагалищные шарики с лютеинурином.

Ритмические (биологические) методы:

1. Календарный метод (соблюдение ритма). Применение данного метода возможно у женщины с нормальным менструальным циклом. Метод основан на том факте, что женщина может зачать лишь в течение нескольких дней после овуляции (выброса яйцеклетки из яичника, приблизительно 11-15 день менструального цикла). Этот короткий период считается благоприятным для зачатия. Остальное время логично предположить «безопасным». К сожалению, это не совсем так. Во-первых, жизнеспособность сперматозоидов во влагалище очень высока (до 9 дней). Во-вторых, точно определить безопасный период или очень сложно, или просто невозможно из-за изменчивости цикла.

Опыт врачей клиники показывает, что регулярные 28-ми дневные циклы скорее редкость, чем правило. При этом лишь 30% женщин ведут календарные отметки своего

менструального цикла. А без этих отметок сделать правильные подсчеты никак нельзя! Женщина, прежде всего, должна все знать об изменчивости своего цикла и у нее должны быть календарные записи, по крайней мере, двух последних лет.

Расчет безопасных дней по календарю основан на допущении, что овуляция должна произойти примерно за 14 дней до начала следующей менструации. Первым днем цикла считается первый день менструации (то есть когда начались выделения). Цикл заканчивается в тот день, когда начинается следующая менструация. Первый день “опасного” периода определяют, вычитая 18 из продолжительности самого длинного цикла. Если, например, за учитываемый период самый короткий цикл у данной женщины продолжался 26 дней, а самый длинный — 32 дня, то она должна воздержаться от половой близости, начиная с 8-го дня цикла ($26 - 18 = 8$) и до 21-го дня ($32 - 11 = 21$). Таким образом, “опасными” будут дни с 8-го по 21-й включительно, итого 14 дней. Остальные - относительно безопасные дни.

Исходя из всего сказанного можно сделать вывод, что календарный метод определения безопасных дней весьма не надежный. Для более точного вычисления овуляции женщине необходимо ежедневно контролировать свою базальную температуру.

2. Температурный метод – метод основан на измерении температуры тела вскоре после овуляции (измерение базальной температуры тела в прямой кишке, в полости рта, во влагалище). Измерение необходимо проводить в одно и то же время, вводя термометр на глубину 4—5 см. Все данные наносят на график. Выглядит он так: по вертикальной оси изображена температура, как на термометре, а по горизонтальной дни менструального цикла. И нужно ставить отметины, которые должны соединяться линиями. Ведя таким образом график, через несколько месяцев можно обнаружить, что перед подъемом температуры наблюдается короткий ее спад. Началом овуляции будет считаться 1/2 суток до повышения температуры или период между спадом и началом ее подъема.

3. Цервикальный метод – определение фертильного периода по характеру изменений в слизистом отделяемом из шейки матки.

4. Многокомпонентный метод (сочетание всех вышеперечисленных биологических методов).

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

Прерванное половое сношение (физиологический метод):

Индекс Перля составляет 15-30 %. Побочные эффекты:

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

К современным методам контрацепции относятся:

1. ***Внутриматочная контрацепция*** - это достаточно надежный способ контрацепции (индекс Перля составляет 0,3 - 0,8 %), но инвазивный метод, который провоцирует и поддерживает инфекцию половой сферы. Применение ВК у молодых не рожавших женщин нежелательно. Внутриматочная спираль (ВМС) редко применяется у подростков, поскольку одним из условий является длительное (больше 1 года) применение. В этом возрасте устойчивые регулярные и длительные отношения встречаются не часто. Контрацептивный эффект связан с усилением сокращений матки и созданием условий, препятствующих имплантации зиготы.

2. ***Гормональная контрацепция.*** Индекс Перля составляет 0,0-0,9 %. Существуют:

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

В молодом возрасте рекомендовано применение комбинированных оральных контрацептивов.

Комбинированные оральные контрацептивы бывают: монофазные, двухфазные, трехфазные. Монофазные препараты содержат два вида гормонов, доза гормонов постоянная. (Микрогинон, Марвелон, Ригевидон, регулон, Новинет, Логест, Диане-35 и т.д.)

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

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

Наиболее приемлемые оральные контрацептивы для подростков:

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

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

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

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

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

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение понятию «планирование семьи», перечислите его основные задачи.
2. Дайте определение понятию «репродуктивное здоровье». Перечислите и охарактеризуйте основные составляющие репродуктивного здоровья.
3. Опишите историю развития аборта в России.
4. Перечислите классификации абортов.
5. Перечислите социальные показания для прерывания беременности.
6. Перечислите существующие методы контрацепции.
7. Дайте характеристику барьерным и химическим методам.
8. Раскройте содержание биологических методов.
9. Приведите методы современной контрацепции.
10. Какие оральные контрацептивы являются наиболее правильными для применения подростков.

Тема 3. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА В ОНКОЛОГИИ

Онкологических заболеваний боятся почти все. Страх перед раком равносителен страху смерти. И, по большому счету, рак действительно, является синонимом слова смерть.

Оно из величайших открытий современной онкологии произошло в 1987 г., когда был выявлен первый раковый ген (онкоген), выделенный из вируса куриной саркомы. Оказалось, что опухолевые вирусы вызывают онкологические заболевания не сами по себе. На самом деле опухолевые вирусы внедряют в генетический аппарат клетки свой онкоген, закрепляя его в геноме клетки, после чего клетка трансформируется в злокачественную клетку.

Затем обнаружили, что во всех нормальных клетках нашего организма есть гены, очень близкие по структуре к вирусным онкогенам, - они были названы протоонкогенами. Эти гены действуют, начиная с зачатия. Патологические факторы, воздействуя на организм, вызывают мутации в различных генах организма, в том числе и протоонкогенах, в результате чего протоонкогены трансформируются в опухолевые клетки...

В последние годы идет активный поиск новых форм социально-медицинской помощи в преодолении такой социально-значимой патологии, как онкология. В настоящее время в России заболеваемость злокачественными опухолями имеет тенденцию к росту.

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

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

- рак желудка – полиноз, гипацидный (пониженная кислотность) гастрит, язвенная болезнь;
- рак ободочной и прямой кишки – хронический язвенный колит или проктит, полипоз;
- рак молочной железы – мастопатия;
- рак щитовидной железы – узловой зоб;
- рак печени – хронический вирусный гепатит В или С;
- рак мочевого пузыря – ворсинчатые полипы;
- рак шейки матки – эрозии и дисплазии и т. д.

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

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

лечении быстрорастущие опухоли, в частности, острее реагируют на лучевую и химиотерапию, чем те, что растут медленнее.

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

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

За последние годы наиболее доказанной является генная теория возникновения злокачественного процесса. Доказано, что в каждой живой клетке имеются особые гены (онкогены), способные вызвать ее злокачественное перерождение. В организме большинство из них находятся в подавленном состоянии и лишь при воздействии ряда факторов происходит их активация. В настоящее время уже известны несколько механизмов активации онкогенов:

- химические вещества (алкоголь, курение и пр);
- ультрафиолетовое облучение;
- гормоны (в том числе стрессовые);
- вирусы;
- ионизирующая радиация.

Все эти факторы называются канцерогенами.

Многочисленными исследованиями доказано, что неправильный характер питания может приводить к возникновению и развитию рака. Несбалансированное питание, ухудшение качественных характеристик питания, преобладание пищи, богатой углеводами (за счет хлебопродуктов), снижение потребления диетических продуктов, овощей, определенно влияют на рост заболеваемости раком. Обжаривание мяса приводит к образованию канцерогенов. Некоторые пищевые добавки, которые используются для окрашивания, предохранения от порчи или улучшения пищевых продуктов, также обладают канцерогенным действием.

В настоящее время известна роль водного фактора в формировании онкологической заболеваемости. Одним из таких природных факторов является низкая минерализация питьевой воды. Изучается роль хлорирования питьевой воды в плане увеличения риска возникновения некоторых форм рака, из-за образования в воде хлорированных углеводов.

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

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

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

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

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

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

Онкологи едины также и в том, что желания пациентов должны приниматься во внимание в большей степени, чем прежде. Теперь необходимо, чтобы пациент был информирован и способен разбираться в своей болезни. Тот, кто знает, зачем применяется тот или иной метод лечения и каких нужно добиваться результатов, поможет и себе, и врачу. «Информированные и активные пациенты располагают лучшими возможностями излечения», - подчеркивает профессор Карл Фридрих Кдиппель, президент Общества биологической защиты от рака. Опыт подтверждает это высказывание.

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

В организации социально-медицинской работы в онкологии является показатель излеченности от злокачественных новообразований, который означает не только клиническое выздоровление больных, но и возвращение их к прежнему социальному статусу.

Онкологический больной находится в состоянии постоянного стресса. Длительное тяжелое заболевание, госпитализация, отрыв от привычного окружения, потеря социального статуса, оперативное вмешательство, инвалидность, угроза летального исхода и другие факторы разрушают привычные стереотипы поведения больного, изменяют систему ценностей, перестраивают его личность и заставляют его адаптироваться к новым условиям жизни.

Социально-медицинская работа в онкологии имеет свои особенности. Поскольку диагностика онкологических заболеваний на ранних стадиях дает больным большой шанс на полное выздоровление, социально-медицинская работа с группами риска онкологических заболеваний приобретает особое значение.

Профилактическая работа проводится:

- с лицами, страдающими предопухолевыми заболеваниями;
- лицами, родственники которых имеют онкологическое заболевание;
- работающими на вредных производствах;
- проживающими на загрязненных радионуклидами территориях.

Специалист по социальной работе может участвовать в разработке и реализации целевых профилактических программ, проведении социально-гигиенического мониторинга, определении факторов риска, информировать население то состоянии среды обитания и др.

Важнейшее место в социально-медицинской работе с онкологическими больными занимает работа с членами семьи пациента и его ближайшим окружением. Первоочередные меры в этой группе – решение психологических проблем. Психологическая дезадаптация пациентов и членов их семей затрудняет лечение и неблагоприятно влияет на качество жизни. Психологические проблемы таких семей усугубляются материальными трудностями, связанными с расходами на лечение и уход за больными, снижением трудовой занятости родственников больных. Зачастую семья больного не в состоянии справиться с обрушившимся на нее проблемами и сама становится объектом социальной работы.

Онкологических больных при социально-медицинской работе можно разделить на две группы:

- а) длительно и часто болеющие (ДЧБ);
- б) больные с выраженными социальными проблемами.

Социальная работа с данными группами больных подразумевает организацию специализированной медицинской помощи и ухода за больными, находящимися на разных стадиях онкологического заболевания, оказание им социальной поддержки и психологической помощи. Слабая социальная и психологическая защищенность больных с онкологической патологией неблагоприятно влияет на прогноз заболевания и ухудшает качество жизни излеченных больных. У таких пациентов резко выражены чувство страха, обреченности, изолированности от общества. Вследствие этого социально-медицинская работа с онкологическими больными предполагает взаимодействие и координацию усилий специалистов смежных профессий – врачей, психологов, социальных работников.

Причиной установления инвалидности при онкологической патологии является не основное заболевание, а его осложнения и сопутствующие заболевания, что обусловлено отсутствием критериев определения инвалидности у таких больных. При наличии социально-медицинских проблем, характерных для групп инвалидов, имеющие другие виды патологии, необходимо постоянное лечение, медицинское наблюдение, паллиативное (симптоматическое) помощь.

Часто возникает дискуссия о правомерности эвтаназии - умерщвлении безнадежного больного, имеющего последнюю стадию онкологического заболевания, по собственной просьбе. Этот вопрос нашел отражение в российском законодательстве – в соответствии со ст. 45 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан эвтаназия запрещена.

Разрабатывая теоретические и организационные основы социально-медицинской работы в области онкологии, отечественные ученые предлагают систему мероприятий постоянного психологического сопровождения на всех этапах работы с больными и членами их семей – от начала лечения больного до выздоровления. Рекомендуются создавать различные группы психологической поддержки, в которых предусмотрены обучение саморегуляции и самоподдержке, организация психологических тренингов для переживших утрату родственников умершего больного, организация встреч семей, в которых имеются больные со злокачественными новообразованиями, а также лиц, излеченных от онкологических заболеваний, и волонтеров.

Исходя из роли специалиста по социальной работе в онкологии, можно отметить следующие функции специалиста по социальной работе:

- проведение в лечебно-профилактическом учреждении диагностики социальных и психологических проблем больных онкологическими заболеваниями, а также членов их семей;
- разработку и реализацию совместно с врачом, психологом и педагогом индивидуальных планов социальной реабилитации клиента;
- информирование клиентов или их законных представителей о состоянии здоровья, диагнозе и прогнозе;
- представление информации клиентам и членам их семей о правах и льготах в связи с онкологическим заболеванием;
- оказание психологической помощи клиентам, а также членам их семей;
- организацию и участие в проведении медико-социальной экспертизы клиентов с онкологическими заболеваниями;
- организацию работы терапевтических сообществ больных онкологическими заболеваниями и лиц, излеченных от них, а также членов их семей;
- взаимодействие со средствами массовой информации и населением по разъяснению современных возможностей онкологии, формированию в обществе адекватного отношения к лицам, больным онкологическими заболеваниями и излеченным от них, раннем выявлении онкологических заболеваний и их профилактике;
- содействие интеграции деятельности государственных и общественных организаций и учреждений по оказанию помощи онкологическим больным;
- проведение социологических исследований по проблемам онкологической помощи клиентам и др.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение понятию «рак». В чем заключается сущность опухолевых процессов?
2. Перечислите заболевания, относящиеся к предраку.
3. Охарактеризуйте процесс перехода предопухолевого заболевания в рак.
4. Дайте определение понятию «метастаз». Охарактеризуйте процесс образования метастазов.
5. Перечислите известные в настоящее время факторы риска онкологических заболеваний.
6. Охарактеризуйте социальные проблемы, связанные с диагностикой, лечением и профилактикой онкологических заболеваний.
7. В чем заключается смысл поддерживающей и паллиативной терапии в онкологии.
8. Укажите в чем заключается специфика установления инвалидности раковым больным.
9. Перечислите функции специалиста по социальной работе в онкологии.

Тема 4. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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

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

Несмотря на то что *детская онкология* как отрасль медицины за короткий отрезок времени значительно продвинулась вперед, семьи нередко оказываются в обстановке изоляции, которую закрепляет социальная отчужденность общества от забот родителей, борющихся за жизнь ребенка, страдающего одним из самых тяжелых заболеваний. В подавляющем большинстве случаев они остаются один на один с грузом психологических, социальных, экономических трудностей, в то время как медицинские работники не обладают ресурсами для помощи в их разрешении.

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

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

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

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

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

Серьезные проблемы возникают у ребенка, имеющего злокачественное новообразование, при возобновлении школьного обучения, поступлении в высшие и средние учебные заведения, получении работы, создании семьи. Около трети детей отмечают сложности с обучением при возвращении в школу. У них также наблюдаются нарушения в сфере общения, взаимодействия с другими людьми. Следует также учитывать, что зачастую это дети из семей, находящихся в трудной жизненной ситуации, которая существовала либо еще до постановки диагноза, либо развилась с течением

заболевания (иногда семьи распадаются, возникают деструктивные явления, например, злоупотребление алкоголем). С учетом этих факторов, повышается риск вовлечения подростков в асоциальную среду, различные неформальные группировки, ценности которых во многом не совпадают с принятыми в обществе.

По данным опросов, проводившихся различными организациями, только около одной пятой бывших больных в возрасте 18 лет и старше получили работу, полностью обеспечивающую их материальные потребности. Около одной четверти, достигших брачного возраста, нуждаются в помощи психологов, сексопатологов и других специалистов для создания нормальной семьи. И хотя более двух третей взрослых, перенесших в детстве онкологическое заболевание, считают себя полностью адаптированными в социуме, 17% таких людей отмечают чувство изолированности, а 11% – ощущение социального дискомфорта.

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

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

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

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

По результатам исследований почти 80% родителей детей, болеющих онкологическими заболеваниями, придерживаются «гиперопекающего» стиля. В контрольной группе этот стиль воспитания представлен менее чем у 10% родителей. Примерно у половины из них наблюдается сочетание гиперопеки с недостаточностью требований-запретов к ребенку и минимальностью по отношению к нему санкций за

нарушение ребенком требований, предъявляемых к нему. Нередко мать демонстрирует свою любовь к ребенку в виде постоянных напоминаний о ее жертвах, принесенных во имя здоровья ребенка: разрушенной карьере, планах, материальных затратах. Отказ родителя (прежде всего, матери) от личной жизни, близких отношений с мужем, друзьями также принадлежит к наиболее распространенным жертвам. Эти идеи крайне болезненно воспринимаются детьми, так как, в свою очередь, порождают у них чувство вины.

Ребенок воспринимает растущее напряжение в отношениях с родителями как свидетельство утраты их любви (зачастую это сопровождается переживаниями, вызванными чувством вины). Ухудшения физического состояния (или их симуляция) вызывают «суррогатную любовь», заботу, которой ребенок удовлетворяется. В дальнейшем такой стиль поведения упрочивается, развиваются стойкие ипохондрические проявления. Язык болезни, симптомов становится основным в диалоге с миром, мотив сохранения здоровья – ведущим. Другим отдаленным последствием онкологического заболевания у детей является своеобразная реализация тревоги в виде «игры со смертью». Дети как бы бросают вызов смерти, прорабатывают свое отношение к ней, проявляя аутодеструктивное поведение. Часто подростки усваивают «инвалидное поведение» как метод манипуляций и получения выгоды

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

Начиная со школьного возраста, а иногда и раньше, дети сознают, что для близких их болезнь стала ударом, и реагируют на ситуацию, исходя из отношения к ней родителей. У больных детей, помимо высоких уровней тревоги, выявляются внутренние конфликты, связанные с недопониманием их взрослыми. Дети чувствуют себя покинутыми, у них формируются патологические отношения с семьей: либо деспотичное поведение больного ребенка с полным игнорированием интересов семьи, либо безразличное отношение к окружению с уходом в свои проблемы, либо, наконец, полная зависимость от родителей с чувством вины перед ними, восприятием болезни как «наказания» за свое «плохое» поведение. Нередко у детей появляется повышенный интерес к своей болезни: они не по возрасту ориентируются в медицинской терминологии, мероприятиях, связанных с лечением, интересуются ходом лечения, прислушиваются к разговорам окружающих о болезни, высказывают опасение за свое здоровье.

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

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

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

Ребенок-инвалид с момента диагностирования болезни попадает в совсем иную систему отношений нежели здоровый ребенок. Эта система отношений в первую очередь определяется родителями и близкими родственниками, ориентируется на болезнь ребенка, на то, чтобы любой ценой вылечить его, облегчить его физические страдания. В результате ребенок оказывается в ситуации, когда он все время чего-то не может, ему что-то нельзя, ему что-то недоступно.

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

- малый репертуар возможных форм общения ребенка с окружающими, пассивность и потребительство в отношениях;
- «монологичность» ребенка-инвалида, незнание им точек зрения других людей (в самом широком смысле, а не только в когнитивном), некоторый эгоцентризм сознания;
- неспособность ребенка-инвалида выбирать стратегию собственного поведения, отвечать за свои поступки, неумение жить в ситуации выбора и многовариативности, отсутствие опыта принятия решения в ситуациях, где это необходимо делать;
- незнание границ собственных возможностей; ребенок, не испробовав все возможные виды деятельности, не «исследовав» себя, свой дефект, не относясь к нему как к чему-то данному, понятному и «неглавному» в себе, не может принять себя как «неинвалида».

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

Выход ребенка в ремиссию – критический этап жизни семьи. Многие годы семья продолжает испытывать последствия перенесенного стресса. Нарушения психологической адаптации семьи больного ребенка можно рассматривать в аспекте посттравматических стрессовых реакций, осложненных так называемым «дамокловым синдромом»: источник стресса временно устранен, но не исчез, так как сохраняется вероятность рецидива. При этом сами родители оценивают свое психологическое состояние как ухудшающееся, в то время как опасения за жизнь ребенка отходят на второй план.

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

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

Контрольные вопросы

1. Охарактеризуйте материальные проблемы семей, имеющих детей с онкозаболеванием.
2. Какие возникают сложности у семьи, имеющего ребенка с онкозаболеванием, при трудоустройстве.
3. Перечислите жилищные проблемы семей, имеющих детей с онкозаболеванием.

4. Охарактеризуйте психологические проблемы семей, имеющих детей с онкозаболеванием.
5. В чем заключаются проблемы в обучении у детей с онкозаболеваниями?
6. Раскройте особенности социальной адаптации детей, имеющих онкологические заболевания.
7. Охарактеризуйте социальные последствия, которые возникают в результате перенесенного в детстве онкологического заболевания.

Тема 5. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА ВО ФТИЗИАТРИИ

Фтизиатрия – (фтиза с лат. – чахотка, истощение) – наука изучающая туберкулез. Туберкулез – одно из самых тяжелых неэпидемических инфекционных заболеваний, относящихся к социально-значимым заболеваниям. Среди клиентов социального работника большое место занимают больные туберкулезом, т.к. чаще всего туберкулезом болевают социально-дезадаптированные лица.

Эпидемиологическая обстановка в России в связи с заболеваемостью туберкулезом в последние годы значительно ухудшилась, и в настоящее время ее следует расценивать как чрезвычайную. Причиной высокой заболеваемости туберкулезом является не только ухудшение жизненного уровня населения в период перестройки общественного уклада страны, но и рост миграционных процессов. В связи с продолжающимися миграционными процессами нарастает число неизвестных источников инфекции, значительную часть которых составляют мигранты, переселенцы, беженцы, бездомные, бывшие заключенные и др. социально-неблагополучные группы населения.

Среди них наиболее эпидемиологически опасными и в то же время трудно привлекаемыми к обследованию являются лица без определенного места жительства. Выявляемость туберкулезом среди социально-дезадаптированных групп населения в 110 раз, а смертность в 40 раз выше, чем среди всего населения. Крайне неблагоприятная обстановка складывается в пенитенциарных учреждениях, где заболеваемость туберкулезом в 42 раза превышает фоновую.

Важным фактором, способствующим росту заболеваемости, является сокращение охвата населения профилактическими осмотрами и уменьшение доли больных туберкулезом, выявленных на ранних стадиях.

Туберкулез становится слишком опасной болезнью, уносящей гораздо больше жизней, чем любое другое инфекционное заболевание. О критической эпидобстановке в мире ВОЗ объявила еще в 1993 г. К этому времени туберкулезом была инфицирована уже треть населения планеты.

Ущерб, нанесенный экономике РФ в результате утраты трудоспособности в связи с заболеванием туберкулезом и смертности граждан от туберкулеза, а также из-за необходимости уничтожения скота, зараженного туберкулезом, только за один год составляет в среднем около 700 млрд. рублей.

Возбудителем туберкулеза являются микобактерии туберкулеза, главным образом человеческого, редко бычьего, в исключительных случаях – птичьего. Источником заражения являются больные люди или домашние животные, преимущественно коровы. Чаще всего заражение происходит аэрогенным путем при вдыхании с воздухом мельчайших капель мокроты, в которой содержатся микобактерии. Возможно заражение через молоко, мясо, яйца. МТ у 5-10 % больных устойчивы к противотуберкулезным препаратам.

Впервые проникшие в организм МТ распространяются в нем различными путями – гематогенным, лимфогенным, бронхогенным. При этом в различных органах, главным образом в лимфатических узлах и в легких, могут образовываться отдельные или множественные туберкулезные бугорки или более крупные очаги, для которых характерны элементы некроза. Одновременно появляется положительная реакция на

туберкулин, так называемый туберкулиновый вираж, устанавливаемый по внутрикожной пробе Манту. При достаточной сопротивляемости организма, при заражении небольшим количеством МТ туберкулезные бугорки и очаги рассасываются, рубцуются, ликвидируются спонтанно. При массивной инфекции под влиянием других неблагоприятных факторов (нарушение питания, др. тяжелых заболеваний, хроническое переутомление и пр.), ведущих к снижению иммунитета организма, развивается клинически выраженный первичный туберкулез.

Оставшиеся в «закрепощенных» туберкулезных очагах и рубцах МТ могут пробуждаться и размножаться. Этому способствуют те же условия, которые благоприятствуют развитию первичного туберкулеза. Тогда вокруг старых очагов возникает воспаление и инфекция распространяется лимфогенным, бронхогенным или гематогенным путем. Так развивается вторичный туберкулез.

Туберкулез поражает практически все органы и системы организма. Наиболее частой локализацией туберкулеза являются органы дыхания.

Для медицинского обслуживания больных туберкулезом в системе здравоохранения создана сеть специализированных лечебно-профилактических учреждений, основным из которых является противотуберкулезный диспансер. В состав диспансера входит поликлиника и стационар. Принцип работы диспансера участковый. Диспансеры работают в тесном контакте с поликлиниками, центром государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Именно в поликлинике чаще всего выявляется туберкулез. На терапевтических участках поликлиник проводится отбор лиц с высокой вероятностью заболевания туберкулезом для последующего их обследования в ближайшие 13 месяцев.

С целью профилактики туберкулеза проводится обследование лиц из окружения новорожденного за 3 месяца до рождения ребенка. Новорожденным на 5-й день делается прививка против туберкулеза.

Главная роль в лечении и профилактике туберкулеза принадлежит противотуберкулезному диспансеру. Медико-социальный патронаж является неотъемлемой частью диспансерного метода, при этом объектами медико-социального патронажа являются не только больные, но и контактные лица, которые также находятся под диспансерным наблюдением и получают профилактическое лечение.

Профилактика включает социально-профилактические и санитарно-гигиенические мероприятия по оздоровлению условий жизни, труда и быта населения. Предохранительные прививки вакциной БЦЖ проводят всем новорожденным, а также подросткам 7-14 лет. Вакцинируют и лиц до 30 лет с отрицательной реакцией Манту. Химиопрофилактика прежде всего проводится детям, подросткам и взрослым, которые имеют тесный контакт с больными, выделяющими МТ, а также детям с резко выраженной реакцией Манту.

Для своевременного выявления больных туберкулезом детей применяют туберкулиновые пробы, а у лиц старше 12 лет – флюорографию, которая проводится не реже 1 раза в 2 года, а некоторых городах – ежегодно.

Особое значение в профилактике туберкулеза имеют меры по устранению контакта больных со здоровыми людьми: предоставление семьям, где имеется больной с открытой формой туберкулеза, отдельной квартиры, а в ней - изолированной комнаты для больного; строгий медицинский контроль за персоналом, работающим в детских учреждениях, торговли пищевой промышленности.

Активное сотрудничество медицинских и социальных работников с миграционными службами и организация своевременного обследования социально-дезадаптированных групп населения – одно из важнейших направлений общественной профилактики туберкулеза.

Работа социального работника при решении социально-медицинских проблем, как правило, осуществляется в контакте с фтизиатром противотуберкулезного диспансера и участковой медицинской сестрой диспансера и включает следующие мероприятия:

- а) восстановление утерянных паспортов либо их получение после выхода из мест лишения свобод, получение прописки;
- б) помощь в оформлении медицинских полисов и инвалидности;
- в) обеспечение бациллярных больных жильем (бациллярные – это те больные, которые выделяют в окружающую среду палочку туберкулеза и являются источником заражения для окружающих людей);
- г) организация трудоустройства после излечения, особенно декретируемых групп населения (после перенесенного туберкулеза человек не имеет права работать на предприятиях общественного питания, в детских учреждениях);
- д) восстановление на рабочих местах после незаконного увольнения в связи с болезнью (лечение от туберкулеза длится не менее года и многие работодатели незаконно увольняют больных, имеющих лист временной нетрудоспособности);
- е) определение детей из семей больных, проходящих длительное лечение, в интернаты или специализированные детские сады (особенно в тех случаях, когда курс лечения проходят оба родителя или у ребенка имеется только один родитель);
- ж) организация обучения и обеспечения вещами первой необходимости больных детей, особенно из асоциальных семей (в диспансере организовано обучение детей по основным предметам приходящими учителями, некоторые подростки прямо в диспансере получают аттестат о среднем образовании);
- з) захоронение умерших бомжей, болеющих туберкулезом;
- и) правовое консультирование больных и членов их семей;
- к) проведение психологической коррекции и релаксации (длительное нахождение в закрытом стационаре оказывает негативное воздействие на психику человека);
- л) санитарно-просветительская деятельность.

Контрольные вопросы:

1. Охарактеризуйте эпидемиологическую обстановку по туберкулезу в России.
2. Перечислите медицинские и социальные проблемы, связанные с заболеваемостью населения туберкулезом.
3. Назовите пути передачи и проявления туберкулеза.
4. Как организована работа противотуберкулезного диспансера?
5. Как осуществляется профилактика туберкулеза?
6. Перечислите основные мероприятия, осуществляемые социальным работником во фтизиатрии.

Тема 6. СОЦИАЛЬНО - МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА В НАРКОЛОГИИ

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

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

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

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

Алкоголизм, наркомания и токсикомания — наиболее значимые социальные болезни. Психически активные вещества (ПАВ) могут рассматриваться как исторически выявленные и социально закрепленные адаптогены, т.е. средства, способствующие адаптации (истинной или иллюзорной) к условиям и требованиям жизни благодаря своему воздействию на психическое состояние — настроение, эмоции, тонус, поведение. В качестве социальных адаптогенов ПАВ включаются в механизмы индивидуального и группового поведения, массовой культуры, занимая важное место в бытовых обычаях, традициях, формах коммуникации и досуга.

Необходимо учитывать специфику медико-социального статуса различных групп пациентов наркологического профиля при составлении программ медико-социальной работы.

1. Группа повышенного риска развития наркологической зависимости характеризуется наличием клинической и субклинической патологии, формирующей предрасположенность к употреблению ПАВ и развитию наркологических заболеваний, а также наследственной отягощенностью. Выраженность собственно наркологических проблем зависит от совокупности эндогенных (внутренних) и экзогенных (внешних) факторов, способствующих вовлечению клиента в алкогольную и наркотическую зависимость. Правовые проблемы могут возникнуть в связи с запретом употребления определенных ПАВ в обществе, проявлениями неадекватного поведения членов семьи, наличием статуса беженца или инвалида, а также совершением правонарушений в связи с конфликтами, участием в криминальных группах.

Перечисленные особенности этой группы должны учитываться в ходе медико-социальной работы с ее участниками. Необходимо проводить профилактику неблагоприятного развития и декомпенсации соматического и психического статуса, выявлять принадлежность к конкретной группе риска, регулярно контактировать с клиентами, проводить целенаправленную работу с целью заставить клиента отказаться от употребления ПАВ. Требуется комплексная психокоррекционная работа, включающая групповой и индивидуальный тренинг социальных и коммуникативных навыков и приемов саморегуляции, вовлечение в благополучную социальную микросреду.

2. Члены семей наркологических больных и их ближайшее окружение представляют собой группу, особенностями которой являются медицинские проблемы, связанные с личностной реакцией на длительную или острую психотравмирующую ситуацию; потребность в медицинской помощи возникает периодически в период обострения конфликтов или на «пике» фрустрации, причем организация этой помощи затруднена в связи с боязнью членами семьи больного социальной огласки. Собственно наркологические проблемы возникают при наличии «семейного пьянства», в том числе в рамках феномена созависимости. Социальная дезадаптация обуславливается как тяжестью дезадаптивного поведения больного члена семьи, так и собственными личностными и микросоциальными проблемами. Правовые проблемы могут возникнуть в связи с неправильным поведением больного члена семьи, собственной неадекватной реакцией на ситуацию, нарушениями поведения в рамках созависимости - это когда окружение больного наркоманией, характеризуется стойкой деформацией поведения.

Особенность социальной работы с данной группой — целенаправленная профилактика как неадекватного поведения больного члена семьи, так и развития

декомпенсации психического и соматического статуса у членов его семьи и его ближайшего окружения, информирование соответствующих служб о наличии социальных проблем, организация наркологической и другой помощи с целью оптимизации личностного и социального статуса.

К мероприятиям, направленным на социальное оздоровление, относятся коммуникативный тренинг, социально-психологический тренинг, техника самоконтроля, семейная психотерапия, оценка социального статуса семьи в целом и отдельных ее членов, выявление потенциальных проблем, приобщение к социально благополучному кругу общения и др.

3. Для группы длительно и часто болеющих пациентов наркологического профиля характерны медицинские проблемы, обусловленные тяжестью основного заболевания, его осложнениями и последствиями; возможна одновременно зависимость от нескольких ПАВ. Нередко характерны патологическая адаптация к болезни, отсутствие выраженных терапевтических установок, возможны нарастающая вторичная социальная дезадаптация и созависимость в ближайшем социальном микроокружении, а также возникновение правовых проблем в силу наркологической патологии и привлечения к лечению.

Особенности медико-социальной работы с данной группой клиентов — содействие в обеспечении специфического долгосрочного лечения в оптимальных условиях, решении проблем определения трудоспособности и инвалидности, семейное консультирование и семейная психотерапия, выявление потенциальных проблем и их предупреждение, содействие включению в работу терапевтических сообществ.

4. Работая с группой больных наркологического профиля, имеющих выраженные социальные проблемы, специалисты учитывают тяжесть наркологических расстройств, часто сопровождающихся сопутствующими личностными и психическими отклонениями, антисоциальными установками; анализируют социальную дезадаптацию в одной или нескольких фазах социального функционирования, криминальный анамнез, прохождение принудительного лечения в прошлом и актуальные правовые проблемы.

Особенности медико-социальной работы с этой группой клиентов — выявление окружающего больного неблагополучного контингента и его оздоровление, личностно-ориентированная психотерапия, психическая саморегуляция, содействие в проведении наркологического лечения и реабилитации в условиях, оптимизирующих социальный статус (терапевтические сообщества, группы взаимопомощи), комплексная оценка социального статуса и предупреждение потенциальных проблем, содействие в решении материальных проблем больного за счет реализации его собственного потенциала (в частности, профессиональное обучение и трудоустройство). Правовая помощь наряду с юридическим консультированием направлена на предупреждение общественно-опасных действий, взаимодействие с правоохранительными органами и др.

5. Специфической группой являются инвалиды, причем инвалидность в данном случае устанавливается не по основному заболеванию наркологического профиля, а по его осложнениям и сопутствующим заболеваниям. Это объясняется отсутствием критериев определения тяжести зависимости от ПАВ. Для данной группы больных характерно наличие тяжелой и разнообразной патологии, сопровождающейся утратой трудоспособности в той или иной степени, в связи с чем они постоянно нуждаются в лечении и медицинском наблюдении. Деградация личности, снижение интеллектуального уровня, патологическая адаптация к болезни, сильная психическая зависимость от ПАВ обуславливают возникновение психологических проблем. Как правило, социальная дезадаптация инвалидов проявляется во многих сферах — микросоциальной, семейной и трудовой;

имеется потребность в социальной опеке. Некоторые пациенты имеют криминальный анамнез или правовые проблемы; характерны экономическая зависимость и материальная нужда.

Перечисленные проблемы определяют направленность медико-социальной работы с данной группой больных: содействие в получении помощи в связи с заболеванием наркологического профиля и заболеванием, которое является причиной инвалидности; профилактика срывов и рецидивов болезни; содействие в прохождении медико-социальной экспертизы; семейное консультирование и семейная терапия; обеспечение благополучного социального микроокружения; решение проблем трудоустройства (восстановление профессиональной квалификации, содействие переквалификации, изменение режима и характера труда); содействие в получении пенсий, социальных пособий и выплат; содействие в решении жилищных проблем, включая помещение таких больных в специальные общежития или интернаты. Правовая помощь таким клиентам — это участие в определении дееспособности, в возможной опеке и попечительстве; содействие в осуществлении родительских функций; при необходимости контроль за соблюдением режима административного надзора.

Технологии медико-социальной работы с наркологическими больными предусматривают профилактические, лечебные и специализированные программы.

Профилактические программы направлены на предупреждение потребления алкоголя и (или) наркотиков, злоупотребления ими, а также предупреждение любых форм отклоняющегося поведения. Объекты целенаправленного воздействия — в основном дети и подростки в целом и те группы, в которых риск приобщения к приему ПАВ особенно велик. К группам риска относятся дети с отягощенной (особенно в наркологическом плане) наследственностью; воспитывающиеся в неблагополучных, дисфункциональных семьях; воспитывающиеся в семьях с наличием лиц, злоупотребляющих алкоголем или больных алкоголизмом или наркоманией; отягощенные в органическом, личностном, поведенческом плане, в том числе с пониженным уровнем интеллекта, отстающие в личностном и социальном развитии. Работа с такими группами риска ведется в учебных заведениях, специализированных учреждениях и др.

Лечебные программы предусматривают раннее выявление и направление на лечение больных с той или иной наркологической проблематикой. Центральное место занимают собственно терапевтические программы, цель которых — оказание больным лечебной помощи, удержание их в режиме трезвости или отказа от приема наркотиков (т.е. в ремиссии), проведение мер вторичной и третичной профилактики (восстановление физического, личностного и социального статуса больных). Не менее важны программы, в рамках которых осуществляется социально-психологическая помощь членам семей и ближайшему окружению клиентов, корректируется их личностный, семейный и трудовой статус — в частности это программы «помощи на рабочих местах» (непосредственно на предприятиях, в учреждениях, организациях и т.п.).

Специализированные программы, неразрывно связанные с терапевтическими, предусматривают реабилитацию, реадaptацию, ресоциализацию наркологических больных. В рамках этих программ преодолеваются разрывы и противоречия между личностью и обществом. Бывший больной вновь интегрируется в макро- и микросоциум с максимальным учетом его индивидуальных особенностей, склонностей, возможностей, а также с учетом реалий его семейного и трудового модуса, данной общины, социально-экономической ситуации в ней.

Сеть учреждений социального обслуживания, занимающихся профилактикой и решением наркологических проблем, в России лишь начала формироваться. Создается нормативно-правовая база деятельности социальных работников в наркологии.

Примером технологии медико-социальной работы в сфере наркологии является деятельность отделений медико-социальной помощи детям и подросткам, открывшихся в ряде наркологических диспансеров страны. В них осуществляются:

- лечебно-диагностическая и психокоррекционная помощь детям и подросткам и их семьям;
- выявление источников и причин социальной дезадаптации несовершеннолетних;
- профилактическая работа по предупреждению пьянства, алкоголизма, наркомании среди детей и подростков;
- разработка и обеспечении реализации индивидуальных программ социальной реабилитации детей и подростков, включающих профессионально-трудовой, учебно-познавательный, социокультурный, физкультурно-оздоровительный и иные компоненты;
- подготовка рекомендаций и взаимодействие с семьями дезадаптированных детей и подростков для обеспечения непрерывности коррекционно-реабилитационных мероприятий в домашних условиях;
- взаимодействие с заинтересованными ведомствами в решении дальнейшей судьбы несовершеннолетних.

Такие отделения состоит из амбулаторно-поликлинической части и стационаров дневного и круглосуточного пребывания (последний играет роль приюта, прежде всего для детей из семей алкоголиков и наркоманов).

В амбулаторно-поликлинической части отделения реализуются профилактическая, лечебная и специализированная программы. Они тесно взаимосвязаны и направлены на выявление, лечение и социальную реабилитацию подростков с алкогольной или наркотической зависимостью, членов их семей, детей из семей алкоголиков и наркоманов, а также на профилактику химической зависимости среди детей и подростков, Отделение тесно взаимосвязано с другими структурными подразделениями наркологического диспансера. Взрослые больные, проходящие лечение в диспансере и участвующие в программах выздоровления, используют отделение медико-социальной помощи детям и подросткам для реабилитации своих детей. Принципы добровольности обращения и участия в лечебных и послелечебных программах и анонимности, являющиеся основой работы отделения, обеспечивают более активное обращение детей и их родителей в это отделение, чем в подростковый кабинет наркологического диспансера, в котором сохранена традиционная система постановки больных на учет и наблюдения за ними.

Таким образом, отделения медико-социальной помощи детям и подросткам наркологических диспансеров осуществляют комплекс дифференцированных программ, ориентированных на различные контингенты.

Профессиональный интерес в рассматриваемой области представляет **программа медико-психологической помощи несовершеннолетним, их социальной реадaptации и реабилитации**. В соответствии с этой программой с 1992 г. в Москве функционирует новое по форме учреждение социальной помощи населению — Центр медико-психологической помощи детям и подросткам Юго-Западного округа с приютом-убежищем при фонде «Нет алкоголизму и наркомании». Приют предоставляет временное убежище (до 6 мес.) детям и подросткам в возрасте до 16 лет, оказавшимся в кризисной ситуации, с

различными формами и степенью тяжести дезадаптации; он стал эффективной моделью «открытой» стационарной службы оказания социальной, медицинской, психологической, правовой помощи дезадаптированным детям, 98% которых — это дети лиц, злоупотребляющих алкоголем или больных алкоголизмом.

Таким образом, наркомания — тяжелая, опасная для жизни болезнь, а молодежь, подростки (а иногда и дети), проявляющие интерес к наркотическим и токсикоманическим средствам, составляют группу риска. Поэтому задача взрослых, в первую очередь родителей и педагогов, уберечь молодое поколение от беды. А это возможно лишь в случае грамотности в этом вопросе тех и других и совместного принятия своевременных мер предупреждения бедствия, постигшего Россию в конце XX в. Чтобы достичь успеха в этой борьбе, необходимо разобраться в причинах, обусловивших небывало высокие темпы развития этого негативного явления в нашей стране и определить главные направления на пути его преодоления.

Мировой исторический опыт доказывает: одним лишь изданием указов, ограничивающих потребление алкоголя, табака, наркотиков и их суррогатов, решить проблему вряд ли удастся.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определения следующим понятиям: «наркомания», «наркотическая зависимость», «наркологическая помощь».
2. Охарактеризуйте специфику социально-медицинской работы с группой повышенного риска развития наркологической зависимости.
3. Охарактеризуйте специфику социально-медицинской работы с членами семей наркологических больных.
4. Охарактеризуйте специфику социально-медицинской работы с группой длительно и часто болеющих пациентов наркологического профиля.
5. Охарактеризуйте специфику социально-медицинской работы с группой больных наркологического профиля, имеющих выраженные социальные проблемы.
6. Охарактеризуйте специфику социально-медицинской работы с группой инвалидов, имеющих наркологическую зависимость.
7. Перечислите и охарактеризуйте программы, предусмотренные в технологии социально-медицинской работы с наркологическими больными.

Тема 7. **СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА С ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ**

Травматизм является важной социально-медицинской проблемой, решение которой неразрывно связано с улучшением состояния здоровья населения, со снижением инвалидности, смертности, увеличением средней продолжительности предстоящей жизни. Кроме большого личного горя, травматизм наносит большой общественный и экономический ущерб.

Особенностями современного общества являются урбанизация, усиление миграционных процессов, перенаселенность крупных городов, увеличение транспортных средств, повышение скорости передвижения, распространение новых технологических процессов на производстве и в сельском хозяйстве, использование техники в быту и т. д. Все это увеличивает риск травматизма у современного человека. В результате во всем мире наблюдается резкое увеличение числа несчастных случаев, что позволяет говорить об «эпидемии травматизма».

Тревогу вызывает возросший в последние годы транспортный травматизм, составляющий 30-40% от всех несчастных случаев. Большое число случаев смерти связано с производственными и бытовыми травмами. Большое число случаев смерти связано с производственными и бытовыми травмами. Увеличилось число травм среди спортсменов. Травматизм – это часть общей заболеваемости населения.

Травматизм — совокупность вновь возникших травм у определенной группы населения за определенный промежуток времени (например, за год). Различают производственный, непроизводственный (бытовой), спортивный травматизм и травматизм у детей.

Производственный травматизм делится на промышленный и сельскохозяйственный. К непроизводственному относятся: причиненный транспортом, бытовой и уличный. К спортивному травматизму относятся травмы, полученные при занятиях спортом и физической культурой.

Социально-медицинская работа складывается из профилактики травматизма и организации травматологической помощи пострадавшим.

Производственный травматизм

Производственными считаются травмы:

- на территории предприятия в течение рабочего времени (включая установленные перерывы);
- вне территории предприятия при выполнении пострадавшим трудовых обязанностей;
- при следовании на работу или с работы на транспорте предприятия;
- при острых отравлениях, тепловых ударах, поражении молнией, обморожениях, происшедших на производстве;
- при несчастных случаях, происшедших с рабочими (учащимися, студентами), направленными в установленном порядке на другое предприятие и выполнявшими там работу под руководством его персонала;
- в состоянии алкогольного опьянения, если основной технической или организационной причиной явилось нарушение правил и норм охраны труда.

Кроме того, к несчастным случаям на производстве приравнивается утрата трудоспособности при выполнении: донорских функций; государственных или общественных обязанностей, а также выполнении специальных заданий государственных, профсоюзных или иных общественных организаций, даже если эти задания не были связаны с основной работой; долга гражданина по спасению человеческой жизни, по охране государственной собственности и правопорядка.

Каждая травма влечет за собой различные виды материального ущерба, связанного с расходами на оказание медицинской помощи, по линии социального страхования, а также экономического ущерба вследствие невыпущенной продукции из-за нетрудоспособности пострадавших.

Пути первичной профилактики:

- укрепление трудовой и производственной дисциплины;
- соблюдение правил техники безопасности и строгий контроль за ее исполнением;
- устранение вредных и опасных условий труда, достаточное обеспечение работников средствами индивидуальной и коллективной защиты;
- психогигиена труда на производстве.

Транспортный травматизм

Особую тревогу вызывает возросший в последние годы транспортный травматизм, составляющий 30-40% от всех несчастных случаев. Транспортный травматизм характеризуется преобладанием сложных комбинированных травм, треть которых приходится на тяжелые травмы головы. Основными причинами транспортного травматизма являются грубые нарушения дорожного движения водителями автотранспорта и пешеходами. Имеет значение недостаточный врачебный контроль при отборе лиц для обучения вождению автомобиля. Уменьшение тяжести последствий транспортных происшествий зависит от своевременности оказания медицинской помощи на месте происшествия, характера этой помощи и способа доставки пострадавшего в стационар.

Детский травматизм

Значительной медико-социальной проблемой является детский травматизм. По статистике травмы, полученные при несчастных случаях, стали главной причиной смерти и инвалидности детей. В России каждый год один ребенок из трех получает повреждения, требующие медицинского вмешательства или ограничивающие повседневную активность ребенка, в том числе и учебу. В структуре детского травматизма преобладает бытовой (70%). Различают также следующие виды детского травматизма: транспортный, спортивный и школьный.

К числу наиболее уязвимого контингента относятся дети первых 6 лет жизни: на их долю приходится около 42% от общего числа несчастных случаев и травм. Частота травм у мальчиков в 2 — 3 раза выше, чем у девочек.

Причины и виды бытового травматизма у детей

Наиболее частый вид бытового травматизма у детей — это различного рода повреждения: ушибы, ссадины, раны, переломы, вывихи и сотрясение мозга, в основном возникающие в результате падений со стульев, табуреток, подоконников, а на улице — с крыш, деревьев, качелей, горок и т. д.

К бытовым травмам относятся и ожоги. Более половины обожженных детей нуждаются в госпитализации, каждый из 10 — в повторных операциях. Большая часть обожженных — дети в возрасте до 4 — 5 лет. Самые маленькие обычно опрокидывают на себя горячие жидкости, ребята среднего и старшего возраста получают ожоги во время игр с огнеопасными предметами и вблизи костров. Весьма опасны поражения детей электрическим током, который вызывает не только глубокие ожоги, но и остановку сердца, дыхания. Причины поражения детей электрическим током: неисправная электропроводка, желание исправить самостоятельно, исследование содержимого электророзеток (втыкание в них шпилей, скрепок, проволоки), маленькие дети берут в рот концы оголенных проводов.

Проблема отравлений и инородных тел у детей по-прежнему актуальна, т. к. занимает 4-е место в структуре травматизма (после уличной, ожоговой травм и утоплений). Статистика свидетельствует, что в 75 — 80% случаев отравления происходят из-за небрежного хранения лекарств. Не менее 20% случаев отравлений лекарственными средствами у детей происходит по ошибке родителей, когда они используют фармакологические препараты по своему разумению.

Доля уличных травм заметно увеличивается с возрастом, и самый удельный вес их среди детей 3 — 6 лет (свыше 40%). Это связано со значительным ослаблением присмотра со стороны взрослых. Из каждых 100 травмированных детей на улице 17 получают их в детских дошкольных учреждениях: падения, удары предметами или о предметы, ранения ножницами, разбитой стеклянной посудой. Пик детского уличного травматизма приходится на апрель и летние месяцы. Это связано с более длительным пребыванием детей в теплое время года на улице, зачастую без присмотра взрослых.

Пики ***транспортного травматизма*** приходятся на школьные каникулы и начало учебного года. Травмы, полученные на улице при пешеходном движении, составляют около 20% всех повреждений. Травмы в результате дорожно-транспортных происшествий составляют чуть более 1%, однако эти травмы отличаются наибольшей тяжестью, всегда требуют госпитализации и нередко становятся основной причиной инвалидности детей в раннем возрасте.

Причинами ***спортивного травматизма*** у детей чаще всего являются недостаточная проверка подготовки спортивного инвентаря, неблагоустроенность спортивных залов, недостаточная квалификация преподавателей физкультуры, отсутствие надзора со стороны взрослых при занятиях спортом вне школьных занятий.

В школе на первом месте по числу случаев стоят травмы, полученные на переменах. Скованные железной дисциплиной урока, дети выплескивают накопившуюся энергию в коридорах. Нередко это превращается в неконтролируемую беготню со

столкновениями, потасовками и даже в драки. Оборудование рекреационных помещений также таит в себе опасность (ребра чугунного радиатора отопительной системы, стеклянные двери, щербатые ступеньки лестниц и пр.). Существует группа травм, которые ученики получают во время занятий: опыты с химическим и физическим оборудованием, неумелое пользование электроприборами и др.

Социальные проблемы детского травматизма:

безнадзорность детей;
неорганизованный быт в семье;
неорганизованные занятия спортом;
необустроенность дворов, детских площадок для игр у домов, недостаточное количество хорошо организованных детских парков для развлечений;
несоблюдение водителями (отечественными) правил дорожного движения вблизи пешеходных переходов и пр.;

недостаточное количество инвалидных колясок, протезного оборудования.

Медицинские проблемы детского травматизма:

- необходимость применения широкого комплекса реабилитационных мероприятий, позволяющих вернуть обществу здорового ребенка;
- трудности протезирования (в связи с ростом ребенка протезы необходимо менять каждые полгода);
- практическое отсутствие специализированных медицинских учреждений санаторно-курортного типа, в которых дети с травмами после лечения могли бы получить полный курс реабилитационной терапии, совмещая его с учебой.

Для профилактики детского травматизма необходимы совместные усилия широкой общественности, педагогов, органов милиции, медиков.

К мероприятиям профилактической направленности можно отнести следующие;

- регулярное освещение средствами массовой информации широких слоев населения причин детского травматизма и мер его профилактики;
- усиление санитарно-просветительской работы среди населения: родителей, учителей, воспитателей, с привлечением к этому процессу работников службы безопасности дорожного движения, детских хирургов, ортопедов-травматологов, педагогов;
- обучение правилам дорожного движения детей в дошкольных детских учреждениях и в школах;
- организация работы образовательных учреждений по планированию классных часов и работы с родителями по безопасности дорожного движения;
- организация работы по проведению тестирования обучающихся 1—6-х классов по ситуационной транспортной культуре;
- проведение викторин по проблемам безопасности дорожного движения и травматизма у детей;
- выпуск наглядных пособий в виде листовок и буклетов;
- подготовка и повышение квалификации педагогических кадров школ, колледжей по проблемам профилактики травматизма и оказания неотложной медицинской помощи при травмах и отравлениях;
- создание благоприятного двигательного режима учащихся в школе (физкультминутки во время занятий и пр.);
- усиление ответственности комиссий по приемке спортивных сооружений образовательных учреждений на готовность к новому учебному году, а также в комиссиях по испытанию спортивного оборудования и приемке в эксплуатацию вновь устанавливаемого спортивного и тренажерного оборудования;
- проведение занятий по физкультуре и тренировок в присутствии инструктора, обеспечение надежной «страховки», правильная организация врачебного контроля.

Мероприятия социально-медицинской работы патогенетической направленности:

- содействие в организации лечения и медицинского контроля;
- содействие в организации лечения и медицинского контроля;
- организация медико-социальной помощи и ухода за больным;
- содействие в обеспечении специфического долгосрочного лечения в оптимальных условиях с учетом особенностей травмы;
- семейное консультирование и семейная психокоррекция;
- направление на медико-социальную экспертизу;
- психотерапия и психокоррекция;
- семейное консультирование;
- участие в разработке индивидуальной программы реабилитации инвалида;
- проведение мер медицинской реабилитации инвалидов — восстановительного и санаторно-курортного лечения, клиничко-функционального контроля;
- проведение мер социальной реабилитации пострадавших детей (социальная помощь и социальные услуги, обеспечение средствами передвижения, протезами, соответствующими возрасту, и вспомогательными техническими средствами);
- обеспечение преемственности во взаимодействии со специалистами смежных профессий;
- содействие в оказании финансовой помощи.

Этапы травматологической помощи

Медицинская помощь пострадавшим оказывается поэтапно. Сначала — на месте происшествия. Первую неотложную помощь должны уметь оказывать сами люди, что достигается путем обучения широких масс населения приемам само- и взаимопомощи. Доврачебную помощь оказывают средние медицинские работники. Первая врачебная помощь оказывается бригадой «скорой медицинской помощи». Специализированную врачебную помощь оказывают врачи-хирурги в хирургических кабинетах поликлиник или хирургических отделениях, а также врачи-травматологи, травматологи-ортопеды в травматологических пунктах или травматологических отделениях больниц.

Профилактика травматизма

Травматизм занимает третье место в структуре инвалидности. В целях профилактики травматизма в нашей стране действуют законодательные акты об охране труда и внедрении современных безопасных методов работы. Каждый случай серьезной травмы на предприятии рассматривается на заседании специальной комиссии. В профилактических мероприятиях на производстве участвуют представители администрации, профсоюзов, работники здравоохранения и представители органов охраны труда.

Профилактика производственного травматизма очень сложна в организации. Большую часть производственного травматизма составляют травмы в быту (в связи с использованием бытовой техники, систем отопления, уличный травматизм зимой в связи с гололедом и пр.). Чаще всего это травмы верхних конечностей: ушибы и растяжения (около 50%), переломы и вывихи, реже ожоги. В профилактике производственного травматизма главную роль играет санитарно-просветительская работа среди населения.

Профилактика транспортного травматизма заключается в основном в обучении правилам дорожного Движения (в детских садах, школах), в ужесточении мер по штрафованию нарушителей правил дорожного движения, как среди водителей, так и среди пешеходов.

Вопросы для контроля

1. Дайте определение понятию «травматизм». Назовите виды травматизма.
2. Какой травматизм называют производственным?
3. Перечислите направления профилактики производственного травматизма.

4. Назовите причины и виды травматизма у детей.
5. Охарактеризуйте социальные и медицинские проблемы детского травматизма.
6. Перечислите мероприятия по профилактике детского травматизма.
7. Перечислите мероприятия патогенетической направленности медико-социальной работы при травмах у детей.

Тема 8. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА С ПСИХИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ И ЧЛЕНАМИ ИХ СЕМЕЙ

В настоящее время психические расстройства широко распространены во всех странах мира и являются важной медико-социальной проблемой. Медико-социальная значимость психических расстройств обусловлена рядом причин, а именно: эти заболевания дают высокую инвалидизацию заболевших и приводят к значительному экономическому ущербу; они могут изменять отношение человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношение общества к человеку.

Причины психических заболеваний разнообразны: наследственные факторы (велико их значение при таких заболеваниях, как олигофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия, шизофрения), неблагоприятные внешние факторы (инфекции, травмы, интоксикации, психотравмирующие ситуации), внутриутробное повреждение плода (болезни и травмы матери во время беременности могут стать причиной задержки психического развития), пьянство, наркомания, заболевания, осложнениями которых могут быть психозы (энцефалиты, сифилис мозга, сыпной тиф и некоторые формы гриппа, бруцеллез), пол и возраст (у мужчин психические расстройства встречаются чаще, чем у женщин, у мужчин чаще наблюдаются травматические и алкогольные психозы, у женщин – маниакально-депрессивный психоз).

Основные симптомы психических заболеваний: галлюцинации, бред, навязчивые состояния, расстройства сознания, памяти, слабоумие.

Психические заболевания редко становятся непосредственной причиной смерти. Умирают такие больные, как правило, от сопутствующих заболеваний, а также самоубийства и несчастных случаев. Поэтому большое социальное значение приобретает инвалидность при психических заболеваниях, имеющая свои особенности: чаще всего больные являются инвалидами первой и второй групп, реже – третьей; инвалидность является наиболее молодой. Т.к. смертность среди данной категории больных низкая, то психические больные существуют в обществе; как правило, эти люди нетрудоспособны, что создает значительную медико-социальную проблему.

О роли социального работника в психиатрических больницах. Обеспечить права граждан при оказании психиатрической помощи очень сложно, т.к. люди негативно относятся к психическим больным, а большинство таких больных, приспособившись к ужасающей действительности, больше всего боятся, что на работе узнают об их заболевании. Кроме того, психические больные традиционно ограничивались в правах, и это издавна было основанием для злоупотреблений именно в психиатрии. В связи с этим возникает необходимость социальной реабилитации инвалидов по психическим заболеваниям, восстановление их трудоспособности, возвращения их в жизнь общества. С этой целью социальные работники входят в штат психиатрической больницы.

Рост инвалидности среди лиц с психическими расстройствами во многом обусловлен наличием серьезных препятствий для их трудоустройства и трудовой реабилитации. В условиях рыночных отношений психически больные социально не защищены, их в первую очередь увольняют с работы, они испытывают серьезные проблемы с трудоустройством, с материальным обеспечением себя и своей семьи. Поэтому значительно возросло количество их обращений за медицинской помощью в областные учреждения здравоохранения, оказывающие психиатрическую помощь, что соответственно вызвало увеличение количества медико-социальных экспертиз.

Большинство экспертируемых граждан направляются на медико-социальную экспертную комиссию для решения вопроса об установлении инвалидности по психическому заболеванию. Увеличилось число утративших социальные связи и жилье больных с психическими расстройствами.

Психическое заболевание часто приводит к тому, что больной не может адаптироваться к современной жизненной ситуации, не может без посторонней помощи обслуживать себя, не соблюдает или нерегулярно соблюдает личную гигиену.

Больные психическими заболеваниями часто не могут выполнять обычные для здорового человека действия.

Части больных требуется помощь в восстановлении утраченных или получении новых документов (паспорт, полис ОМС, документы, подтверждающие право на жилье, пенсионное удостоверение, справки МСЭК). Всего, помимо социальной помощи, примерно треть больных нуждались в юридической помощи, в том числе для решения гражданско-правовых, семейно-правовых, жилищно-правовых и прочих правовых вопросов.

Зарубежный опыт и опыт отечественной психиатрии последних десяти лет показывает возрастающее значение профессиональной социальной работы в психиатрии в деятельности по защите прав и интересов лиц, страдающих психическими заболеваниями.

В настоящее время у нас в стране психиатрическая помощь оказывается мощной системой лечебно-профилактических учреждений, в которых трудится более 16 тыс. врачей-психиатров. В то же время, в Государственном докладе «О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2003 году» отмечается, что сегодня «...сведены практически к нулю возможности психиатрической службы по реабилитации психических больных (катастрофическое сокращение числа мест в ЛПУ)».

Не случайно социальная работа определяется Всемирной организацией здравоохранения как деятельность, близкая врачебной. Если основная цель психиатра – восстановление у пациента психического здоровья, то основная цель специалиста по социальной работе, работающего в психиатрии – восстановление социального статуса пациента, чего нельзя достичь без восстановления личности в правах.

В 1992 г. был принят Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». Данный Закон заложил ряд новых подходов к обеспечению граждан психиатрической помощью, основанных на международном опыте, и потребовал пересмотра всего процесса организации психиатрической помощи.

В соответствии с п. 2 ст. 5 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 1992 г. все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения. На основании ряда статей Семейного Кодекса, устанавливающих порядок выявления и устройства несовершеннолетних, оставшихся без попечения родителей и опекунов, был разработан механизм, сигналом к работе которого является решение лечащего врача-психиатра о готовности пациента к выписке. Он включает в себя *4 уровня вмешательства*.

1. Своевременное уведомление родителей или опекунов о завершении курса обследования и лечения ребенка с просьбой приехать за ним в указанный срок.

2. Если по истечении двухнедельного срока после отправки уведомления ребенок из отделения не вывезен, то при отсутствии ответа с указанием объективных причин этого, на основании статьи 121 и статьи 122 Семейного Кодекса РФ, информация о положении несовершеннолетнего направляется главе администрации муниципального образования по месту постоянного жительства ребенка.

При получении такого письма органы опеки и попечительства в течение 7 дней обязаны принять меры по защите прав несовершеннолетнего, оставшегося без попечения

родителей, и содействовать возвращению его на постоянное место жительства, а в особых случаях содействовать его дальнейшему устройству.

Как показывает трехлетняя практика, в 70% случаев органы опеки и попечительства реагируют достаточно своевременно и ребенок возвращается домой или в детский дом (школу-интернат), откуда он поступал в стационар.

3. В ряде случаев органы опеки и попечительства отказываются принимать участие в дальнейшем устройстве обследованных и пролеченных в психиатрическом стационаре несовершеннолетних, подлежащих выписке. Иногда ситуация обостряется тем, что отсутствует какая бы то ни было реакция на обращение. Тогда принимаются дальнейшие меры. Информация о нарушении прав несовершеннолетнего, оставшегося без попечения родителей, направляется в межрайонную прокуратуру по месту постоянного проживания пациента. На основании законодательства «О прокурорском надзоре» органы прокуратуры вмешиваются в ситуацию, что, как правило, приводит к достаточно быстрому и эффективному решению проблемы.

4. В тех случаях, когда проведенная на предыдущих этапах работа не привела к положительному решению вопроса, информация о несовершеннолетнем, оставшемся без попечения родителей с указанием всех известных обстоятельств дела направляется в Отдел по надзору за исполнением законов о несовершеннолетних областной прокуратуры. Как показывает практика, меры по решению проблемы после выхода на указанный уровень принимаются незамедлительно.

Права пациента в психиатрическом стационаре.

Статья 37 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 1992 г.

Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе:

- обращаться непосредственно к главному врачу по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрической больницы;
- подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату;
- исполнять религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией; иметь религиозную атрибутику и литературу;
- встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине;
- выписывать газеты и журналы;
- получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллекта, если пациент не достиг 18 лет;
- получать наравне с др. гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производственном труде.

Пациенты имеют также следующие права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача в интересах здоровья и безопасности других лиц:

- вести переписку без цензуры;
- получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;
- пользоваться телефоном;
- принимать посетителей;
- иметь и принимать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

Принудительное лечение.

Лечение без согласия пациента осуществляется в рамках Закона. Оно может быть назначено только комиссией врачей-психиатров, кроме неотложного состояния (например, в случае острого психоза, белой горячки).

Принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния.

Лица, госпитализированные принудительно (без его согласия или согласия его представителей) подлежат обязательному освидетельствованию комиссией психиатров в течение 48 часов для решения вопроса обоснованности госпитализации. При отсутствии оснований для госпитализации и нежелании больного оставаться в стационаре он немедленно должен быть выписан из психиатрической больницы.

Если же оснований достаточно, то заключение комиссии психиатров в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения психиатрической больницы. Судья обязан рассмотреть дело в течение 5 дней с момента принятия заявления.

Помещение лиц в психологические учреждения для социального обеспечения

Основаниями для помещения лиц в психоневрологические учреждения для социального обеспечения являются личное заявление лица, страдающего психическим расстройством, и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра, а для несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет или лица, признанного в установленном порядке нетрудоспособным, - решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра.

Администрация психоневрологического учреждения для социального обеспечения обязана не реже одного раза в год проводить освидетельствование лиц, проживающих в нем, врачебной комиссией с участием врача-психиатра с целью решения вопроса об их дальнейшем содержании в этом учреждении, а также о возможности пересмотра решений об их недееспособности.

Медико-социальные проблемы пациентов с психическими расстройствами

Медицинские проблемы: трудности в диагностике пограничных состояний; несовершенство медицинских технологий лечения больных с психическими заболеваниями; отсутствие в номенклатуре врачебных специальностей детских и подростковых психиатров; длительные сроки от начала заболевания ребенка до первичного психиатрического обследования и пр.

Социальные проблемы: широкое распространение психических расстройств среди населения; высокая степень инвалидизации психических заболеваний; отсутствие геронтологических центров (геронтологические койки входят в структуру психиатрических стационаров общего типа); социальная дезадаптация широких слоев населения; личностные проблемы заболевшего (реакция больного на временную утрату трудоспособности, реакция на информацию о неизлечимости заболевания); межличностные (семейные проблемы); макросоциальные (утрата престижной работы, смена профессии, утрата работоспособности).

Содержание СМР с клиентами психиатрического профиля

1. СМР профилактической направленности:

- укрепление психического здоровья и формирование психической культуры у населения;
- развитие в обществе психологов (широкое проведение в различных группах населения тренингов общения, формирование коммуникативных навыков и пр.);
- содействие в формировании и организации трудовой и досуговой деятельности детей и подростков (наибольшее внимание детям с элементами девиантного поведения);
- мероприятия по борьбе с алкоголизмом и наркоманией как одной из причин психоневрологических нарушений у взрослых и их потомства.

2. СМР патогенетической направленности:

- выявление психологов и психиатров к проблемам клиента, совместный поиск путей их решения;
- оказание помощи и проведение медико-социальной экспертизы;
- помощь в социальной адаптации после прохождения лечения;
- медико-социальный патронаж;
- психологическое и правовое консультирование клиентов и его ближайшее окружение;

- содействие в помещении клиента в специализированные учреждения закрытого и открытого типа.

Контрольные вопросы:

1. Назовите причины психических заболеваний.
2. Перечислите основные симптомы психических заболеваний.
3. Охарактеризуйте роль социального работника в психиатрических больницах.
4. Охарактеризуйте механизм выписки несовершеннолетнего из психоневрологического диспансера.
5. Перечислите права пациента в психиатрическом стационаре.
6. Объясните, каким образом осуществляется принудительное лечение психических больных.
7. Охарактеризуйте механизм помещения лиц в психиатрическое учреждение для социального обеспечения.
8. Раскройте медико-социальные проблемы пациентов с психическими расстройствами.
9. Охарактеризуйте содержание социально-медицинской работы с клиентами психиатрического профиля.

Тема 9. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (ДЦП)

Каждой семье хочется иметь здорового ребенка. Пожалуй, не найдется родителей, которые не желали бы, чтобы их дети были крепкими, умными и красивыми, чтобы в будущем они сумели занять достойное место в обществе. В некоторых странах сейчас нередко даже проводятся конкурсы на самого красивого младенца. Но у некоторых детей сразу после рождения возникают болезненные изменения мышечного тонуса и ряд других симптомов, которые затем накладывают неизгладимый отпечаток на всю жизнь ребенка, - а впоследствии и взрослого - и на жизнь его родителей.

Эти явления известный австрийский врач и психолог Сигизмунд Фрейд в конце девяностых годов прошлого столетия объединил под названием детский церебральный паралич. Хотя, по сути, речь идет не о параличе, как таковом, а о нарушенной координации движений, связанной с поражением определенных структур головного мозга, возникающем в до и послеродовом периоде развития ребенка и в результате родовой травмы. Зачастую такие поражения случаются еще у эмбриона. Их виновниками бывают инфекция, антитела, неправильный резус-фактор или гипоксия новорожденных.

Общим термином детский церебральный паралич (*paralysis cereбрalis* -лат.) определяется совокупность заболеваний, каждое из которых сопровождается нарушениями позы и двигательной активности в результате повреждения мозга на ранних этапах онтогенеза. В результате взаимообмена неверной информацией между звеньями двигательного аппарата, в первые месяцы и годы жизни у больного возникают устойчивые патологические стереотипы движения, которые закрепляются по мере роста ребенка.

Детские церебральные параличи представляют собой патологическое состояние с не прогрессирующим течением. Однако по мере развития ребенка, особенно в раннем возрасте, клиническая симптоматика ДЦП может видоизменяться. Это связано с возрастной динамикой морфо-функциональных взаимоотношений патологически развивающегося мозга, нарастанием декомпенсации, обусловленным все большим несоответствием между возможностями нервной системы и требованиями, предъявляемыми окружающей средой к растущему организму.

Врач высшей категории Левин А.С., кандидат медицинских наук Николаева В.В., кандидат медицинских наук Усакова под термином «детские церебральные параличи»

(ДЦП) понимают группу заболеваний, возникающих вследствие повреждений головного (реже спинного) мозга, во время внутриутробного развития плода, в момент родов или в раннем послеродовом периоде.

Дети с церебральными параличами в основном опаздывают в своем моторном развитии и позднее добиваются таких вех моторного развития как переворачивание, сидение, ползание и хода. Совместными для всех пациентов с ДЦП есть сложности контроля над осмысленными движениями и координированием работы мышц. Из-за этого даже элементарное движение является тяжелым к выполнению при ДЦП. Церебральные параличи могут выражаться увеличением мышечного тонуса (гипертонией) или его уменьшением (гипотонией мышц), неконтролируемыми спонтанными движениями (гиперкинезами), нарушениями равновесия, координации, удерживанием позы тела, которое ухудшает овладение языком, ходьбой, и многими другими функциями.

Выраженность симптоматики находится в зависимости от распространенности поражения мозга и колеблется от легкой (слегка видимой) до весьма тяжелой, приводящей к глубокой инвалидности. Могут отмечаться эпилептические припадки, отставание психического воспитания, сложности восприятия и обучения. Бывают случаи, когда нарушаются зрение, слух, интеллект. Хотя ребенок с ДЦП иногда производит впечатление интеллектуально малоразвитого ребенка, это не все время отвечает действительности. Данная болезнь не наследуется и не бывает прямой причиной смерти, но содействует уменьшению продолжительности жизни. Специально предназначенной терапии не существует.

Состояния, похожие на церебральный паралич, могут возникать в любом возрасте после инфекционной болезни, инсульта или черепно-мозговой травмы.

Формы ДЦП

Неврологи выделяют три основные *формы* детского церебрального паралича:

- *спастическую*, для которой характерен постоянный повышенный тонус отдельных групп мышц - чаще всего сгибателей. Мышцы находятся в напряженном состоянии, тугие (спастичные), а движения неловкие или невозможные. В зависимости от того, какая часть тела поражается, спастические формы ДЦП распределяются на: диплегию (обе ноги), гемиплегию (одна сторона тела) или тетраплегию (все тело). Спастические формы это самые распространенные, они встречаются в 70-80 % случаев.

- *гиперкинетическую или атетонидную*, когда тонус в сгибателях и разгибателях непрерывно меняется, из-за чего появляются резкие непроизвольные движения туловища и конечностей, мешающие ребенку ходить и сохранять равновесие.

- *астеническо-астатическую*. При этой форме заболевания тонус всех групп мышц бывает понижен, что также мешает удерживать равновесие и нормально двигаться.

У большинства детей с церебральным параличом наблюдаются расстройства речи, которые в значительной степени затрудняют их контакт с родителями и сверстниками. Тяжелые, так называемые генерализованные, формы детского церебрального паралича, когда поражаются руки и ноги, речь, а подчас и слух ребенка, - приводят его к глубокой инвалидности. *Детский церебральный паралич* - это не прогрессирующее заболевание, однако оно может давать осложнения в виде контрактур и различных деформаций. По сути, детский церебральный паралич - даже не болезнь, а состояние, при котором нормальное развитие ребенка чрезвычайно затруднено.

При ДЦП довольно часто моторные патологии сопровождаются опозданием умственного развития, конвульсиями, нарушением дыхания, нарушением пищеварения и контроля за мочеиспусканием, и испражнением кишечника, трудностью при еде, частым кариесом, деформациями скелета, проблемами со слухом и зрением, также в дальнейшем образуют нарушения поведения и трудность в обучении. Выраженность таких нарушений колеблется в больших границах от очень маленьких, почти неприметных проявлений, к

выраженным грубым нарушениям функций. Выраженность вышеупомянутых проблем может усиливаться или уменьшаться на протяжении какого-то периода, но вообще считается, что это болезнь не прогрессирует и самочувствие больных не ухудшается.

Классификация ДЦП

Классификация ДЦП сформирована на характере двигательных нарушений и их распространенности.

Различают пять типов нарушений:

- 1) спастичность - увеличение мышечного тонуса, выраженность которого снижается при вторичных движениях;
- 2) атетоз - постоянные невольные движения;
- 3) ригидность - плотные, напряженные мышцы, выражающие вечное сопротивление пассивным движениям;
- 4) атаксия - нарушение равновесия с частыми падениями;
- 5) тремор (дрожание) конечностей.

По локализации симптоматики существуют четыре формы:

- 1) моноплегическую (с затягиванием одной конечности),
- 2) гемиплегическую (с частичным или полным затягиванием обеих конечностей на одной стороне тела),
- 3) диплегическую (с затягиванием либо обеих верхних, либо обеих нижних конечностей),
- 4) квадриплегическую (с частичным или полным затягиванием всех четырех конечностей).

Причины ДЦП

Бытует примерно 50 факторов, влияние которых может оказаться разрушительным для головного мозга плода и новорожденного, все они обязательно ввязаны с плохим протеканием беременности и родов. Главное это то, что большинство случаев ДЦП непосредственно связано как раз с родами. Тем не менее, нервная система заболевших детей, как правило, бывает подготовлена к подобной жестокой "поломке" еще в то время, когда ребенок находится в утробе матери. Рассматривая каждый конкретный случай ДЦП, врачи обычно отыскивают не одну, а несколько причин. Перечислим самые существенные:

1. Разнообразные ситуации во время беременности, сопровождающиеся острым кислородным голоданием плода, которое приводит к гибели клеток его головного мозга;
2. Острая недостаточность кислорода в родах или после рождения, тут особенную серьезность представляют преждевременные роды путем кесарева сечения;
3. Различные внутриутробные инфекции, это такие, как токсоплазмоз, цитомегаловирус, краснуха и иные внутриутробные инфекции;
4. Тератогенные факторы, влияющие на центральную нервную систему на начальных стадиях беременности.

В данное время специально проводимые исследования все больше доказывают генетическую предрасположенность заболевших детей к развитию ДЦП.

Реабилитация детей с ДЦП

В обыкновенном смысле слова детский церебральный паралич неизлечим, но это не означает, что больному малышу нельзя помочь. Головной мозг ребенка первого года жизни обладает огромным потенциалом для компенсации приобретенного повреждения, вследствие этого исключительно важно заподозрить или установить диагноз как раз в этот период его жизни. При подходящих условиях функцию умерших клеток берут на себя клетки неповрежденных отделов головного мозга. Мозг ребенка очень пластичен, даже дети с тяжелыми формами заболевания вслед за упорной работой могут продемонстрировать хорошие, а иногда и удивительные результаты.

Для полноценной реабилитации нужно близкое сотрудничество врачей и родителей: родителям не добиться допустимых результатов без знаний и опыта врачей, а их труд не будет результативен без ежедневной кропотливой работы родителей, занятий с ребенком. Как только установлен диагноз, нужно браться за лечебные и реабилитационные мероприятия. Имеются различные методы работы с больными ДЦП, кстати, медикаментозному лечению уделяется совсем не главная роль. Наибольший эффект достигим только в том случае, если педиатр, невропатолог, ортопед, физиотерапевт, офтальмолог, педагог, психолог, логопед и другие специалисты работают совместно,

В процессе лечения больных используется преимущественно консервативные методы лечения — трудовая терапия, лечебная гимнастика, физические упражнения в воде, обучение ходьбе, тренировка бытовых навыков и др. (при контрактурах они устраняются монотомией или удлинением мышц оперативным путем.

Целью трудовой терапии при ДЦП является:

1. Улучшение координации движений;
2. Нормализация распределения тонуса в мышечных группах верхних конечностей;
3. Улучшение функции ослабленных мышц;
4. Выработка стереотипа более правильного ортостатического положения тела;
5. Подавление патологических рефлексов (гиперкинезы, синкинезии);
6. Развитие целесообразных компенсаторных навыков.

Важной особенностью терапии трудом является, прежде всего, выработка у больного правильной рабочей позы, способствующей расслаблению спастически напряженных мышц. К подобным позам относятся положение, стоя с опорой рук на поверхности стола; положение, стоя с опорой рук, туловища и ног; положение, сидя с опорой головы и туловища на высокую спинку стула и с опорой рук на стол; положение сидя с фиксацией стоп (при гиперкинезах).

Необходимо тщательное обучение больного технике трудового навыка: показ способа выполнения трудовой операции (расчлененные на отдельные простые элементы), объяснения трудового задания с наглядной демонстрацией хорошо иллюстрированных схем, пассивное воспроизведение основных рабочих движений и др.

Внимание больного должно быть сосредоточено на выполнении трудового задания, что достигается организацией определенной рабочей обстановки, исключающей дополнительные внешние раздражители (тишина, спокойное, не слишком яркое освещение, оптимальная температура воздуха и др.). Вместе с тем желательно, чтобы отдельные детали изделия с целью привлечения внимания больного к работе были более яркой окраски. Для данной группы больных более подходит простая работа с элементарным характером трудовых операций. В начале используется работа, требующая одинаковой простой работы обеими руками (разглаживание, складывание хлопчатобумажного материала, бумаги), затем работа с улучшением координации движений; больным предлагают трудовые операции, требующие выполнения различных действий левой и правой руки (*например*, придерживание и продвижение материала левой рукой при одновременном вращении правой рукой рукоятки швейной машины). Кроме упрощения технологии изготовления изделий, для облегчения трудового задания необходимо увеличить время, отведенное на его изготовление. Для подавления насильственных движений (гиперкинезы) могут быть использованы некоторые специальные приспособления, а именно:

- а) кресло с широкими надлокотниками, высокой спинкой, головодержателем, нотной подставкой с фиксирующими ремнями для спины;
- б) приспособления, фиксирующие руку больного к инструменту;
- в) утяжеленные инструменты (более тяжелая основа для наматывания ниток, рубанок, приспособление для шлифования изделий и др.).

Вид назначенной больному трудовой операции определяется психологическими особенностями детского возраста, необходимостью сохранения при работе определенной позы, другими методическими особенностями трудовой терапии и клиническими признаками болезни. Основными видами применяемых работ являются:

- а) изготовление платьев для кукол из бумаги;
- б) надевание обуви и одежды на кукол;
- в) раскрашивание простых рисунков;
- г) изображение простых фигур и простых по композиции рисунков (на пример: ягоды, плоды);
- д) плетение ковриков из цветной бумаги;
- е) склеивание коробок, конвертов и т.д.

Задачи и мероприятия, выполняемые социальным работником при работе с детьми страдающими ДЦП

Социальный работник должен взять на учет и составить характеристику семей, имеющая ребенка с ДЦП, с учетом всех ее членов, Совместно с медицинскими учреждениями он должен составить план лечебно - оздоровительных, профилактических мероприятий с учетом динамического состояния больного, оказать помощь в организации стационара на дому, санаторно-курортном лечении, приобретение корректирующих медицинских аппаратов, тренажеров и т. д. Он должен также содействовать оздоровлению, диспансеризации, семейному отдыху всех членов семьи.

Социальный работник должен оказывать консультативную помощь семье юридического, психолого-педагогического характера, представлять собой своеобразную «службу доверия» и т.д.

Социальный работник должен помочь ребенку вести образ жизни, соответствующий возрасту, помочь ему максимально приспособиться к окружающей среде и обществу, привить навыки самообслуживания, помочь в приобретении знаний, профессионального опыта для участия в общественно полезном труде.

Вместе с медицинскими работниками необходимо выявлять детей, нуждающихся в особых условиях воспитания, обучения, нуждающихся в устройстве в специализированные учреждения.

Контрольные вопросы:

1. Что подразумевается под термином ДЦП?
2. Опишите формы ДЦП.
3. Раскройте классификацию ДЦП.
4. Охарактеризуйте реабилитационные мероприятия у детей с ДЦП.
5. В чем заключается смысл трудовой терапии у детей с ДЦП?
6. Перечислите задачи и мероприятия, выполняемые социальными работниками при работе с детьми, страдающими ДЦП.

Тема 10. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА С ИНВАЛИДАМИ

По данным ВОЗ, каждый пятый человек мире (19,3%) становится инвалидом из-за недостаточности питания, около 15% стали инвалидами вследствие вредных привычек (алкоголизма, токсико- и наркомании, злоупотребления лекарственными средствами), а 15,1% инвалидность получили вследствие травм в быту, на производстве и в дороге. В среднем инвалиды составляют около 10% от всего населения мира.

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

В анамнезе значительной части инвалидов такие тяжелые заболевания как детский церебральный паралич (ДЦП), органические поражения центральной и

периферической нервной системы, поражение опорно-двигательного аппарата, нарушение зрения, врожденные пороки и другая патология.

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

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

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

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

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

Проблемы инвалидности можно дифференцировать, например, через имеющиеся **барьеры**:

- физические ограничения;
- трудовая сегрегация (изоляция);
- малообеспеченность;
- пространственно-средовые ограничения;
- информационные барьеры;
- эмоциональные барьеры;
- коммуникативные барьеры и др.

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

В основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, в статье о правах инвалидов сказано: «Инвалиды имеют право на медико-социальную помощь, реабилитацию, обеспечение лекарствами, протезами, протезно-ортопедическими изделиями, средствами передвижения на льготных условиях, а также на профессиональную подготовку и переподготовку. Нетрудоспособные инвалиды имеют право на бесплатную медико-социальную помощь в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, на уход на дому, а в случае неспособности удовлетворять основные жизненные потребности — на содержание в учреждениях системы социальной защиты населения».

Гарантированные права данной категории граждан вступают в силу при получении официального статуса инвалида и потому социальный работник должен знать порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу, которая, однако, часто становится для инвалидов сложной и трудновыполнимой процедурой.

Медико-социальная экспертиза устанавливает причину, группу инвалидности, степень, определяет виды, объем и сроки их реабилитации и меры социальной защиты. На медико-социальную экспертизу направляются граждане, имеющие признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите.

Медико-социальная помощь заключается в решении медицинских, социально-бытовых, психологических, юридических вопросов. Обеспечение инвалидов медикаментами, продуктами питания по льготным ценам, оформление и переоформление

документов для направления больного на медико-социальную экспертизу при стойких ограничениях жизнедеятельности и трудоспособности также входят в круг обязанностей медико-социального работника. Больные с ограниченными возможностями должны быть трудоустроены с использованием различных форм организации (надомный труд, неполный трудовой день и т.д.).

Основой организационной работы по профилактике инвалидности должен стать комплексный план мероприятий по снижению инвалидности, повышению качества врачебно-трудовой и медико-социальной экспертизы.

Экспертные комиссии классифицируются по трем признакам: по объему работы (ежедневно действующие постоянные комиссии и выездные); по профилю (общего профиля и специализированные — по фтизиатрии, психиатрии, травматологии, кардиологии, онкологии, офтальмологии и др.), по уровню (районные, городские, межрайонные). Второй уровень — это экспертные комиссии высшего звена (областные, центральные).

Задачи экспертных комиссий: определение групп инвалидности; установление вида инвалидности (инвалид с детства, по общему заболеванию, по профессиональному заболеванию, инвалид войны); изучение и анализ причин инвалидности; разработка мер профилактики и реабилитации (медицинской, социальной, профессиональной); оформление документации. Среди документов важнейшими являются: «Акт освидетельствования», который заполняется одновременно со статистическим талоном; «Заключение» — для лечебно-профилактического учреждения, «Извещение» — для предприятия: направление в отдел социального обеспечения и «Справка о решении комиссии» — для выдачи на руки больному. Основным документом для анализа деятельности является годовой отчет, составляемый по форме № 7, который заполняется на основе журнала протоколов заседаний комиссии и другой учетной документации.

Права инвалидов при оказании социально-медицинской помощи

Раздел V «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»: определяет права отдельных групп населения, в том числе инвалидов, в области охраны здоровья, а раздел VI - права граждан при оказании медико-социальной помощи, в первую очередь, права реального пациента.

При обращении за медицинской помощью и ее получении инвалид имеет права, регламентируемые ст. 30 «Основ законодательства», а именно:

- уважительное и гуманное обращение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- выбор врача с учетом его согласия, а так же ЛПУ в соответствии с Договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- проведение по просьбе пациента консилиума и консультаций других специалистов;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и других сведениях, полученных при его обследовании и лечении.

Инвалид имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (ст. 32) или на отказ от него (ст. 33), получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, так же на выбор лиц, которым может быть передана такая информация (ст. 31), на получение медицинских и других услуг в рамках добровольного медицинского страхования, на допуск адвоката или иного законного представителя для защиты его прав, на допуск священнослужителя, а в больнице - на предоставление условий для совершения религиозных обрядов, на

возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи.

В соответствии со ст. 32 информированное добровольное соглашение инвалида является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства; если состояние инвалида не позволяет ему выразить свою волю, этот вопрос решает консилиум, а при невозможности консилиума лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц ЛПУ. Согласие на медицинское вмешательство у лиц, моложе 15 лет и признанных в установленном порядке недееспособными, дают их законные представители, в их отсутствие вопрос решает консилиум, при его невозможности — дежурный врач.

Согласно ст. 33 отказ от медицинского вмешательства после разъяснения его последствий в доступной для гражданина форме с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается инвалидом или его законным представителем, а также медицинским работником. Оказание медицинской помощи без согласия гражданина (медицинское освидетельствование, наблюдение и изоляция) или его законного представителя допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, тяжелыми психическими расстройствами и совершивших общественно опасные деяния (ст. 34). Эти действия регламентируются соответственно санитарным законодательством, Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», судом и законодательством РФ.

Обеспечению прав пациента и одновременно прав медицинского работника служат статьи 49-53 раздела 9 «Основ законодательства», регламентирующие порядок проведения и виды медицинских экспертиз.

Статья 53 гласит, что независимая медицинская экспертиза признается таковой, если производящий ее эксперт или члены комиссии не находятся в служебной или иной зависимости от учреждения или комиссии, производивших медицинскую экспертизу, а так же от органов, учреждений, должностных лиц и граждан, заинтересованных в ее результатах.

Роль социального работника в оказании социально-медицинской помощи инвалидам

При оказании медико-социальной помощи инвалидам социальный работник руководствуется как запросами самого инвалида, так и его членов семьи, опекунов, попечителей, 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. 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.

Осуществляя уход за инвалидами, решая в определенной степени вопросы врачевания, социальный работник воздействует на образ жизни инвалида, способствует его психической реабилитации. При патронажной работе особую заботу социальный работник проявляет к семьям, имеющим детей-инвалидов. Важно не только поставить на учет ребенка-инвалида, но и проанализировать социальную обстановку в семье. Дети-инвалиды нуждаются в постоянном уходе и наблюдении, что составляет немалые трудности для родителей при повседневном общении с ними, обеспечении их жизненных потребностей (кормление, одевание, купание и т.д.).

Социальный работник совместно с медицинскими работниками территориальной поликлиники или диспансера 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 инвалидов, страдающих диабетом, почечной недостаточностью и другими заболеваниями.

Следует отметить, что социально-медицинские услуги удовлетворяют те потребности инвалида, которые не находят своего решения в реальной действительности, в условиях экономического кризиса и зарождающихся рыночных отношений в нашей стране. Специалист по социальной работе, оказывая социально-медицинскую помощь, ликвидирует неудовлетворенность этой категории населения деятельностью органов практического здравоохранения и тем самым создает определенное равновесие в вопросах медицинского обеспечения.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение понятиям: «инвалид», «инвалидность», «лицо, ограниченное в возможностях».
2. Охарактеризуйте основные проблемы инвалидности.
3. В чем заключается социально-медицинская помощь инвалидам?
4. Перечислите права инвалидов при оказании социально-медицинской помощи.
5. Охарактеризуйте роль социального работника в оказании социально-медицинской помощи инвалидам.

Тема 11. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ

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

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

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

Ограничение возможностей детей – процесс, в котором нарушение телосложения, функций организма или условий окружающей среды делают затрудненной или невозможной деятельность ребенка или функционирование его органов. В качестве причины ограниченных возможностей может выступать неприспособленность окружающей среды для социализации (например, недостаток или несовершенство образовательных программ; медицинских и социальных услуг, необходимых детям и т.п.).

Дети с ограниченными возможностями имеют функциональные ограничения в результате заболевания, отклонений или недостатков развития состояния, внешности,

вследствие неприспособленности внешней среды к их особым нуждам, из-за негативных стереотипов, предрассудков в отношении общества к инвалидам.

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

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

В *медицинских показаниях*, при которых ребенок в возрасте до 16 лет признается инвалидом, включены патологические состояния, приводящие к временному ограничению жизнедеятельности и социальной дезадаптации ребенка при тяжелых, но обратимых расстройствах функций организма и систем. Вопрос об определении ребенку инвалидности и ее сроков решают коллегиально врачи специализированной больницы (отделения) после проведения комплексного, адекватного лечения при необходимости продолжения его в амбулаторно-поликлинических условиях в течение длительного времени (более 6 месяцев).

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

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

Все дети-инвалиды по разным основаниям делятся на группы:

1) по характеру заболевания:

- мобильные;
- маломобильные;
- неподвижные;

2) дифференциация по типам дефектов:

- умственно отсталые (сниженные по сравнению со среднестатистической нормой уровень интеллекта);
- сенсорные дефекты (слепые, глухие, слабовидящие, лица с разного рода речевыми нарушениями и т.п.);

- дефекты опорно-двигательного аппарата (дети, у которых ограничено передвижение);
- органические заболевания (инвалидность, обусловленная внутренними органическими заболеваниями).

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

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

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

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

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

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

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

В группе с отклонениями в умственном развитии состоят и дети-инвалиды вследствие энцефалопатий, органического поражения головного мозга с интеллектуальными нарушениями, шизофрении с ранним умственным дефектом, эпилепсии с изменениями личности и отставанием умственного развития, различных заболеваний центральной нервной системы с сопутствующей задержкой или отставанием умственного развития.

Причиной отклонений в физическом развитии детей с различной патологией опорно-двигательного аппарата являются проявления указанной патологии в виде выраженных нарушений функций суставов в результате контрактур, анкилозов, ложных

суставов, патологических изменений мышц, вторичных неврологических нарушений, повторных патологических переломов и других изменений.

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

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

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

Специфика детской инвалидности состоит в том, что:

- 1) ограничение жизнедеятельности в этом случае возникает в период формирования высших психических функций, усвоения знаний и умений, становления личности;
- 2) инвалидность, наступившая в зрелом возрасте, требует восстановления социальных функций человека на основе уже сформировавшейся личности; детская инвалидность порождает еще более серьезную проблему, поскольку накладывает ограничения не только на проявления личности, но и на ее формирование;
- 3) если соответствующие интеллектуальные и эмоциональные качества ребенка по тем или иным причинам не получают должного развития в раннем возрасте, то в дальнейшем преодоление такого рода недостатков оказывается делом трудным, а подчас и невозможным.

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

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

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

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

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

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

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

Основными социально-экономическими и социально-демографическими показателями, характеризующими положение детей-инвалидов в обществе, являются: участие в трудовой и общественной деятельности, размеры заработной платы и пенсии, уровень потребления товаров длительного пользования, жилищно-бытовые условия, семейный статус, образование.

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

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

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

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

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

По этим же причинам матери больных детей более чем в 30% случаев оставляют работу по избранной до рождения ребенка специальности, чтобы обеспечить необходимый уход, или переходят на низкооплачиваемую, неквалифицированную работу, но находящуюся рядом с домом. Часто женщины пытаются найти надомную работу.

Таким образом, общество теряет работника определенной квалификации, который на долгие годы, а иногда и навсегда оставляет свою специальность.

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

Все это требует больших денежных средств, а доход в этих семьях складывается из заработка одного из родителей (как правило, - отца, т.к. почти треть матерей в связи с необходимостью ухода за ребенком вынуждены оставить работу) и пенсии по инвалидности на ребенка. В связи с этим резко ухудшается материальное положение семьи, льготы, предоставленные государством, вследствие обостряющейся экономической ситуации часто не исполняются на местном уровне. Лекарства, специальное оборудование жилья, полноценное питание больного ребенка требуют с каждым днем все больше затрат. Обеспечение нормальной жизнедеятельности в таких условиях просто невозможно. Иногда под угрозой находится сама жизнь ребенка.

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

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

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

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

К детям-инвалидам в семьях, как правило, предъявляются заниженные требования, санкции, запросы. Проявляется гиперопека, гиперпротекция. Ребенку обычно не предоставляется возможности проявить собственную активность. Это способствует закреплению инфантильности, неуверенности в себе, несамостоятельности и т. д., что влечет за собой трудности общения, установления межполовых контактов и т.д.

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

Роль социального работника в оказании социально-медицинской помощи семье, имеющего ребенка-инвалида

Социальный работник является связующим звеном между семьей ребенка, имеющего ограниченные возможности, и субъектами семейной политики (органы государственного управления, трудовые коллективы, общественные, политические, религиозные организации, профсоюзы, общественные движения).

В функции социального работника входят организация юридической, медицинской, психолого-педагогической, материальной и другой помощи, а также стимулирование усилий семьи по приобретению экономической независимости в условиях рыночной экономики.

Психолог занимается диагностикой проблем психологического климата в семье, консультированием и коррекцией психологического состояния и поведения членов семьи, анализом обстановки вокруг семьи.

Органы народного образования проводят обучение ребенка (составление и коррекция индивидуальных программ, организация общения ребенка со сверстниками), занимаются устройством других детей в детские учреждения, специальные детские сады, а также вопросами профориентации, оформлением в специализированные учреждения.

Органы здравоохранения берут на учет, составляют характеристики семьи с учетом всех его членов семьи, занимаются диспансерным наблюдением, реабилитаций, осуществляют оформление документов на санаторно-курортное лечение, на медицинскую технику и пр.

Органы социальной защиты вносят изменения и дополнения по социальному обеспечению, представляют льготы и услуги, организуют материальную и другие виды помощи, оформляют в специализированные учреждения.

Юрист дает консультации по вопросам законодательства, трудоустройства, объясняет права семьи в отношении получения льгот.

Благотворительные организации, включая общество Красного Креста, организуют материальную и натуральную помощь, организуют общения.

Предприятия работающих родителей, оказывают материальную поддержку, по возможности улучшают жилье, организуют неполный рабочий день, неполную рабочую неделю для работающей матери, надомную работу, защиту от увольнения, представляют льготы по отпуску.

Основные льготы детей-инвалидов, согласно закону «О социальной защите инвалидов в РФ» от 1995 г.:

- бесплатное обеспечение лекарственными препаратами, отпускаемыми по рецептам врачей;
- бесплатное санаторно-курортное лечение и бесплатный проезд 1 раз в год к месту лечения и обратно (вторая путевка бесплатно предоставляется сопровождающему лицу, без оплаты проезда);
- дети-инвалиды, их родители, опекуны, попечители и социальные работники, осуществляющие уход за ними, пользуются правом бесплатного проезда на муниципальном транспорте общественного пользования;
- 50% скидка на стоимость проезда на междугородных линиях воздушного, железнодорожного, речного и автомобильного транспорта с 1 октября по 15 мая (без ограничения числа поездок). Лица, сопровождающие ребенка-инвалида, приобретают билеты с указанной скидкой в каждой конкретной поездке на данный период;
- 50% скидка на стоимость проезда 1 раз в год (туда и обратно) с 16 мая по 30 сентября;
- семьи, имеющие детей-инвалидов, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, принимаются на учет и обеспечиваются жилым помещением;
- образовательные учреждения совместно с органами социальной защиты населения и органами здравоохранения, обеспечивают дошкольное, школьное,

внешкольное воспитание и образование детей-инвалидов, получение высшего и среднего профессионального образования в соответствии с программой реабилитации инвалидов;

- четыре дополнительных оплачиваемых выходных дня для ухода за детьми-инвалидами представляются в календарном месяце одному из работающих родителей (опекуну, попечителю) по его заявлению и оформляются приказом администрации организации.

Контрольные вопросы:

1. Перечислите причины возникновения инвалидности у детей.
2. Что является показанием для определения инвалидности у детей?
3. Охарактеризуйте классификацию детской инвалидности.
4. Раскройте основные категории, оценивающие характер ограничения жизнедеятельности ребенка-инвалида.
5. Раскройте суть содержания социальной работы с семьями, имеющими детей-инвалидов.
6. Охарактеризуйте роль социального работника в оказании социально-медицинской помощи семье, имеющего ребенка-инвалида.

Тема 12. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ

Пенитенциарная медицина как самостоятельная область знаний и практической деятельности, представляющая собой раздел социальной медицины, возникла относительно недавно.

Пенитенциарная система – это места лишения свободы, тюрьмы, лагеря, колонии. Термин «пенитенциарность» происходит от древнегреческого слова, созвучного русскому «пени». Даль так объясняет это слово: «Выговор, упрек, укор или изъявление неудовольствия, а также денежное взыскание, штраф». Основной смысл пенитенциарной системы - наказание за преступление путем лишения свободы или жизни и перевоспитание преступника.

В процессе отбывания наказания в виде ограничения свободы многим осужденным может понадобиться медицинская помощь. Значительная часть осужденных правонарушителей в силу асоциального поведения (злоупотребление алкоголем, наркотическими веществами и пр.) имеют различные заболевания и нередко нуждаются в серьезном медицинском обслуживании.

Серьезную проблему представляет значительная распространенность туберкулеза среди осужденных. В 2000 г. после проведения «дня открытых дверей» в некоторых пенитенциарных учреждениях России, в зарубежной печати появились сообщения, что в российских тюрьмах содержится такое количество больных туберкулезом, что окажись они на улицах, непременно вызовут пандемию туберкулеза, которая может похоронить под собой все страны.

Еще одна проблема – ВИЧ-инфицированные и больные СПИДом, которых в российских тюрьмах и лагерях, как и туберкулезных больных, чрезвычайно много. И если в развитых странах каждый больной СПИДом заключенный содержится в отдельной камере, то в наших тюрьмах – в камере с больным содержатся еще 4-5 человек.

Также как и в свободном обществе, в пенитенциарной системе врач-клиницист лечит больного заключенного, а социальный работник помогает своему клиенту решать проблемы, возникающие в связи с его заболеванием.

Организация оказания социально-медицинской помощи в пенитенциарной системе.

Лечебно-профилактическая и медико-социальная помощь лицам осужденным оказывается в соответствии с «Основными законами законодательства РФ об охране здоровья граждан», а также Кодексом порядка отбывания наказания.

Основные задачи медицинских учреждений в пенитенциарных учреждениях:

- медицинское обследование осужденных при их поступлении в исправительные учреждения;

- диспансерное наблюдение и лечение осужденных с хроническими заболеваниями;

- санитарный надзор за условиями размещения, питания, труда;

- оказание неотложной помощи при острых заболеваниях и травмах.

Оказание медицинской помощи в тюрьме во всех странах – трудная задача, но особенно трудна она в нашей стране. Основная проблема состоит в том, что тюремный врач является сотрудником тюрьмы, подчиненным тюремному начальству. Такое подчинение не позволяет врачу в полной мере выполнять свои обязанности в соответствии с медицинской моралью. Наверное, поэтому⁴ за все советское, да и постсоветское время неизвестно ни одного случая, когда бы врач сделал достоянием общественности злоупотребления в тюрьме, жесткое обращение с заключенными и подследственными. Поэтому заключенные не рассматривают врачей как своих защитников (называют «лепила»).

Важным шагом к морализации и гуманизации медицинской практики в тюрьме является создание медицинских структур, независимых от руководства пенитенциарной системы. Зависимый врач всегда стоит на стороне администрации тюрьмы. В большинстве развитых стран в соответствии с рекомендациями ООН тюремные врачи не являются сотрудниками этой системы. Они приходят в тюрьму как свободные специалисты для того, чтобы выполнять свой профессиональный долг и только. С 1977 г. тюрьмы стали передавать из ведения МВД министерству юстиции. Формально врачи тюрем должны быть независимы. Однако трудно ожидать, что это произойдет быстро, т.к. до настоящего времени тюремные врачи остаются на должности офицеров внутренней службы.

Оказание медицинской помощи осужденным осложняется в настоящее время морально и физически устаревшая материальная база ЛПУ. Хроническое, многолетнее недофинансирование привело медицину УИС в полный упадок. Только с переходом из ведения МВД в министерство Юстиции начали решаться вопросы медицинского обеспечения.

Важным является ограничение отношений врача с пациентом сугубо медицинскими терминами. Эти профессиональные отношения сводятся к лечению и защите. Врач не должен предоставлять администрации никакой информации о состоянии здоровья пациента, если пациент сам не разрешил эту информацию сообщить. Следует иметь в виду, что информация о здоровье пациента может быть использована для давления на заключенного или подсудимого.

Врачебная тайна. Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья граждан, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении составляют врачебную тайну. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

- в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массового отравления;

- по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования;

- в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;

- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причиненных в результате противоправных действий.

Специфическая проблема в тюрьмах – обыск тела пациента. К сожалению, во многих странах практикуются обыски полостей тела, однако это совершенно не врачебное дело. Но, тем не менее российским врачам не рекомендуется отказываться от обыска полостей тела. Считается, что врачи должны на это соглашаться для того, чтобы этот обыск был выполнен профессионально, без вреда для заключенного. Например, любой спецназовец может осмотреть содержимое влагалища, но лучше, если это сделает медицинский работник профессионально. Однако при выполнении немедицинских функций врач должен изначально объявить заключенному, что в данном случае он выступает не как врач, а как участник обыска. Если этого не сделать, у пациента могут быть надежды на то, что результаты обыска будут сохранены как врачебная тайна.

Особенно тяжелы последствия кризиса исправительно-трудовой системы в социальном плане: каждый третий освободившийся из мест лишения свободы совершает новое преступление; велико количество суицидов в исправительно-трудовых учреждениях.

Для преодоления кризиса в пенитенциарной системе необходимо реформировать основы уголовно-исполнительной политики. Исправительно-трудовые учреждения должны стать своеобразными социальными клиниками, где будет осуществляться целенаправленный социально-педагогический, реабилитационный процесс перевоспитания, лечения социально запущенных заключенных.

Такое решение возможно и обязательно, но оно должно быть дополнено участием в пенитенциарной системе специалистов – социальных работников, ориентированных в первую очередь на нравственно-гуманистические принципы по отношению к заключенным.

Если преступление доказано, пенитенциарному врачу (социальному работнику) нужно найти в своем клиенте, совершившем данное преступление, те психосоматические причины и моменты, в пределах которых его клиент совершил преступление и помочь ему.

ВИЧ-инфицированные и больные СПИДом в пенитенциарной системе

Катастрофический рост числа ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, находящихся в учреждениях уголовно-исправительной системы (УИС), связан не только с тем, что эпидемия этого недуга получает все большее распространение в нашем обществе в целом, но и с особенностями национальной карательной политики. Действующее законодательство относит употребление наркотиков к условно наказуемым деяниям, в то время как известно, что внутривенное введение психоактивных средств – основной фактор инфицирования. Поэтому национальным способом борьбы с наркоманией и профилактики СПИДа фактически является изоляция наркоманов в стенах пенитенциарных учреждений.

После принятого нового Уголовно-исправительного кодекса прошло уже несколько лет, но лечебно-исправительных учреждений для людей ВИЧ-инфицированных как не было, так и нет. Попытки их создания вызывают резкие протесты руководства регионов и самого населения.

Вопрос содержания ВИЧ-инфицированных не только медицинский, сколько социальный, поскольку в нашей уголовно-исправительной системе само понятие «условия содержания» - уже в определенной мере есть часть наказания. Несомненно, режим влечебно-исправительных учреждениях значительно легче, но целесообразно ли помещать преступников в облегченные условия только потому, что у них выявлен вирус? В большинстве случаев эти люди долго остаются здоровыми, а связанное с заражением ВИЧ снижение иммунитета и развитие заболеваний с ним связанных, - процесс достаточно длительный.

Медицинская служба Главного Управления УИС предприняла попытку расселить ВИЧ-инфицированных заключенных среди здоровых осужденных, однако это вызвало сопротивление со стороны здоровых. Да и сами инфицированные, как оказалось, предпочитают изолированное содержание. Иными словами, эта проблема далеко неоднозначна, потребует проведения большой работы не только по законодательному нормотворчеству, но и санитарному просвещению всего населения: испугать СПИДом мы сумели, а вот объяснить населению, что ВИЧ-инфицированные в быту не опасны и такие же люди, имеющие те же права, как и все, еще не смогли.

В криминальной среде широко распространен татуаж, представляющий реальную угрозу заражения вирусом, тех кто не употребляет наркотики и не имеет гомосексуальных контактов.

Одним из механизмов заражения является переливание препаратов крови. Любой, кто имеет хоть малейшее отношение к службе крови, знает, что в большинстве своем донорами становятся люди, которым не хватает денег на хлеб и водку; зачастую это бывшие клиенты пенитенциарных учреждений.

Туберкулез – болезнь тюрьмы

Ежегодно около 30 тысяч туберкулезных больных поступают в СИЗО, 35-40 тысяч осужденных вновь заболевают туберкулезом. При этом отсутствуют нормальные условия содержания таких больных, необходимое питание, а потребность в лекарствах и медицинском обслуживании обеспечивается лишь на 20-25%.

Перенаселенность и плохая вентиляция в тюрьмах способствуют распространению туберкулеза. Плохое питание ослабляет здоровье заключенных, и они становятся более подверженными этому заболеванию. Система медицинской помощи в большинстве тюрем развита слабо, и является менее эффективной, чем система здравоохранения в обществе в целом. В тюрьмах нет возможностей для проведения ранней диагностики и соответствующего лечения. Высокий уровень заболеваемости в тюрьмах также обусловлен спецификой контингента, попадающего в учреждения содержания под стражей. СПИД и туберкулез тесно связаны друг с другом. Нужно также отметить, что носительство вируса ВИЧ/СПИДа повышает не только риск заболеваемости туберкулезом, но и способствует росту смертности от этого заболевания.

Необходимо отметить, что в пенитенциарных учреждениях России развивается практически неизлечимая лекарственно-устойчивая форма туберкулеза, ею уже страдают не менее 20 тыс. заключенных. В связи с миллионным контингентом заключенных и высочайшим уровнем их на 100 населения, а также быстротой распространения лекарственно-устойчивой формы, страна оказалась основным источником распространения этого заболевания в мире, что давно уже беспокоит мировую общественность.

Голодовка в тюрьме. Во всех случаях голодовки отношения врача и пациента должны носить индивидуальный характер. Врач должен соблюдать врачебную тайну, помня о том, что вся информация, полученная при оказании помощи, является тайной. Если пациент только пугает голодовкой, и это становится известно врачу, он не должен обнародовать эту информацию. Врач обязан убедиться, что голодовка является действительно разумным актом человека, а не симптомом психического заболевания. Врач обязан проинформировать пациента о возможных последствиях голодания для здоровья. Врач не должен принимать участия в принудительном кормлении, которая является формой пытки.

Содержание социально-медицинской работы в пенитенциарной системе

В пенитенциарной медицине можно выделить два направления:

- медико-социальную работу профилактической направленности;
- медико-социальную работу патогенетической направленности.

Группы клиентов можно обозначить так:

- группа повышенного риска, в которую следует отнести всех заключенных;

- больные заключенные.

Содержание социально-медицинской работы профилактической направленности с больными заключенными:

1. профилактика неблагоприятного развития заболевания, инвалидности смертности.
2. участие в предупреждении общественно опасных действий.
3. социально-правовое консультирование.
4. представление интересов клиента, нуждающегося в медико-социальной помощи, в органах власти.
5. информирование о льготах и мерах социальной защиты.
6. содействие клиенту в преодолении социально-бытовых трудностей, представляющих угрозу для его здоровья.

Содержание социально-медицинской работы патогенетической направленности с больными заключенными:

1. медико-социальная помощь, включая организацию лечебного ухода.
2. обеспечение социальной защиты ВИЧ-инфицированных.
3. коммуникативный тренинг, тренинг социальных навыков.
4. психотерапия, психическая саморегуляция.

Контрольные вопросы:

1. Охарактеризуйте социально-медицинские проблемы клиентов пенитенциарной системы.
2. Как организовано оказание социально-медицинской помощи в пенитенциарной системе?
3. Как организовано оказание социально-медицинской помощи ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом в пенитенциарной системе?
4. В чем заключается содержание социально-медицинской работы в пенитенциарной системе?

Тема 13. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА С УЧАЩЕЙСЯ И СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖЬЮ

Состояние здоровья школьников является одной из актуальнейших проблем современного здравоохранения, решение которой немислимо силами одних медиков без вовлечения педагогов, учащихся, родителей. Каково же здоровье одной из самых социально-активных групп нашей страны и почему созрела проблема вводить дополнительные программы по пропаганде здорового образа жизни?

По данным ВОЗ, данные обследования учащихся в возрасте от 8 до 16 лет, проведенные в 2008-2009 году выявили низкий индекс здоровья в этой возрастной группе. Актуальнейшими стали следующие вопросы: на сколько школа может влиять на здоровье ребенка во время обучения и теряется ли здоровье в школе?

По данным Министерства РФ, здоровье населения на 50% определяется образом жизни, на 20% - наследственностью, на 20% - воздействием среды обитания и на 10% - качеством медико-санитарной помощи. Если отнять проценты влияния наследственности, а остальные 80% поделить пополам, то получим 40%. Приблизительно на столько школа может влиять на здоровье ребенка во время обучения.

Анализ данных, полученных при диспансеризации учащихся 2008-2009 года показывает, что доля здоровых детей за прошедшее десятилетие снизилась с 45,5% до 33,9%. При этом ухудшение здоровья школьников связано, прежде всего, с самой большой 2 группой здоровья. Эта группа составляет 52% от всех детей. Однако, во-первых, большинство детей этой группы вряд ли можно считать больными, так как это пациенты с функциональными нарушениями, но не заболеваниями (например, нарушение осанки у школьников определяются в среднем в 31% случаев). Во-вторых, такие цифры во

многим связаны с углубленным обследованием детей при диспансеризации. Наконец, за последние десятилетия появились новые медицинские технологии (ультразвуковая диагностика позволяет видеть то, о чем еще 30 лет назад нельзя было и мечтать). Если к этой 2 –ой группе прибавить 1-ю группу здоровых детей (около 37%), то получится, что количество больных у нас – около 11%. Это тоже немало, но отнюдь не те 90%, о которых мы слышим постоянно из средств массовой информации.

В последнее время в различных научных источниках все чаще указывается на то, что школа должна сохранять и укреплять здоровье детей, пропагандировать здоровый образ жизни, формировать здоровьесберегающее пространство вокруг школы, осуществлять мониторинг физического, психического и нравственного здоровья учащихся, организовывать летние оздоровительные работы.

Оздоровительные задачи для формирования здорового образа жизни учащихся должны решаться средствами физической культуры и спорта. Основными задачами в этой области являются следующие:

- создание оптимальных условий для занятий детей с ослабленным здоровьем;
- организация консультативной помощи родителям по вопросам физического воспитания и оздоровления детей;
- индивидуализирование спортивной нагрузки детей, в соответствии с их группой здоровья.

Последние исследования опровергают бытующую точку зрения о том, что загруженность современных школьников крайне отрицательно влияет на их здоровье. Исследования фактически свидетельствуют, что если школьнику учиться интересно и он видит в учебе пользу, то все у него будет в порядке и с учебной, и со здоровьем. Поэтому при планировании уроков учителя должны стремиться, чтобы ученикам было интересно, независимо от сложности и объема изучаемого предмета и материала. Но и этого мало. Надо, чтобы интересно было каждому ученику: развитому и неразвитому, с высоким и низким интеллектом, мальчику или девочке, на первой или на последней парте. Но пока на сегодняшний день существует термин «синдром педагогического насилия». Под ним понимают влияние педагогических действий на здоровье школьников, в том числе и психосоматическое. Этот синдром еще не входит в медицинский реестр названий болезней, но если не принять надлежащих мер, завтра выражение «потерял здоровье в школе» станет не только фразеологическим оборотом.

Молодежь как социально-демографическая группа характеризуется не только возрастными признаками, но и спецификой социального становления, особым местом в структуре общества. Для значительной части молодых граждан области острыми остаются проблемы, связанные с получением жилья и качественного образования, безработицей, отсутствием содержательного досуга. Все это отрицательно влияет на общественное положение молодых граждан, провоцирует развитие негативных явлений в их среде. Угрожающее распространение среди молодежи приобрели такие опасные болезни, как туберкулез, ВИЧ/СПИД, наркомания, болезни, передающиеся половым путем. Значительная часть молодых граждан занята в теневом секторе экономики. Увеличиваются объемы нелегальной внешней трудовой миграции. Снижается интерес молодежи к литературе, искусству, культурному наследию.

В современную эпоху высшее образование стало одной из самых обширных сфер человеческой деятельности. В нем занято более миллиарда учащихся и почти пятьдесят миллионов педагогов. Государства, правительства стали осознавать, что уровень образованности населения страны в значительной степени определяет ее будущее развитие.

Одна из наиболее острых проблем высшей школы – это проблема учащейся молодежи, с ее еще не устоявшимся мировоззрением, подвижной системой ценностей. Бездуховность и ее результат – потребительско-эгоистическое отношение к жизни -

порождают у многих молодых людей апатию, безразличие к себе и другим, что грозит потерей духовного и нравственного здоровья нации.

Изменение привычных для личности учащегося условий жизни и деятельности (относительно высокие учебные нагрузки по сравнению со средней школой; новые формы самостоятельной работы и подготовки; отрыв от привычного окружения, от родных, близких, друзей; ломка прежних стереотипов и др.) приводит к повышению уровня тревожности студентов: согласно данным психодиагностических тестов (ММРІ, Люшера, ДДЧ), уровень тревожности у более чем 54 % учащихся 1-3 курсов очень высок, причем в 90 % случаев это ситуативная тревожность.

Кроме этих негативных факторов, исследования среди студенческой молодежи показывают, что значительная часть (до 70 %) молодых людей имеют доход ниже прожиточного минимума, причем основным источником доходов студентов остаются стипендия и помощь родителей.

Подорвано и собственно физическое и психологическое здоровье учащихся высших учебных заведений. Так, ежегодные комплексные обследования состояния здоровья студентов АмГУ показали, сто среди них относительно здоровых - 28,3 %, патологии выявлены у 71,1 %, из них 15,8 % студентов нуждаются в проведении активных мероприятий по коррекции здоровья.

Современные студенты приобретают знания, а теряют здоровье.

Экзаменационная сессия вредит здоровью студента, так как существует такое понятие, как стресс после экзамена.

Выучить за последнюю ночь перед экзаменом китайский язык – это не анекдот, а, правда, жизни. Именно на такие бесчисленные подвиги толкает молодежь современная система высшего образования.

Российские физиологи протестуют против сессии. Ученые готовы выступить с официальным требованием об отмене экзаменов в вузах. Во всяком случае, в том виде, в котором они существуют сегодня, их не должно быть. Эта паника в медицинской среде возникла после проведенных исследований состояния здоровья студентов.

Неимоверные перегрузки, которые испытывает студент во время сессии, происходят из-за устаревшей системы отчета, когда за три-четыре недели учащимся приходится выплескивать все знания, которые они получали от преподавателей в течение 6-12 месяцев. Студент испытывает огромную эмоциональную и умственную нагрузку.

По статистике, 86% студентов, едва закончив обучение в вузе, приступят не к работе на благо родной стране, а отправятся в поликлиники лечить самые разнообразные недуги. Стрессы, которые студенты получают сейчас, в будущем отзовутся такими заболеваниями, как гипертония, язва желудка, бронхиальная астма, инфаркт миокарда и т.д. Всего по данным ВОЗ насчитывается 70 видов «студенческих заболеваний». А последние исследования позволяют дополнить этот список и онкологией.

Например, к студенческим заболеваниям добавился рак желудочно-кишечного тракта. Из-за неправильного питания, в основном всухомятку и однообразной пищей (как правило, колбасные бутерброды), начинается гастрит, происходит постоянное раздражение слизистой желудка. Американские ученые установили, что наибольшее распространение рака желудка имеется там, где в пищу употребляется однообразная еда и с большим содержанием соленных и копченых мясных или колбасных изделий. В студенческой среде бутерброды с колбасой, сыром, ветчиной и пр. как раз в ходу.

Рак кишечника возникает по причине нехватки кишечных масс. Опять-таки из-за нерегулярного и недостаточного по количеству питания студентов, в кишечнике не образуются массы, необходимые для их выхода. Стул бывает нерегулярный или неполноценный. Кишечное содержимое застаивается, при этом в нем образуются вредные вещества, провоцирующие онкологию. Однако рак кишечника у молодежи встречается все-таки реже, чем рак желудка. По статистическим данным за последние 20 лет рак

желудочно-кишечного тракта среди молодежи вырос в разных странах в 3-10 раз. Что и позволило онкологию приплюсовать к студенческим болезням.

Результаты исследования, проведенные американскими учеными свидетельствуют о том, что одним из главных проблем молодых людей в возрасте 18-24 года является ожирение, высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина в крови и малоподвижный образ жизни.

Для борьбы с ожирением большинство американских университетов обязало студентов с избыточной массой тела проходить курс занятий фитнесом для получения диплома. Поводом для такой инициативы стала возрастающая заболеваемость ожирением и сахарным диабетом, особенно среди учащейся молодежи. Согласно новому распоряжению администрации, студенты с индексом массы тела 30 и более, что соответствует ожирению, обязаны пройти курс «Фитнес для жизни». Этот курс включает занятия пешей ходьбой, аэробикой и другие физические упражнения, а также теоретическую подготовку по вопросам питания, стресса и сна.

Российские ученые, утверждают, что наибольшей эмоциональной нагрузке подвержены студенты, запрограммированные только на пятерку. Их нередко мучает ощущение неподготовленности и страх перед экзаменатором. И как следствие — стресс. Добавьте к нему отсутствие железного распорядка дня, бессонные ночи и скверное питание, когда булочка заменяет и обед, и ужин сразу.

А переживания, и переутомление, связанные с учебой, сказываются на иммунной системе, делают ее слабее. И тогда либо чужой вирус внутрь проникнет, либо собственные патогенные микроорганизмы, не сдерживаемые иммунитетом, в рост пойдут. Вот она - простуда и проявляется.

Современная отечественная научная литература предлагает классификации факторов, влияющих на здоровье учащейся молодежи:

1) биологические, касающиеся состава и численности населения, генетических и возрастно-половых признаков, иммунитета и адаптационных возможностей, эмоционально-психических особенностей;

2) природно-географические, включающие такие факторы окружающей среды, как климат, природа, воздух, вода, растительность, состояние окружающей среды;

3) социально-экономические и психологические факторы, к которым относятся общественно-политический строй, духовная культура, образ и условия жизни, где растет молодежь, стиль ее поведения, степень урбанизации и территориальной мобильности, уровень дохода, условия обучения и труда, быта и питания, жилье;

4) уровень развития здравоохранения и медицинской науки.

Целью мероприятий по социально-медицинской работе с учащейся молодежью является создание благоприятных политических, социальных, экономических, финансовых и организационных условий для самоопределения и самореализации молодежи, решение ее насущных проблем, активизация участия молодых граждан в социально-экономической, политической и культурной жизни области.

Механизм реализации мероприятий предусматривает привлечение к решению проблем молодежи представителей общественных организаций, предпринимателей, научных работников, местных средств массовой информации и других социальных институтов.

Основной задачей и направлением реализаций мероприятий по социально-медицинской работе с молодежью является формирование здорового образа жизни молодежи, что предусматривает:

- формирование у молодежи ответственного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих, осознания жизненной необходимости здорового образа жизни;

- усовершенствование работы центров ресоциализации наркозависимой молодежи «Твоя победа» и аналогичных центров, создаваемых молодежными общественными организациями;
- поддержку деятельности центров социальных служб для семьи, детей и молодежи и их специализированных формирований, расширение сети этих учреждений;
- подготовку и внедрение в учебных заведениях программ, курсов, учебных пособий, дидактических видеоматериалов по вопросам здорового образа жизни;
- обеспечение информационными материалами профилактической направленности педагогических, медицинских, социальных работников, учащихся, студентов, их родителей, привлечение к этой работе средств массовой информации;
- поддержку мероприятий, направленных на создание и обеспечение деятельности спортивно-оздоровительных центров молодежи;
- осуществление пропагандистской деятельности, направленной на популяризацию здорового образа жизни, предотвращение табакокурения и употребления наркотиков, снижение вреда от употребления наркотиков, соблюдение безопасного сексуального поведения;
- поддержку молодежного туризма;
- поддержку мероприятий, направленных на популяризацию любительского спорта, проведение районных, городских, областных соревнований по различным видам спорта среди непрофессиональных молодежных команд;
- реализацию мероприятий, направленных на предотвращение заболеваний ВИЧ/СПИДом в молодежной среде;
- содействие деятельности молодежных и детских общественных организаций, их союзов по вопросам формирования здорового образа жизни, привлечение детей, подростков и молодежи к занятиям физической культурой, спортом и туризмом.

Контрольные вопросы:

1. Дайте общую характеристику состояния здоровья школьников в РФ.
2. Приведите примеры того, каким образом школа может укреплять здоровье школьников.
3. Охарактеризуйте молодежь как социально-демографическую группу, имеющую свои особенности.
4. Охарактеризуйте основные студенческие заболевания.
5. Перечислите классификацию факторов, влияющих на здоровье учащейся молодежи.
6. Перечислите и охарактеризуйте основные мероприятия по социально-медицинской работе с молодежью.

Тема 14. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТЫ С «СЕМЬЯМИ ГРУППЫ СОЦИАЛЬНОГО РИСКА»

В научной литературе нет чёткого определения понятия семейное неблагополучие: каждый автор вкладывает в него свой смысл. Поэтому наряду с понятием «неблагополучная семья» можно встретить такие: «деструктивная семья», «дисфункциональная семья», «семьи группы социального риска», «негармоничная семья» и др. Как правило, проблемы, с которыми сталкиваются подобные семьи, касаются социальной, правовой, материальной, медицинской, психологической, педагогической и других сторон ее жизни. При этом только один вид проблем встречается довольно редко, поскольку все они взаимосвязаны и взаимообусловлены. Тем не менее, не всякая семья, сталкивающаяся с трудностями, становится неблагополучной.

Большинство семей довольно успешно преодолевает невзгоды, что в конечном итоге объединяет, сплачивает ее членов. Но бывает и так, что, потеряв уверенность в себе, взрослые впадают в апатию, снижается их социальная активность, появляется

безразличие не только к своей судьбе, но и к судьбе детей, что негативно сказывается как на семье в целом, так и на воспитывающихся в ней детях.

Для того чтобы не путаться в понятиях, определяющих специфику семьи, специалисты по социальной работе выделяют **три типа семей:**

- условно-адаптированные. Это благополучные семьи, но у каждой семьи есть риск попасть в трудную жизненную ситуацию.

- «семьи группы социального риска» Те семьи, в которых несколько функций подвергаются деструкции.

- неблагополучные семьи, работа с которыми затруднена в связи с большим количеством сложностей, с которыми столкнулись члены таких семей.

Семьей социального риска считается семья, имеющая трудноразрешимые проблемы, ограничивающих её возможности в создании благоприятных условий для жизни и полноценного развития всех его членов. Такие семьи справляются с задачами воспитания ребёнка с большим напряжением своих сил.

Для полноценной медико-социальной помощи «семьям группы социального риска» главным принципом является раннее выявление таких семей. При работе с такой семьей нет определенных технологий работы, подходящих для решения трудностей всех семей. Здесь вся ответственность ложится на плечи команды специалистов, в том числе и специалистов по социальной работе. При этом специалисты должны уметь:

- во-первых, грамотно диагностировать состояние семьи;

- во-вторых, владеть разнообразными технологиями работы с семьей;

- В-третьих, своевременно и правильно их применять.

Только при выполнении этих требований, а также при творческом подходе специалиста к решению проблем, результаты работы с семьей будут влиять на не положительно.

Главная цель работы специалистов с «семьей группы социального риска» – сохранение семьи, т.е. решение проблем и взрослых, и детей.

Основным методом диагностики «семей группы социального риска» является медико-социальный патронаж, который дает возможность наблюдать семью в ее естественных условиях, что позволяет выявить больше информации, чем лежит на поверхности.

Работа специалиста по социальной работе с «семьей группы риска» строится поэтапно. Сигналом к началу такой деятельности становится поступление информации от других субъектов. Источником информации могут выступать школа, детский сад, поликлиника, участковый милиционер, соседи, родители других детей и. т. д. С момента поступления сигнала специалисту по социальной работе рекомендуется вести записи всех выявляемых фактов по данному делу в хронологическом порядке. Такой дневник поможет не только при составлении отчетов, но и в разработке планов дальнейших действий.

Сначала осуществляется сбор первичной информации о данной семье через различные источники: поликлинику, детский сад, школу, наркологический и психиатрический диспансеры, районное отделение милиции, соседей, коллег родителей по работе и т.д. Далее сбор информации завершается обобщением полученных данных и оценкой уровня риска семьи для проживания и воспитания в ней ребенка.

Первую встречу специалиста по социальной работе с проблемной семьей рекомендуют организовать за пределами места проживания семьи. Лучше назначить родителям и ребенку встречу в учреждении: в школьном кабинете или в помещении органов опеки и попечения. Такая официальная обстановка способствует созданию деловой атмосферы предстоящего разговора. В собственном доме родители чувствуют себя более уверенно. Кроме того, здесь существует ряд отвлекающих факторов: дети, работающий телевизор, приготовление еды и т.п. Наконец, родители могут вообще не

впустить специалиста по социальной работе в свой дом. Необходимо предусмотреть участие в этой встрече с семьей не только специалиста по социальной работе, но и психолога или классного руководителя. Их совместные действия позволяют вести беседу в строго избранном направлении, лучше владеть ситуацией.

Известно, что родители из семей «группы социального риска» склонны в подобных случаях к эпатажу, непрогнозируемым реакциям, уклонению от обсуждаемой темы. Наибольшую трудность по установлению контакта и дальнейшему взаимодействию специалисты по социальной работе испытывают с детьми агрессивными, лживыми, неуравновешенными, имеющими нервно-психические расстройства, наркотическую зависимость, проявляющими неадекватное поведение. Поэтому, приглашая таких родителей на собеседование, следует составить план предстоящего разговора и тщательно подготовиться к нему.

В начале беседы следует представиться, назвать официальное учреждение, в котором работают специалист по социальной работе и другие участники разговора. Затем специалист по социальной работе формулирует цель предстоящей беседы. Форма общения с семьей избирается в соответствии с позицией родителей, которая может быть агрессивной, безразличной, виноватой, готовой к сотрудничеству, отвергающей помощь и т.п. Для достижения доверительной атмосферы, снятия психологического напряжения рекомендуется использовать такой прием как беседа за чаем с печеньем и конфетами. Продолжительность встречи не должна превышать одного часа с небольшим перерывом через 30 минут. Перерыв используется работниками для совещания в соседней комнате с целью определения правильности выбранной тактики, и при необходимости, корректировки направления дальнейшей беседы. В ходе этой встречи необходимо добиться от родителей признания, что в семье действительно есть проблемы, которые создают угрозу физическому и психическому здоровью ребенка, мешают его полноценному развитию и воспитанию.

В результате первой встречи с семьей «группы социального риска» специалист по социальной работе должен получить ответы на следующие вопросы:

- 1) позволяет ли атмосфера внутри семьи оставить в ней ребенка на время реабилитационной работы с родителями и почему (аргументы)?
- 2) какие именно характеристики семьи внушают надежду на возможность ее качественных изменений в лучшую сторону?
- 3) какие жизненно необходимые качества отсутствуют в данной семье, и требуется их сформировать дополнительно в процессе реабилитационной работы?

Если ответ на первый вопрос будет отрицательным и существует неуверенность в безопасности пребывания ребенка с родителями, то специалист по социальной работе вправе поставить вопрос о его немедленной передаче в учреждение защиты детства. Однако при этом следует помнить, что родительская семья - наиболее благоприятная среда пребывания ребенка и идти на столь крайние меры следует лишь в случае реальной угрозы его здоровью и жизни.

Обобщенная информация с выводами выносится на обсуждение комиссии при отделе опеки и попечения, которая принимает решение о дальнейших действиях в отношении семьи. На заседании комиссии при желании может присутствовать обсуждаемая семья. Ее стремление принять участие в заседании рассматривается как положительный фактор и свидетельствует о заинтересованности в судьбе ребенка и о желании родителей сохранить его в семье.

Независимо от решения вопроса о пребывании ребенка в семье или вне ее начинается работа по определению регенеративных, восстановительных, потенциалов семьи для выполнения родительских функций. Разрабатывается план работы с семьей по ее

реабилитации и повышению воспитательных способностей родителей. Далее следует посещение специалистом по социальной работе семьи в месте ее проживания. Трудность на этом этапе часто возникает по причине нежелания семьи идти на контакт со специалистом по социальной работе как представителем власти. Родители используют при этом свое право на неприкосновенность жилища и отказываются впустить в дом постороннего. В такой ситуации иногда приходится использовать силовые методы и повторить визит совместно с участковым милиционером или инспектором по делам несовершеннолетних. Однако этот путь сокращает до минимума возможности доверительного контакта специалиста по социальной работе с семьей в его дальнейшей работе с ней. Поэтому рекомендуется использовать этот прием лишь, в крайнем случае, когда ребенку угрожает реальная опасность.

Кардинальная задача специалиста по социальной работе: демонстрируя миролюбие и терпимость, убедить взрослых членов семьи в том, что его визит продиктован добрыми намерениями; его задача не инспектирование и применение силы, а помощь и поддержка. Поэтому не следует вторгаться в дела семьи в большей степени, чем это необходимо для защиты интересов ребенка. Результатом успешной работы специалиста по социальной работе в этом направлении станет готовность семьи идти на контакт с представителем власти и следовать предлагаемым рекомендациям.

Визит в семью позволяет специалисту по социальной работе провести углубленное обследование условий проживания семьи и ребенка: санитарно-гигиеническая обстановка, организация питания, обеспеченность сезонной одеждой и обувью, наличие у ребенка собственной постели, своего угла или комнаты и т.п. Одновременно возникает возможность наблюдать в естественной среде характер взаимоотношений как между супругами и другими взрослыми, так и между родителями и детьми. Необходимо зафиксировать реакцию родителей на приводимые социальным педагогом факты невыполнения ими своих родительских обязанностей: будут ли они принимать обвинения, защищаться, перекладывать ответственность друг на друга, поддерживать супруга и т.п.

При проживании в семье других взрослых следует определить отношение к ним каждого из супругов, а также отношение ребенка к этим членам семьи (нейтральное, доброжелательное, уважительное, неприязненное боязливое и т.п.). Исследуя характер отношений родителей с ребенком, важно обратить внимание на особенности его поведения в их присутствии (боязнь отвечать на вопросы, стремление уклониться от прямого физического контакта с родителями, несовпадение в его ответах при беседе наедине со специалистом по социальной работе и при родителях и т.п.).

Семья должна быть поставлена в известность относительно всех методов, которыми будет проводиться работа, включая возможность видеозаписи и применение других визуальных, психологических, медицинских и иных технологий. Применение такого рода диагностических и терапевтических методик без информирования семьи может быть расценено как нарушение прав человека.

Учитывая свойственную таким семьям внутреннюю дезорганизованность, зарубежные специалисты применяют практику подписания совместного соглашения между органами опеки как представителями власти и семьей.

В соглашении констатируются внутренние проблемы, свойственные семье и мешающие ей осуществлять воспитание ребенка; определяются причины ухудшения условий пребывания ребенка в семье; обозначаются цели и задачи предстоящей работы специалиста по социальной работе с семьей. Содержательная часть соглашения включает практические действия сторон по улучшению жизненных параметров семьи и достижению социальных нормативов, требуемых ребенку. Четко расписываются права и обязанности сторон участников соглашения. Устанавливаются сроки

выполнения сторонами каждого пункта договора и сроки действия соглашения в целом. Отдельным пунктом оговариваются оценки результатов осуществляемых мер по созданию необходимых условий жизнедеятельности ребенка в семье.

Схематично структура соглашения выглядит следующим образом:

- причины заключения соглашения, социальные проблемы семьи;
- цель совместных действий сторон;
- срок действия соглашения;
- обязанности сторон;
- права сторон;
- процедуры совместных действий;
- оценка эффективности проведенной работы.

Необходимо учитывать, в какой семье будет проводиться медико-социальный патронаж, так как от этого зависит, какую помощь в дальнейшем будет оказывать специалист по социальной работе.

Таким образом, раннее выявление семей «группы социального риска» и своевременная медико-социальная помощь им является самым эффективным методом профилактики и реабилитации семейного неблагополучия.

В зависимости от типа семьи, нуждающейся в помощи, используются различные *технологии социальной работы*, цель которых – сохранение семьи как социального института в целом и каждой конкретной семьи в отдельности.

К технологиям, используемым в случаях семейного насилия, относится *организация специализированных учреждений для несовершеннолетних, кризисных центров для женщин, центров социальной помощи семье и детям*, которые дают возможность женщинам и детям переждать в безопасном месте кризис семейной ситуации.

В системе учреждений социального обслуживания семьи и детей функционируют 18 кризисных центров для женщин (на начало 2000 года действовало 10 кризисных центров для женщин). В кризисных центрах для женщин оказываются психологические, юридические, медицинские, педагогические, социально-бытовые услуги женщинам и девочкам, попавшим в трудную жизненную ситуацию или подвергшимся насилию. В 2008 году в кризисных центрах получили помощь 49 тыс. женщин, что в 2,6 раза больше по сравнению с 2000 годом.

Практика свидетельствует о том, что специалист по социальной работе, стремящийся оказать профессиональную помощь своему клиенту, обязан владеть теоретическими и практическими знаниями в области медицины и здравоохранения.

Как правило, объектом деятельности специалиста по социальной работе в детской поликлинике являются: семьи группы социального риска, а именно малообеспеченные семьи; семьи с избыточной иждивенческой нагрузкой; молодые и неполные семьи; семьи, воспитывающие детей-инвалидов; семьи инвалидов; семьи безработных; семьи, члены которых работают на предприятиях и в учреждениях, месяцами не выплачивающих заработную плату; семьи военнослужащих; семьи беженцев и вынужденных переселенцев; семьи родителей, заключенных в местах лишения свободы.

Неполные семьи характеризуются обилием медико-социальных проблем, обусловленных, в первую очередь, малообеспеченностью, поскольку в семье имеется всего один трудовой доход (иногда трудового дохода нет вообще, и семья вынуждена жить на пособие по безработице либо на детские пособия). Доход женщины, как правило, ниже дохода мужчины в силу ее отставания на социальной лестнице, вызванного выполнением обязанностей по уходу за детьми. Доход от алиментов, если дети имеют на них право и получают их, как правило, покрывает не более половины стоимости их содержания.

В результате значительно снижается покупательная способность семьи, сокращается потребление основных продуктов питания, обеспечивающих полноценный

рост и развитие ребенка, что в свою очередь негативно отражается на его физическом и психическом состоянии. Неправильное питание, несоблюдение принципов здорового образа жизни, невыполнение санитарно-гигиенических требований, неблагоприятные жилищно-бытовые условия, низкое качество материнского/отцовского ухода вследствие нехватки времени и перегруженности работой, все это характеризует неполные семьи, как семьи социального риска, нуждающиеся в организации эффективной медико-социальной работы.

При обслуживании неполной семьи, необходимо более обстоятельно контролировать выполнение рекомендаций разного вида патронажей: приобретение предметов ухода за новорожденным, организация уголка новорожденного (выбор места кровати с учетом освещенности, расположения дверей), режима питания, бодрствования ребенка и др.

В семье, проживающей в плохих материально-бытовых условиях, если нет возможности их улучшить, необходимо проводить работу по активизации усилий семьи в проведении санитарно - гигиенических мероприятий с обязательным постоянным контролем над выполнением данных рекомендаций по созданию надлежащих условий на дому для развития здорового ребенка.

Медико-социальная помощь таким семьям состоит в: первоочередном устройстве детей в детские учреждения; обеспечении бесплатным питанием; организации медицинской помощи больным детям, в выдаче путёвок в санатории, в информировании о льготах и других выплатах, в проведении профилактических занятий, в социально-правовом консультировании, в санитарно-гигиеническом просвещении, в проведении мероприятий на формирование ЗОЖ.

В настоящее время стали, распространены новые категории неполных семей: неполные расширенные семьи, образующиеся в результате гибели родителей малолетних детей, нахождения родителей в тюрьме, лишения родительских прав, пьянства, в связи с чем, прародители вынуждены брать внуков на содержание и воспитание. Такие семьи, разумеется, имеют низкий уровень доходов, ряд сложностей, вызванных плохим состоянием здоровья пожилых людей, их более слабыми адаптационными способностями, неумением приспособиться к реалиям современности.

Молодая семья - одна из самых незащищенных групп населения. Медико-социальная помощь таким семьям состоит в проведении профилактических мероприятий по планированию и жизнедеятельности семьи, формированию ЗОЖ.

При проведении медико-социального патронажа в семье, где мать или оба родителя являются учащимися или несовершеннолетними необходимо учитывать трудности по воспитанию ребенка (отсутствие жизненного опыта, навыков по уходу за ребенком, материальных средств, плохих или неустроенных материально-бытовых условий), трудности, связанные с учебой, нервные перенапряжения, особенно во время сессии.

Специалист по социальной работе должен наладить контакт с родителями молодой семьи для оказания последним моральной и материальной поддержки до и после рождения ребенка, связаться с администрацией учебного заведения для возможного выделения для такой семьи отдельной комнаты в общежитии, места в детском дошкольном учреждении, стипендии; организовать свободный график посещения занятий. Дети первого года жизни из таких семей должны получать бесплатное питание. Несовершеннолетние матери должны получать психологическую поддержку и квалифицированную психолого-медицинскую помощь, находиться под постоянным контролем медицинских и социальных работников, так как такие семьи нуждаются в повышенном внимании, моральной и материальной поддержке.

Многодетные семьи сегодня составляют незначительную долю от общего количества семей. Причем зачастую многодетность является не запланированной, а

случайной (рождение близнецов, либо рождение ребенка в результате неэффективности контрацепции или невозможности в силу состояния здоровья женщины прибегнуть к прерыванию беременности). Все многодетные семьи распределяются на 3 категории:

1) семьи, многодетность которых запланирована, в связи с национальными традициями, религиозными предписаниями, культурно-идеологическими позициями, традициями семьи. Такие семьи испытывают трудности, обусловленные малообеспеченностью, теснотой жилья, загруженностью родителей, состоянием их здоровья;

2) семьи, образовавшиеся в результате второго и последующего браков матери (реже – отца), в которых рождаются новые дети;

3) неблагополучные многодетные семьи, образующиеся в результате безответственного поведения родителей, иногда на фоне интеллектуально-психической сниженности, алкоголизма, асоциального образа жизни. Дети из таких семей особенно остро нуждаются в помощи, реабилитации, страдают от болезней и недоразвития.

Семьи, воспитывающие детей-инвалидов, зачастую отказываются поместить ребенка с неисправимой врожденной патологией в специализированный интернат, что, безусловно, заслуживает одобрения, но порождает чрезвычайные трудности, связанные с воспитанием такого ребенка (ограничения жизнедеятельности, малообеспеченности).

Уход за ребенком-инвалидом часто не совместим с другой деятельностью, поэтому мать, как правило, бывает вынуждена оставить работу или перейти на другую работу, более свободную по графику, ближе к дому, но нижеоплачиваемую. Количество разводов в таких семьях намного выше – отцы чаще не в состоянии выдерживать постоянные трудности и уходят из семьи.

Дети-инвалиды, лишённые квалифицированной реабилитирующей и развивающей помощи, иногда ведут практически биологическое существование, не получая тех навыков и умений, которые помогут им хотя бы в самообслуживании, если не в трудовом самообеспечении. Исследования показывают, что в семьях с детьми-инвалидами, получающими даже элементарную помощь специалистов по социальной работе, ситуация складывается не столь безнадежная.

При работе в *семьях алкоголиков* специалист по социальной работе должен постоянно разъяснять пагубное влияние алкоголя на здоровье членов семьи, особенно детей. Злоупотребление алкоголем приводит к семейным конфликтам, увеличивает число разводов, разрушает семью. Почти всегда в семье отмечается общий дискомфорт, резко снижается трудовая деятельность, производительность труда, ухудшается материальное положение. Постоянная напряженная обстановка в семье значительно отражается на успеваемости детей, приводит к развитию у них неврозов, заболеваемости, травматизму. Заболеваемость в семьях, злоупотребляющих алкоголем, в 3,5 раза выше, чем в благополучных.

Специалистом по социальной работе составляется программа работы с наркозависимым лицом, его семьей, социальным окружением - это лечебные мероприятия, консультации, психотерапия и психокоррекция, возможно, социально-трудовая реабилитация самого алкоголика и его семьи. К мероприятиям, направленным на социальное оздоровление, относятся коммуникативный тренинг, социально-психологический тренинг, техника самоконтроля, семейная психотерапия, оценка социального статуса семьи в целом и отдельных ее членов, выявление потенциальных проблем, приобщение к социально благополучному кругу общения и др.

Особенности медико-социальной работы с этой группой клиентов -выявление окружающего больного неблагополучного контингента и его оздоровление, личностно-ориентированная психотерапия, психическая саморегуляция, содействие в проведении наркологического лечения и реабилитации в условиях, оптимизирующих социальный статус (терапевтические сообщества, группы взаимопомощи),

комплексная оценка социального статуса и предупреждение потенциальных проблем, содействие в решении материальных проблем больного за счет реализации его собственного потенциала (в частности, профессиональное обучение и трудоустройство).

Не относится официально к группе риска, но тоже может нуждаться в помощи полная малолетняя семья, находящаяся в состоянии социального или семейного неблагополучия.

К факторам социального неблагополучия семей можно отнести следующие:

1) финансово-экономические и жилищные факторы (низкая заработная плата родителей, низкий прожиточный минимум, безработица, социально-бытовая неустроенность и т.д.);

2) асоциальные факторы (алкоголизм, наркомания, проституция родителей, отсутствие навыков и культуры здорового образа жизни родителей);

3) психолого-этические факторы (жестокость, грубость, конфликтность, эгоизм, неуравновешенность родителей, психолого-педагогическая неграмотность);

4) медицинские факторы (проблемы детской заболеваемости, а также различных отклонений в физическом и психическом здоровье родителей).

К факторам семейного неблагополучия относится нестабильность семейного образа жизни, выражающаяся, прежде всего, в возрастании числа разводов. Количество разводов в год на 1000 жителей нашей страны в последние годы достигло приблизительно показателя 6,3, это один из самых высоких показателей в мире: на каждые 3 брака фиксируется в среднем 2 развода.

Нестабильность семейной жизни проявляется также в постоянном сокращении числа детей на каждую семейную пару. Сегодня во многих странах наблюдается второй демографический переход от малолетней к преимущественно однодетной семье, что вызвано, в первую очередь, социальными причинами, так как все прежние внешние побуждения к многодетности (предоставление льгот, квартир и т.д.) отошли в прошлое.

На фоне общего сокращения рождаемости происходит рост числа внебрачных детей. Сегодня родители почти каждого пятого ребенка в нашей стране не состоят в зарегистрированном браке. Отчасти это можно объяснить ослаблением моральных норм и более либеральным отношением к внебрачным детям. Кроме того, такое явление можно охарактеризовать, как стремление минимизировать семью в условиях кризиса: мужчины не считают себя обязанными связывать свою жизнь с женщиной и своим ребенком.

Семейное неблагополучие часто характеризуется проблемой семейной жестокости, которая служит средством выплеска агрессивности, накопленной под влиянием психотравмирующих условий существования, на наиболее слабых и незащищенных (женщины и дети). Она объясняется также низкой компетентностью в регулировании своих психологических состояний, отсутствием навыков альтернативного снятия отрицательных эмоций.

Таким образом, изучение семей «группы социального риска», позволяет сделать вывод, о наличии множества трудностей и противоречий, возникающих в процессе их функционирования, обусловленных кризисными явлениями в социально-экономическом положении нашей страны, недостатком или несовершенством социальных, медицинских и других программ, направленных на оптимизацию жизнедеятельности семей.

На сегодняшний день острой медико-социальной проблемой пациентов и их родителей, обслуживаемых детской поликлиникой, является отсутствие навыков и культуры здорового образа жизни. Формирование здорового образа жизни – основа мер по индивидуальной первичной профилактике как системе социально-экономических и медицинских мер, предупреждающих возникновение и развитие болезней.

Создание отделений медико-социальной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях является сегодня необходимым условием для повышения эффективности профилактической и лечебно-оздоровительной работы среди населения, в том числе детского. Это обусловлено тем, что практически каждый второй ребенок на

педиатрическом участке по наличию социальных факторов риска в семье относится участковым педиатром во вторую группу здоровья, каждый десятый ребенок воспитывается в семье, имеющей два и более факторов социального риска.

Контрольные вопросы:

1. Охарактеризуйте существующие типы семей.
2. Раскройте понятие «семья социального риска».
3. Опишите этапность социальной работы с «семьей социального риска».
4. Охарактеризуйте медико-социальные проблемы неполных семей.
5. В чем заключается социально-медицинская помощь молодым семьям?
6. В чем заключается социально-медицинская помощь многодетным семьям?
7. Охарактеризуйте особенности социально-медицинской работы с семьями алкоголиков.

Раздел 15. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ СО СМЕРТЬЮ И ЭВТАНАЗИЕЙ

Смертность – массовый процесс прекращения индивидуальных жизней, протекающий в насилие. Наряду с рождаемостью, смертность формирует естественное движение (воспроизводство) населения.

Смертность – число людей, умерших за определенный период (например, за год) по отношению к условному их числу (как правило, на 1000 человек), обитающему на какой-либо территории, занимающемуся какой-либо конкретной деятельностью, или ко всей рассматриваемой популяции.

Летальность – это смертность больных людей, которая, как правило наступает в стационаре. В данном случае социальные работники выполняют следующие функции:

- захоронение отказных трупов;
- оказание психологической помощи родственникам умершего пациента;
- правовое консультирование.

С особой остротой в этике современной медицины встали вопросы давней медицинской проблемы добровольного ухода из жизни при наличии неизлечимых страданий или старости – **эвтаназии**. По-видимому, эвтаназия как понятие и метод сформировалась в период средневековых войн, когда на поле боя без всякой помощи оставались раненые и их убивали якобы из жалости и сострадания особыми короткими мечами с рукояткой в виде креста «мизерикордия» (милосердие). В гитлеровской Германии в 1939 г. было издано потрясающее по своей антигуманности и варварству постановление об эвтаназии, предусматривающее уничтожение неизлечимых пациентов.

Сегодня многие придерживаются мнения, что, по крайней мере не нужно при помощи врачебных мер искусственно продлевать мучительную жизнь, но врачи, повседневно сталкиваясь с мучениями обреченных и понимая бессмысленность страданий больного, которого нельзя спасти, все равно делают все возможное для продления его жизни. Кто же прав?

Естественно, что право на добровольную, легкую смерть, вызывает дискуссию ввиду необходимости принятия решения с позиций гуманизма, с учетом сложного комплекса юридических, морально-нравственных и прочих проблем. Просьба больного о смерти может быть вызвана временной душевной слабостью и не отражать существа его желаний. В ряде штатов США все же был принят закон, размещающий эвтаназию. Ее осуществление по этому закону требует соблюдения многих формальностей: подписанного больным заявления, заверенного тремя врачами, права отказаться от этой просьбы, исключения использования закона родственниками и медицинским персоналом в меркантильных целях и так далее. Современная медицина располагает множеством обезболивающих средств, что несколько снижает остроту проблемы эвтаназии. Немаловажно и то, что во многих случаях нельзя несомненно доказать безнадежность

больного, так как не всегда можно учесть защитные силы его организма. Известны примеры самоизлечения даже от рака (так называемое спонтанное излечение). Не исключена возможность и постановки ошибочного диагноза. Кроме того, возражая против смерти безнадежно больного, следует учитывать и другое обстоятельство: что бурно развивающаяся наука ежедневно приносит новые средства борьбы с болезнями, и это могут быть средства, побеждающие именно данную, конкретную болезнь.

В нашей стране эвтаназия запрещена. В ст. 45 «Основ законодательства», которая называется «Запрещение эвтаназии», говорится: «Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии – удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами. Лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии или осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ».

Альтернативой негативному и социально опасному представлению об эвтаназии должны стать современные методы борьбы с болью и другими страданиями, прогресс в лечении тяжелых больных, новые социальные гарантии по реабилитации инвалидов, создание специальных учреждений – хосписов, обеспечивающих уход за умирающими больными.

Профессионально-этический кодекс межрегиональной Ассоциации работников социальных служб

Этика – это учение о морали и нравственности. Профессиональная этика – это принципы поведения в процессе профессиональной деятельности. Медицинская этика – наука о нравственных началах в деятельности медицинских работников.

Основные принципы медицинской этики были сформулированы Гиппократом.

Главным этическим принципом в медицине является принцип «не навреди». Большое значение во все времена имеет принцип «сохранения медицинской тайны». Гиппократ в «Клятве» писал так: «Чтобы я ни увидел и не услышал касательно жизни людской, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной...». В «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан» врачебной тайне посвящена 61 статья, в которой определено, что «информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья граждан, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну». Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

1. в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
2. при угрозе распространения инфицированных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
3. по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
4. в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;

Важным принципом в современном здравоохранении является «принцип информированного согласия». Этот принцип означает, что любой медицинский работник должен максимально полно информировать больного, дать ему оптимальные советы, после чего больной может сам определиться с лечением. Принудительное лечение может осуществляться только по решению суда. Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом. Гражданин имеет право непосредственно заниматься с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней других специалистов.

Принцип уважения автономии пациента означает, что пациент сам, независимо от медиков, должен принимать решение относительно лечения, обследования и пр. При этом у пациента нет права требовать от врачей принять решение за него, чтобы потом не привлекать врачей к ответственности за неправильное лечение.

Принцип дистрибутивной справедливости означает обязательность предоставления и равнодоступность медицинской помощи.

Социальный работник не должен использовать отношения с клиентом в собственных интересах, не должен принимать участие в любых формах дискриминации, должен избегать связей, которые идут во вред его клиентам, должен осведомлять клиентов о риске, правах, возможностях.

Сотрудник социальной службы обязан уважать тайны клиентов. Поделиться конфиденциальной информацией, узнанной им от клиентов без их на то согласия, может только в случаях, необходимым по профессиональным обстоятельствам. Социальный работник должен получить согласие клиентов, прежде чем печатать, делать магнитофонные записи или разрешать какой-либо третьей инстанции наблюдать за его работой.

Бурное развитие биологии и медицины предъявляет к врачам и социальным работникам все новые требования. С середины XX века дискутируют о том, что в наше время меняется содержание такого основного понятия, как гуманизм медицины, и что его следует заменить рационализмом. «Иллюзию жизни» сегодня можно сколь угодно поддерживать с помощью современных аппаратов. Нужно ли возвращать к жизни ребенка, родившегося без признаков жизни, если думать о том, как велика вероятность его неполноценности в будущем? Проблемы эти трудные и запутанные.

В современной медицине, когда появилась возможность спасти мертворожденных детей, т.е. сохранять жизнь заведомо неполноценным детям, у которых дебилность развивается в связи с гипоксией мозга, острота проблемы приобретает особый смысл.

Очень остры эти проблемы и в неонатологии. В практике оказания помощи новорожденным нередки случаи, когда возникает вопрос как о целесообразности медицинской помощи вообще, так и об объеме, в котором следует ее оказывать. Наиболее ярким примером является рождение ребенка с аномалиями, заведомо несовместимыми с жизнью (анэнцефалия).

Биотические дилеммы, связанные с абортами и новыми репродуктивными технологиями, также активно обсуждаются во многих странах. Особое отношение к аборту наблюдается в церкви, где аборт категорически запрещается как грубейшее нарушение естественного морального закона и рассматривается как одна из форм убийства.

Сегодня большинство представителей медицинской профессии являются сторонниками более либеральных взглядов на аборт. Искусственный аборт всегда представляет собой узел противоречий, сталкивающих интересы не родившегося ребенка и интересы жизни, здоровья, свободы выбора матери. По мере развития законодательства стали вводиться специальные положения, размещающие аборт не только для спасения жизни матери, но и в случае угрозы ее здоровью. Появилась тенденция определять как сугубо медицинские показания к аборту, так и медико-социальные, а иногда даже и социально-экономические.

Большой комплекс острых этических вопросов вызвала возможность пересадки органов и тканей. Цель пересадки – спасение жизни больного. Однако развитие этого направления сдерживают два обстоятельства. Во-первых, еще не раскрыты все механизмы проявления реакции отторжения тканей и врачи не научились уверенно управлять иммунитетом. Во-вторых, чтобы операции пересадки органов стали массовыми, нужны запасы органов и тканей, должны быть обеспечены их заготовка, консервирование и сохранение. Вот здесь и возникают проблемы морально-этического порядка.

Ежегодно в мире от автомобильных и дорожных катастроф гибнет около 250 тыс. человек, у которых в большинстве случаев только один орган необратимо разрушен, а другие – целые и здоровые и могут годами служить другому человеку и, возможно спасут ему жизнь. Необходимо преодолеть установку в широких слоях народа на обязательное сохранение неприкосновенности, целостности тела умершего родственника или знакомого. В связи с этим возникает еще одна этическая проблема.

Кроме проблемы трансплантации органов и тканей, заслуживает внимания и другие вопросы, связанные с защитой прав психических больных, генной инженерии, искусственным оплодотворением и выращиванием эмбрионов в пробирке с последующей их трансплантацией, вынашивание ребенка не матерью, а другой женщиной.

С введением платной медицинской помощи не только врач, но и социальный работник сталкивается с конфликтными ситуациями трагического характера: отсутствие у больного денег на дорогостоящую, но необходимую операцию, на лекарства, на клинические обследования и пр. Помочь и больному, и врачу в этой ситуации способен социальный работник: он оценивает степень необходимости медицинского вмешательства и обеспечивает уровень медицинской помощи из средств государственного бюджета.

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

Таковы лишь некоторые примеры проблем медицинской этики и их не всегда бесспорного, а нередко – архисложного решения.

Часто, если не всегда, социально неустроенный, к тому же больной человек имеет сложный, трудный характер, обусловленный его прошлым, отягощенный настоящим. Наркоман, больной СПИДом, алкоголик, инвалид войны, бездомный, брошенный родителями подросток и брошенный детьми старик могут и не проявить доброжелательности к человеку, протянувшему им руку помощи, более того, они могут не только проявить враждебные чувства, но и совершить агрессивные действия. Разобраться в противоречиях психологии такого пациента может только психотерапевт или психоаналитик. Социальный работник в случае необходимости обращается к их помощи. Но терпимость, внимание и спокойные отношения с пациентами следует сохранять всегда.

Взаимоотношения с клиентом должны складываться так, чтобы он поверил в искренность и бескорыстие социального работника в его стремлении помочь. Может случиться так, что социальный работник будет последней ниточкой, связывающей попавшего в беду человека с миром. Социальный работник, принимая участие в лечении больного, одновременно помогает больному и в духовном исцелении, вселяя в него веру в благотворительный исход болезни. Бывает, что страдания больного столь велики, что социальному работнику потребуются немало мужества, чтобы облегчить эти страдания и подготовить пациента достойно встретить конец жизни.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение следующим понятиям: «смертность», «летальность».
2. Какие задачи стоят перед социальным работником в случае смерти пациента в стационаре.
3. Дайте определение понятию «эвтаназия». Раскройте историю возникновения данного термина.
4. Правовое законодательство в отношении эвтаназии в РФ.
5. Дайте определение понятию «этика». Кем впервые были заложены основные этические принципы в медицине.
6. Перечислите основные этические принципы социального работника в здравоохранении.

Тема 16. ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ 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. Так, в **Великобритании**, к учреждениям, оказывающим медико-социальную помощь пожилым людям, относятся не только больницы, но и дома для престарелых, дома сестринского ухода государственного и частного секторов, дома для инвалидов, приюты общежития гостиничного типа для лиц с нарушением психики или инвалидов. Основная ответственность за медико-социальную помощь возлагается на местные власти, которым передается большая часть финансовых средств.

Ряд сложных проблем не только медицинского, но и организационного, экономического, правового, социального и этического характера связан с безнадежно больными пациентами. Вследствие возрастающей стоимости медицинского обслуживания, особенно больничного, большинство зарубежных специалистов предлагает введение альтернативных форм помощи тяжелобольным с неблагоприятным прогнозом, главным образом по программам медико-социального обслуживания на дому многопрофильными бригадами. Сложившейся формой обслуживания умирающих являются хосписы как специализированные медико-социальные учреждения.

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 долговременный уход за больными и немощными (частные лечебницы, приюты, стационары для взрослых); в учреждениях, оказывающих первичную помощь, например в амбулаториях, центрах охраны здоровья, кабинетах врачей; в случае медицинской помощи на дому.

В странах Европы и Америки существуют дома квалифицированного сестринского ухода. Дома сестринского ухода становятся центрами универсальных услуг, включая не только удовлетворение социальных и бытовых нужд пожилых людей, но и достаточно квалифицированное медицинское обслуживание.

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 помощь 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.

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.

Особый интерес представляет 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, имеющих в каждом микрорайоне, решаются все вопросы социального обеспечения и здравоохранения, предоставляются все услуги по уходу и лечению пожилых людей.

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.

Финляндия относится к числу стран, где успешно реализуются программы профилактики болезней, передаваемых половым путем, включающие как широкое информирование населения по вопросам защиты от этих болезней, так и осуществление широких кампаний по распространению презервативов.

В настоящее время в **Германии** насчитывается около 260 тысяч профессиональных врачей, поэтому Германия – одна из стран с самым высоким уровнем медицинского обслуживания.

Традиционной для Германии областью социальных мер являются службы здоровья. В настоящее время такие службы имеют в своем распоряжении обширную систему социальной помощи и охраны здоровья, отвечающую сравнительно высокому стандарту. Все граждане – независимо от их экономического и социального положения – должны иметь равные возможности для сохранения и восстановления своего здоровья.

В Германии, как и во всех высокоорганизованных государствах, наибольшую опасность для здоровья представляют «болезни века»: половина всех смертельных случаев приходится на долю сердечно-сосудистых заболеваний. Второе место по количеству смертельных случаев занимают раковые заболевания. Все больше приходится сталкиваться с различными видами аллергии, а также с такими типичными старческими недомоганиями, как заболевания центральной нервной системы. Благодаря современной медицине не внушают былых опасений такие распространенные прежде инфекционные заболевания, как туберкулез, холера, дифтерия или воспаления легких. Зато появилась новая опасность – СПИД. Правительство Германии совместно со ВОЗ разработало программу борьбы со СПИДом, которая направлена на предупреждение заражения, и на широкое консультирование и обслуживание заболевших лиц. Пока нет ни вакцины, ни эффективных методов лечения, важнейшими средствами при борьбе с распространением СПИДа остаются информационно-просветительская работа и консультации.

За последние 40 лет средняя продолжительность жизни в стране постоянно возрастала. В настоящее время она составляет у мужчин 72 года, у женщин – 78 лет. Такая тенденция обусловлена в первую очередь развитием лечебной медицины. Дальнейшее увеличение продолжительности жизни будет достигаться за счет вытеснения так называемых «болезней века». С этой целью расширяется система профилактических мероприятий. Сюда входят повышение уровня медицинского просвещения, регулярные профилактические обследования, а также инициативы, нацеленные на поощрение здорового образа жизни. Многие учреждения и независимые общественно-полезные организации предоставляют разнообразную информацию в области медицинского просвещения, курсов лечения по охране здоровья: во время беременности и родов; в грудном возрасте; в раннем детском возрасте; по вопросам медицинского просвещения в школе – по устранению вредных для здоровья привычек, как, например, злоупотребление алкоголем, курением, наркотиками, неправильное чрезмерное питание, недостаток

движения; по поддержке хронически больных и инвалидов, и их родственников с целью облегчить их положение.

В большинстве специализированных вузов страны с 1993 г. стал читаться курс лекций по новому предмету «Наука по уходу за больными и престарелыми».

В стране существуют многочисленные группы самопомощи, которые сложились в виде добровольных объединений хронически больных людей и инвалидов. Сегодня они занимают прочное место в системе здравоохранения. Вот некоторые примеры:

- Германская организация помощи в борьбе со СПИДом;
- Германская общество множественного склероза;
- Германская лига борьбы с ревматизмом;
- «Женщины помогают себе после рака»;
- Союз родственников психически больных людей;
- Анонимные алкоголики.

Анализируя зарубежный опыт профессиональной социальной работы с целью использования его в российских условиях, необходимо учитывать специфику теоретико-методологических подходов к одним и тем же социальным явлениям и процессам, технологию оказания социальной помощи на индивидуальном, личностном уровне, а также методы деятельности по формированию благоприятных условий бытия социального субъекта, нуждающегося в помощи.

В настоящее время медико-социальная работа в России находится на стадии развития, и еще не сформировался единый подход к данной проблематики. Отечественные исследователи предлагают различные подходы к определению медико-социальной работы, адаптируют зарубежные концепции к российским условиям. За рубежом данный вид помощи оказывается давно и медико-социальная работа имеет свои особенности, специфику в странах Европы и США.

В России и за рубежом сложились свои традиции, собственный опыт социальной работы и медико-социальной помощи, которые тесно связаны с имеющимися социальными институтами и возможностями здравоохранения.

Несмотря на значительные различия медико-социальной реабилитации в разных странах, все шире развивается международное сотрудничество в этой сфере, все чаще поднимается вопрос о необходимости международного планирования и разработки координированной программы реабилитации физически и психически неполноценных лиц.

Контрольные вопросы:

1. Охарактеризуйте организацию социально-медицинской помощи в Великобритании.
2. Охарактеризуйте организацию социально-медицинской помощи в Америке.
3. Охарактеризуйте организацию социально-медицинской помощи в Скандинавских странах.
4. Охарактеризуйте организацию социально-медицинской помощи в Германии.

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|-----------|
| Введение | 3 |
| <i>Раздел 1. Социально-медицинские аспекты социальной работе</i> | <i>4</i> |
| Тема 1. Социально-медицинская работа как вид профессиональной деятельности..... | 4 |
| Тема 2. Направления деятельности органов социально-медицинской защиты | 8 |
| Тема 3. Базовая модель социально-медицинской работы. Права отдельных категорий граждан в области охраны здоровья..... | 11 |
| <i>Раздел 2. Медико-социальная экспертиза и реабилитация</i> | <i>17</i> |
| Тема 1. Медико-социальная экспертиза | 17 |
| Тема 2. Медико-социальная реабилитация | 19 |
| <i>Раздел 3. Технологии социально-медицинской работы</i> | <i>22</i> |
| Тема 1. Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения | 22 |
| Тема 2. Социально-медицинская работа в планировании семьи | 28 |
| Тема 3. Социально-медицинская работа онкологии..... | 28 |
| Тема 4. Социально - медицинская работа с детьми, страдающими онкозаболеваниями | 38 |
| Тема 5. Социально-медицинская работа во фтизиатрии..... | 43 |
| Тема 6. Социально-медицинская работа в наркологии | 45 |
| Тема 7. Социально-медицинская работа с травматологическими больным.. | 50 |
| Тема 8. Социально-медицинская работа с психическими больными и членами их семей | 55 |
| Тема 9. Социально-медицинская работа с детьми, страдающими детским церебральным параличом (ДЦП) | 59 |
| Тема 10. Социально-медицинская работа с инвалидами | 63 |
| Тема 11. Социально-медицинские технологии оказания помощи детям-инвалидам | 67 |
| Тема 12. Социально-медицинская работа в пенитенциарной системе | 74 |
| Тема 13. Социально-медицинская работа с учащейся и студенческой молодежью | 78 |
| Тема 14. Социально-медицинская работа с «семьями группы социального риска» | 82 |
| Тема 15. Социально-медицинские проблемы, связанные со смертью и эвтаназией | 90 |
| Тема 16. Организация и содержание социально-медицинской работы за рубежом | 94 |

Гостева Лилит Завеновна,

доцент кафедры медико-социальной работы АмГУ, канд. мед. наук

Содержание и методика социально-медицинской работы. Учебное пособие.

Формат 60x84/16. Усл. печ. л. 5,58. Заказ 253.