

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Юридический институт
Кафедра теории и методики социальной работы

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий кафедрой

Н.А. Никитина
подпись инициалы, фамилия
«4» июня 2017 г.

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

39.03.02 «Социальная работа»

Социальная работа с пациентами психоневрологического диспансера

Руководитель

Л.М. Сафиулина
подпись, дата

старший преподаватель
должность, ученая степень

Л.М. Сафиулина
инициалы, фамилия

Выпускник

В.С. Широкова
подпись, дата

В.С. Широкова
инициалы, фамилия

Красноярск 2017

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
1 Пациенты психоневрологического диспансера как объект социальной работы.....	6
1.1 Общая характеристика пациентов психоневрологического диспансера...	6
1.2 Права психически больных людей в процессе оказания им психиатрической и социальной помощи.....	18
2 Социальная работа в условиях психоневрологического диспансера.....	30
2.1 Технологии и методы социальной работы с пациентами психоневрологического диспансера.....	30
2.2 Деятельность специалиста по социальной работе с пациентами психоневрологического диспансера.....	37
3 Деятельность психоневрологического диспансера №1 и его филиала №3 (г. Минусинск).....	39
3.1 Опыт деятельности отделения психосоциальной реабилитации психоневрологического диспансера.....	39
3.2 Рекомендации по улучшению качества социальной работы с пациентами психоневрологического диспансера.....	48
Заключение.....	52
Список использованных источников.....	54
Приложение А Должностная инструкция специалиста по социальной работе.....	58
Приложение Б Вопросы для интервью.....	60

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время проблема психического здоровья населения является достаточно актуальной. Так как человек является существом биопсихосоциальным, его психическое здоровье может напрямую зависеть как от физического состояния, что в свою очередь может быть обусловлено уровнем предоставления медицинских услуг, так и от возникающих в обществе проблем социального характера.

Согласно данным Росстата о статистике заболеваемости населения социально-значимыми болезнями, количество лиц под диспансерным наблюдением снижается вместе с замещающим ростом консультативной помощи, при этом общий контингент людей, обращающихся в психоневрологический диспансер, возрос. Итак, взято под наблюдение больных с диагнозом психические расстройства и расстройства поведения, установленном впервые в жизни снизился к 2015 году по сравнению с 2000 на 58, 2 тыс. человек. При этом число коек для психически больных закономерно снижается: в 1995 году их было 12,7 на 10 тыс. населения, а в 2014 - уже 9,8. Однако, специалисты Росстата отмечают, что это может быть связано с увеличением числа частных клиник, поэтому реального сокращения уровня заболеваемости нет [1]. Как мы можем отметить, в последнее время происходит качественное улучшение предоставляемых медицинских услуг. Новейшие разработки в области фармакологии повлияли на качество лекарственных препаратов, выпускаемых фармацевтической промышленностью. Все это позволило увеличить продолжительность жизни психически больных людей. Современное общество, в настоящее время, начинает постепенно отказываться от стереотипного представления, в связи с недостаточной информированностью, о психических заболеваниях. Это в свою очередь приводит к увеличению числа людей, обратившихся за психиатрической помощью.

Стоит отметить, что на первый план в психиатрии выходит социальная реабилитация больных, а именно, актуальными являются проблемы принудительной госпитализации и установления недееспособности, что влечет за собой необходимость защиты их прав. В ходе психического заболевания происходит нарушение социального функционирования, а также социальной адаптации. Соответственно, основными задачами социального работника в психоневрологическом диспансере является социальная реабилитация больных, их адаптация, интеграция в обществе, а также контроль над соблюдением их прав. Так как в социальной реабилитации больных важную роль играет именно социальный работник, является высококвалифицированным специалистом по социальной работе с лицами с психическими расстройствами и расстройствами поведения как особой группой пациентов психоневрологического диспансера, то это доказывает необходимость изучения данной темы, а также ее актуальность.

Объектом являются пациенты психоневрологического диспансера.

Предметом данной работы является социальная работа с пациентами психоневрологического диспансера.

Цель: создать рекомендации по улучшению качества социальной работы с пациентами психоневрологического диспансера.

Задачи:

- охарактеризовать пациентов психоневрологического диспансера;
- описать права психически больных людей в процессе оказания им психиатрической и социальной помощи;
 - выявить технологии и методы социальной работы с пациентами психоневрологического диспансера;
 - определить деятельность специалиста по социальной работе с пациентами психоневрологического диспансера;
- описать опыт деятельности отделения психосоциальной реабилитации психоневрологического диспансера.

Методы: анализ научной литературы и исследований в рамках рассматриваемой темы, анализ документов и нормативно-правовых актов, включенное наблюдение за деятельностью специалиста по социальной работе в психоневрологическом диспансере, интервью со специалистом по социальной работе в психоневрологическом диспансере, а также с врачом психиатром.

1 Пациенты психоневрологического диспансера как объект социальной работы

1.1 Общая характеристика пациентов психоневрологического диспансера

Ключевым моментом при оказании помощи пациентам психоневрологического диспансера является психическое здоровье. Рассмотрим его понятие и сущность, а также понятие социальной психиатрии и аспекты, которые она рассматривает.

Определяющим понятием, на которое ссылается большинство авторов, является понятие, данное Всемирной организацией здравоохранения: «Психическое здоровье – это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество [1]. Безусловно, психическое здоровье нельзя определить только как отсутствие заболевания. Так как человек биопсихосоциальное существо, то при состоянии благополучия он должен также реализовывать свои способности. Таким образом, можно определить, что здоровый человек должен не только не иметь заболеваний, но и быть общественно полезным.

Оказание помощи пациенту психоневрологического диспансера реализуется в рамках социальной психиатрии, которая занимается непосредственно восстановлением социальных способностей человека. Как утверждают Т.Б. Дмитриева и Н.С. Положий, социальная психиатрия – это раздел психиатрии, целью которого является изучение влияния факторов социальной среды на психическое здоровье. Социальная психиатрия включает в себя не только эмпирическую науку, базирующуюся на социологии, но и терапевтическую практику, целью которой является сохранение психического здоровья и интеграция лиц, страдающих психическими расстройствами, в социум [2, С. 135]. Таким образом, социальная психиатрия охватывает именно социальную сферу

жизнедеятельности человека, имеющего психическое заболевание. Она изучает барьеры, которые могут возникать при интеграции психически больного человека в общество, а также осуществляет поиск методов преодоления таковых. При осуществлении своей деятельности в сфере психиатрии, социальный работник должен опираться на основные положения социальной психиатрии, которая способствует реализации первоочередной задачи – решение социальных проблем пациента.

Т.В. Зозуля утверждает, что социальная психиатрия изучает следующие социальные аспекты психических заболеваний:

- Влияние социальных, культурных, этнических и экологических факторов на психическое здоровье;
- Связь этих факторов с распространенностью, возникновением, клиническими проявлениями и динамикой психических расстройств;
- Возможности социальных воздействий в терапии, реабилитации и профилактике психической патологии [3, С. 6].

Следовательно, социальная психиатрия охватывает достаточно обширный круг сфер жизнедеятельности человека, имеющего психическое заболевание. В разных сферах жизнедеятельности человека могут возникнуть разные факторы, причем не только проблемы физического, но и социального характера. При этом, они являются факторам, которые оказывают влияние на психическое здоровье человека. Они могут возникать как независимо, так и порождать друг друга. Поэтому необходим комплексный подход при оказании как психиатрической, так и социальной помощи пациенту, а не только решение возникших проблем каким либо узконаправленным методом.

Также одним из ключевых моментов является социально-медицинская помощь. Рассмотрим данное понятие более подробно. М.А. Беляева в своей научной статье описывает социально-медицинскую помощь как помощь, которая включает в себя профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную работу, а также, помимо прочего, меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами. Она оказывается не

только медицинскими и социальными работниками, но и иным персоналом в учреждениях системы социальной защиты населения, а также государственной, муниципальной и частной системе здравоохранения [4, С. 27]. Следовательно, медико-социальная работа включает в себя достаточно обширный перечень оказываемых услуг. Проводится она также не только в учреждениях здравоохранения, так как помощь, в том числе и психически больным должна оказываться наиболее обширно, охватывая все сферы, в которых человек осуществляет какую либо деятельность. При этом такая работа проводится группой специалистов, что позволяет оказать комплексную помощь, выявить проблемы на более ранней стадии, а также спрогнозировать ситуации ухудшения или улучшения состояния взаимодействия человека с социумом.

Ю.Ю. Шурыгина, в свою очередь утверждает, что медико-социальная работа характеризуется профессиональной деятельностью междисциплинарного характера, направленной на оказание медико-реабилитационной, правовой, психологической, педагогической и социально-бытовой помощи гражданину в восстановлении и сохранении физического и психического здоровья, а также достижении социального благополучия [5, С. 65]. Как уже было отмечено ранее, психическое здоровье человека – это не только состояние благополучия, но и возможность человека реализовываться, а также вносить свой вклад в развитие общества. Также, ссылаясь на пирамиду потребностей А. Маслоу, можно отметить, что медико-социальная работа должна осуществляться не только комплексно, но и иметь продолжительный, непрерывный характер, для того, чтобы помочь человеку удовлетворить его потребности начиная с физиологических и заканчивая потребностям в самоактуализации. Именно при качественном осуществлении такой работы, человек будет социально благополучен во всех аспектах, а именно в правовых, психологических и социально-бытовых аспектах сфер своей жизнедеятельности.

Проведя исследование эффективности комплексного психосоциального вмешательства в системе терапий, при оказании такового в условиях психоневрологического диспансера, Е.К. Чуканова пришла к заключению о том,

что комплексная психосоциальная работа на участке диспансера способствует улучшению качества жизни больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, их социального, семейного и трудового функционирования и интеграции в общество [6, С. 22]. Таким образом, для оказания качественной помощи невозможно ограничиваться только медицинской помощью. Так как у пациентов психоневрологического диспансера, зачастую, возникают проблемы социального характера, то в реабилитационном процессе главную роль играют психосоциальные вмешательства, которые способствуют сохранению интеграции пациента и его социального окружения. Также, от социального, семейного и трудового функционирования пациента зависит его дальнейшее состояние психического здоровья, так как предотвращает его замкнутость.

Также мы находим подтверждение вышесказанного в научной работе Т.Ю. Никифоровой и Л.С. Черных, которые, в свою очередь, утверждают, что обеспечение сотрудничества медицинских и социальных работников будет способствовать комплексной реализации программы оказания медико-социальных услуг населению [7, С. 134]. Соответственно, для качественной социальной реабилитации пациента психоневрологического диспансера необходимо также и сотрудничество медицинских и социальных работников. При этом, они должны не только осуществлять взаимодействие, но и вместе принимать решения в осуществлении психокоррекционных мероприятий, учитывать мнение друг друга по возникающим вопросам, а также при возникновении спорных ситуаций находить компромисс. В общем, такое взаимодействие должно быть профессионально сплоченным.

Рассмотри факторы, которые влияют на психическое здоровье. Т.В. Зозуля подразделяет их на 3 основные группы:

- Предрасполагающие;
- Провоцирующие;
- Поддерживающие [3, С. 11].

Итак, все факторы объединяются по их влиянию на психическое здоровье человека. Они могут влиять как на время начала заболевания, предрасположенность человека к заболеванию, а также длительности течения заболевания.

Рассмотрим данные факторы более подробно. Т.В. Зозуля в своей работе раскрывает сущность каждой группы. Итак, предрасполагающими факторами являются те, которые усиливают восприимчивость человека к психическим заболеваниям, а при воздействии провоцирующих факторов, повышают вероятность его возникновения. Стоит также отметить, что такие факторы в свою очередь делятся на генетически обусловленные, биологические, психологические и социальные [3, С. 11]. Таким образом, предрасполагающие факторы могут иметь разный характер, природу, в том числе разную силу воздействия. Наибольшую роль здесь играет сама личность человека и его образ жизни. Именно от этих аспектов будет зависеть его психическое состояние. Конечно, большое внимание также стоит уделять и провоцирующим факторам, которые мы рассмотрим далее.

Говоря о генетически обусловленных предрасполагающих факторах, обратимся к данным, представленным в журнале Российской академии медицинских наук. Ю.Е. Шилов и М.В. Безруков утверждают, что вероятность заболевания у родственников первой степени, на примере шизофрении, является достаточно высокой: у гетерозиготных близнецов – 17%; у детей больного – 13%⁴; у братьев и сестер – 9%; у родителей – 6%; внуки больного рискуют заболеть с вероятностью 6% [8, С. 37]. Таким образом, наследственная предрасположенность к заболеванию является очень важным аспектом в оказании психиатрической помощи. Социальный работник должен уделять таким моментам должное внимание для качественной организации своей работы и с пациентом лично и с его семьей.

Далее Т.В. Зозуля раскрывает группу провоцирующих факторов и утверждает, что таковыми являются те, которые непосредственно вызывают развитие заболевания. Именно от них зависит время начала заболевания, а также

стоит отметить, что действуют они неспецифично, так как человек, восприимчивый к заболеванию может не заболеть им никогда или не болеть очень долго. В свою очередь таковыми факторами могут быть физические, психологические и социальные [3, С. 12]. Итак, провоцирующие факторы могут воздействовать на психическое здоровье человека независимо от его личности. Крайне важно, выявить эти факторы на ранней стадии заболевания. Так как после лечения человеку необходимо контролировать свое заболевание, то факторы, которые могут спровоцировать обострение снова, необходимо устранить. Такие факторы должны быть выявлены на первом уровне оказания помощи социальным работником. Немаловажным аспектом здесь также является то, что провоцирующими могут быть и физические факторы, в том числе. Вышеизложенное в очередной раз подтверждает тот факт, что человек биопсихосоциальное существо, как говорилось ранее. Можно наблюдать связь между физическими заболеваниями и психическими, которые могут порождать друг друга.

Следующей группой, которую раскрывает автор, является группа поддерживающих факторов. Именно от них зависит длительность заболевания после его начала. Они могут существовать даже тогда, когда предрасполагающие и провоцирующие факторы уже прекратили свое воздействие, автор утверждает, что они поддаются коррекции [3, С. 12]. Следовательно, такие факторы должны приниматься во внимание наравне с провоцирующими. Так как именно от их устранения зависит продолжительность, как лечения заболевания, так и стадии ремиссии. Социальный работник в свою очередь должен принимать меры по устранению таковых, для того, чтобы не наступили негативные социальные последствия заболевания. От того, насколько качественно специалист по социальной работе проведет диагностику и насколько наиболее полно выявит поддерживающие факторы, зависит не только время течения заболевания, но и как эффективно после лечения пациент будет контролировать свое заболевание.

Как утверждает Е.К. Чуканова, в последние годы в отечественной психиатрии все большую актуальность приобретает тенденция к сдвигу акцента

оказания психиатрической помощи во внебольничные условия. Все возрастающую значимость приобретают социально-ориентированные стационарозамещающие формы помощи [6, С. 23]. Следует отметить, что причинами такой тенденции является умышленное устранение стереотипов, сложившихся в обществе о непрестижности психических заболеваний. Так как в настоящее время психическое здоровье становится все более значимым, все более острой становится проблема ранней диагностики психических расстройств. Таким образом, мы можем отметить необходимость наличия психотерапевтических кабинетов при общих поликлиниках, о которых речь пойдет далее.

Далее рассмотрим принцип территориального обслуживания, а также уровни реализации социальной работы в психоневрологическом диспансере. Как утверждает Д.Ф. Хритинин, принцип территориального обслуживания позволяет тесно интегрировать психиатрическую помощь с другими видами медицинской помощи. На данный момент при общих поликлиниках существуют психотерапевтические кабинеты. Психиатры, работающие в таких кабинетах, оказывают полную психиатрическую консультативную помощь, а также проводят лечение в случае обнаружения пограничных психических расстройств. Если у клиента обнаружено наиболее тяжелое психическое заболевание, то он направляется в психоневрологический диспансер [9, С. 17]. Прежде всего, целью создания таких кабинетов является диагностика и выявление лиц с психическими расстройствами на ранних стадиях. В свою очередь, это повышает качество обслуживания населения в оказании психиатрической помощи. Также, следует вывод о том, что основной целью создания таких кабинетов является устранение устоявшихся стереотипов в обществе о психиатрических заболеваниях. Низкая информированность граждан влечет за собой негативное восприятие такого заболевания. Следствием этого является низкая обращаемость за психиатрической помощью. Так, количество человек, обратившихся за помощью специалиста общего медицинского профиля, будет в разы увеличено, что в свою очередь поможет наиболее раннему выявлению проблем, а также оказанию комплексной помощи пациенту.

Также следует рассмотреть уровни социальной работы в психиатрии. Т.В. Зозуля подразделяет их на три составляющие: микроуровень, мезоуровень и макроуровень. Далее автор раскрывает их более подробно.

Итак, микроуровень – это тканевой, физиологический уровень. Целью работы здесь является облегчение симптомов заболевания. Социальный работник наравне с медицинским персоналом участвует в процессе медицинской реабилитации. В его задачи входит обеспечение рационального питания, установление контроля за психофармологическим лечением, проведение медико-реабилитационных мероприятий, он должен способствовать формированию у пациента здорового образа жизни [3, С. 168]. Следует также отметить, что исходя из опыта, полученного в ходе наблюдения за деятельностью специалистов психоневрологического диспансера мы отметили, что воздействовать на пациента с целью формирования здорового образа жизни будет рациональней в условиях стационарного лечения. Так, при приеме различных психотропных препаратов, пациенты зачастую сами отказываются от курения. Очень важно, чтобы социальный работник помог пациенту осознать отношение к себе и к своему заболеванию. В дальнейшем это поможет контролировать заболевание.

Также Т.В. Зозуля отмечает, что важным моментом в оказании помощи на микроуровне является принятие человека на уровне самосознания роли больного, при этом, увлекаясь, человек подсознательно стремится увидеть в заболевании преимущества для себя, например, можно бездельничать, пользоваться заботой близких. Далее автор говорит о том, что при установлении инвалидности, человек приобретает новый социальной статус, что может сопровождаться заниженной самооценкой и чувством неполноценности [3, С. 168]. Очень важно, чтобы при проведении психокоррекционной работы, к личности вернулось ощущение самодостаточности, так как в дальнейшем это поможет человеку не бояться своего заболевания, устранил чувство зависимости от общества, поможет ему самому выстраивать свой образ жизни так, чтобы стадия ремиссии длилась как можно дольше. Следовательно, специалист по социальной работе должен мотивировать пациента психоневрологического диспансера на положительный

итог лечения, также он должен помочь клиенту осознать свою значимость в обществе.

В своей научной работе Т.А. Ульчева утверждает, что результаты исследования ценностей показывают, что для исследуемых пациентов первостепенными являются ценности: «духовное удовлетворение», «активные социальные контакты», «сохранение индивидуальности» и «сфера профессиональной жизни». В структуре ценностей для больных шизофренией имеют важное значение морально-нравственные принципы, установление благоприятных отношений в различных сферах социального взаимодействия, расширение своих межличностных связей, реализация своей социальной роли, преобладание собственных мнений, взглядов, убеждений над общепринятыми, защита своей неповторимости и независимости [10, С. 56]. Можно сделать вывод о том, что специалист по социальной работе для оказания более качественной помощи должен способствовать формированию морально-нравственных принципов у пациента, а также мотивировать его на благоприятный исход интеграции с обществом. Все это будет способствовать повышению самооценки клиента, которая, зачастую, понижена из-за возможного приобретения нового статуса инвалида. При этом это поможет пациенту не только справиться с внутренними психологическими проблемами, касающимися ощущения его неполноценности, но и преодолеть барьеры, которые могут возникнуть при интеграции его с обществом.

Говоря о нарушении социального функционирования психически больного, следует отметить научную статью С.М. Бардиной. Она утверждает, что с позиции социально-ролевого подхода «болезни — это девиантные социальные роли, вызванные теми же силами, что и «нормальные» роли». Согласно подобному пониманию, общество устроено таким образом, что в нем с необходимостью присутствует шкала распределений, на которой представлены как нормальные, так и отклоняющиеся роли. Сложности, возникающие у психически больного человека при участии в социальных взаимодействиях, определяются тем, что он приобретает девиантный ярлык и действует в соответствии с этой ролью [11, С.

77]. Соответственно, мы в очередной раз можем убедиться в том, что специалист по социальной работе должен мотивировать клиента на его самодостаточности. Как было отмечено выше, человек, имеющих психическое заболевание, может пользоваться ролью больного для собственной выгоды или действовать в соответствии с присвоенным ему девиантным ярлыком. Конечно, для исправления данной ситуации, специалист по социальной работе должен быть компетентен в вопросе психологических особенностей больного человека. Только при знании о наличии таких моментов как использование больным своего положения, пусть и подсознательно, социальный работник сможет правильно выбрать направление деятельности по оказанию помощи пациенту, а также вовремя ее скорректировать.

Как мы могли заметить, что на микроуровне специалистом по социальной работе осуществляется только подготовительный этап. Социальная реабилитация пациента реализуется на следующих двух уровнях, при этом необходимо отметить феномен отсроченной реабилитации, который описывает в своей работе К.А. Каменков и А.Ф. Быков. Под термином «отсроченная реабилитация» авторы понимают несоблюдение основного организационно-методического принципа о наиболее раннем начале реабилитационных мероприятий и, следовательно, их запаздывании во времени. Последствия отодвигаемых на неопределенное время созидательно-восстановительных действий в медико-биологическом, психологическом и социальном аспектах реабилитации проявляются в снижении реабилитационного потенциала, ухудшении реабилитационного прогноза и, в конечном итоге, инициируют грубую дезадаптацию больного, нарастание негативной симптоматики, усиливающуюся изоляцию и разрыв социальных связей [12, С. 16]. Таким образом, можно отметить, что при отсутствии компетенции специалистов, принимающих участие в социальной реабилитации пациента, могут наступить достаточно серьезные последствия. Так, не вовремя организованные действия могут пагубно сказаться на всем дальнейшем процессе реабилитации клиента. Также, причиной такого исхода может быть недостаточная мотивация специалистов, оказывающих помощь в процессе социальной

реабилитации, в положительном итоге. В очередной раз, мы можем отметить необходимость комплексности оказания помощи, так как если реабилитационные мероприятия будут осуществляться только по какому-либо одному направлению, негативные последствия, которые описаны выше, также могут принять всеобъемлющий характер, то есть проблема в одной и сфер жизнедеятельности пациента может порождать проблемы во всех остальных сферах.

Следующий уровень, который описывает Т.В. Зозуля – это мезоуровень. Он отражает состояние социального функционирования больного и охватывает ближайшее окружение больного, а также социальные контакты. К работе на данном уровне приступают по завершению обострения психического состояния. В задачи социального работника входят организация жилья, обеспечение помощи по восстановлению трудоспособности и трудоустройству больного, по получению им возможного образования, по созданию условий для удовлетворения его потребности в творчестве и общении [3, С. 169]. На данном уровне у социального работника уже должна быть база, на основе которой он будет проводить дальнейшую работу. Что в свою очередь подтверждает должностная инструкция социального работника в психоневрологическом диспансере. Специалист должен проводить работу не только лично с пациентом, но и с его близким окружением, для правильного восприятия заболевания пациента как им самим, так и его семьей, друзьями и коллегами. Также очень важным является правильное определение направления коррекционной работы, для этого социальный работник должен знать о симптомах заболеваний, с которыми он сталкивается. Таким образом, он сможет вовремя выявлять изменения в состоянии больного и вовремя корректировать свою работу с ним.

Также данный уровень предполагает взаимодействие специалиста по социальной работе с семьей пациента. Как утверждает С.А. Судьин, периоды стационарного лечения и амбулаторного наблюдения охватывают минимальные периоды времени. Основная часть жизни психически больного протекает в семье. Именно семья является основной социальной средой, в которой находится психически больной, и не может оставаться в стороне от событий, происходящих

с их родственником. Степень такого участия может быть различной и варьироваться от полного равнодушия до гиперопеки [13, С. 392]. Соответственно, на мезоуровне специалист по социальной работе должен выстроить доверительные отношения с семьей пациента для дальнейшего воздействия на нее с целью корректировки поведения членов семьи с психически больным. В свою очередь, это поможет пациенту, после прохождения стационарного лечения, находиться в основной социальной среде без негативного на него воздействия со стороны его родственников. Также, работа с семьей поможет и самим членам семьи выбрать правильный подход во взаимодействии с больным. Если такая работа специалиста по социальной работе будет выстроена грамотно, то пациент, продолжая проходить процесс социальной реабилитации уже в семье, а также члены его семьи будут чувствовать себя комфортно, а взаимоотношения внутри семьи будут гармоничными.

Также автор приводит аргументы в пользу необходимости привлечения членов семьи в процесс лечения и реабилитации пациента. Во-первых, семья способна оказать положительное влияние на процесс лечения и последующего восстановления. Именно члены семьи в течение долгого времени наблюдают и оценивают состояние психически больного и могут сообщить самую необходимую информацию врачу. На семье лежит основной груз заботы, члены семьи являются, по сути, основными кейс-менеджерами связанной с болезнью ситуации. Во-вторых, семьи, вольно или невольно вовлеченные в процесс заботы и ухода, сами начинают испытывать трудности субъективного и объективного характера. Психическая болезнь – сильный стрессогенный фактор, последствия которого необходимо преодолевать профессионально [13, С. 392]. Таким образом, привлечение членов семьи может принести большой вклад в социальную реабилитацию пациента, а также помочь в своевременном оказании медицинской помощи. При этом грамотно выстроенная работа с семьей пациента поможет созданию гармоничных условий нахождения больного в семье, что в свою очередь будет способствовать поддержанию положительной тенденции в социальной реабилитации психически больного члена семьи. Так как семья

включена в процесс реабилитации, возможно и не изъясняя особого на то желания, работа с ее членами в большей степени может помочь преодолевать стрессовые ситуации, которые могут возникнуть от наличия в семье психически больного. Стоит отметить, что эмоциональное выгорание у членов семьи может способствовать проявлению агрессии, которую члены семьи могут выплескивать на самого слабого, то есть на члена семьи, имеющего психическое заболевание. Таким образом, работа с семьей позволит оградить пациента от жестокого обращения в семье.

Далее следует макроуровень. Т.В. Зозуля описывает его как уровень, к которому относятся общество и те барьеры, которые стоят перед пациентами, чтобы войти в это общество. В задачи социального работника входят облегчение нахождения больного в социуме, а также действия по преодолению социальной изоляции психически больных людей [3, С. 170]. Как говорилось ранее, социальный работник выявляет проблемы и барьеры по интеграции пациента с обществом еще на первом уровне своей работы. Данный этап работы является наиболее сложным. Для качественной реализации своей работы, специалист должен быть осведомлен о всех учреждениях, которые могут помочь пациенту в дальнейшем. Зачастую здесь специалист выступает как посредник между клиентом и учреждениями, также он будет осуществлять и его правовую защиту. Стоит отметить также, что работа здесь организовывается не только специалистом по социальной работе в рамках психоневрологического диспансера, но и теми специалистами, которые работают в системы социальной защиты населения.

1.2 Права психически больных людей в контексте оказания им психиатрической и социальной помощи

Деятельность социального работника по оказанию помощи пациентам психоневрологического диспансера регулируется различными нормативными

правовыми актами, причем разного территориального уровня: федеральными, региональными и локальными. Рассмотрим эти правовые акты.

Итак, наиболее общим правовым актом в любой деятельности любого гражданина России является Конституция Российской Федерации, где говорится о том, что Российское государство является правовым, в котором главными ценностями признаны: человек, его права и свободы. Согласно ч. 3 ст. 55 Конституции Российской Федерации права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства. [14]. Таким образом, социальный работник при выполнении своих обязанностей, прежде всего, должен опираться на Конституцию Российской Федерации, в том числе принципы оказания такой помощи не должны противоречить ей. Так, очень важным является соблюдение прав и свобод пациента, из вышесказанного можно выявить то, что при реализации своей деятельности специалист по социальной работе обязан действовать только в интересах пациента.

Также следует обратиться к Гражданскому кодексу Российской Федерации. В части 1 статьи 29 говорится о том, что если Гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается опека. При этом, от имени недееспособного гражданина сделки совершает его опекун. Также, согласно части 3 той же статьи, При развитии способности гражданина, который был признан недееспособным, понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц суд признает такого гражданина ограниченно дееспособным, а при восстановлении способности гражданина, который был признан недееспособным, понимать значение своих действий или руководить ими суд признает его дееспособным [15]. Следует вывод о том, что близкие родственники, в случае, описанном выше,

могут подать заявление на ограничение или лишения дееспособности лица и нести ответственность за совершаемые им действия будет его законный представитель. Эта мера в ряде случаев является вынужденной, так как осуществляет охрану прав и свобод не только самого гражданина, имеющего психическое заболевание, но и его близких родственников. Зачастую, это помогает оградить от ситуаций, в которых может быть нанесен вред не только обществу от психически больного, но и от него же самому себе.

Также, мы находим дополнения в статье 30 Гражданского кодекса. Над гражданином, который был признан судом ограниченно дееспособным, устанавливается попечительство. При этом, он вправе самостоятельно совершать мелкие бытовые сделки. Совершать другие сделки он может лишь с согласия попечителя. Однако такой гражданин самостоятельно несет имущественную ответственность по совершенным им сделкам и за причиненный им вред. Попечитель получает и расходует заработок, пенсию и иные доходы гражданина, ограниченного судом в дееспособности, в интересах подопечного [15]. Из вышеизложенного следует вывод о том, что закрепление в законодательстве таких моментов как ограничение дееспособности гражданина, который не может отдавать отчета своим действиям и установление над ним попечительства, было осуществлено в интересах человека, имеющего психические расстройства. Как уже было отмечено, человек, который не понимает значимость своих действий, может нанести вред не только самому себе, но и своим близким, а также окружающим его людям.

Стоит отметить, что Постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 года №715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» психические расстройства и расстройства поведения признаны социально значимыми заболеваниями [16]. Таким образом, нельзя не признать тот факт, что психические заболевания являются важным аспектом в охране здоровья населения, так как такие заболевания имеют свою специфику. Социальный работник, оказывающий помощь психически больным, должен основывать свою деятельность на том, что

пациенты психоневрологического диспансера представляют собой весьма сложную категорию, а также он должен быть компетентен по вопросам социальной психиатрии, чтобы скорректировать свою деятельность вовремя и в правильном направлении.

Перейдем к правовым актам, которые непосредственно регламентируют деятельность социального работника. Деятельность специалиста по социальной работе регулируется, в том числе, следующими нормативными актами:

- Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ;

- Федеральный закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 г. N 3185-I;

Рассмотрим каждый нормативный акт подробнее. Итак, в главе 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» изложены основные принципы охраны здоровья, которыми, в том числе, должен руководствоваться специалист по социальной работе при осуществлении своей деятельности. Так, принцип, который непосредственно относится к социальному работнику – это социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья. Далее в статье 8 данного Федерального закона этот принцип описан наиболее подробно. В ней говорится, что социальная защищенность обеспечивается путем установления и реализации правовых, экономических, организационных, медико-социальных и других мер, гарантирующих социальное обеспечение, в том числе за счет средств обязательного социального страхования, определения потребности гражданина в социальной защите в соответствии с законодательством Российской Федерации, в реабилитации и уходе в случае заболевания (состояния), установления временной нетрудоспособности, инвалидности или в иных определенных законодательством Российской Федерации случаях. [17] Конечно, все принципы являются основополагающими в любой деятельности, которая входит в данную сферу, но именно принцип, выделенный выше, является прямой и непосредственной обязанностью специалиста по социальной работе в психоневрологическом

диспансере. Таким образом, защищенность граждан описана непосредственно в законодательных актах Российской Федерации.

Далее в законе четко прописаны права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья, а также права и ответственность работников, оказывающих деятельность по охране здоровья граждан. Таким образом, в ст. 84 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» прописано, что граждане Российской Федерации имеют права на предоставление платных медицинских услуг, а также бесплатных. При этом они имеют право также на получение платных и бесплатных немедицинских услуг, предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи [17]. Следовательно, граждане Российской Федерации в целях своего оздоровления могут получить не только бесплатную медицинскую помощь, но и обращаться в платные частные клиники. Таким образом, населению предоставляется выбор в том, какой именно помощью они бы хотели воспользоваться.

Стоит отметить тот факт, что в статье 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» очень подробно описано право на медицинскую помощь. А именно, в ней говорится следующее: Каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования [17]. Соответственно психически больной не является исключением. Так как, зачастую, человек направляется на стационарное лечение на стадии обострения заболевания, но в связи со спецификой заболевания не может осуществить контроль над качеством обслуживания самого себя, то это является непосредственной обязанностью социального работника. Именно он должен следить за тем, чтобы пациент не был ущемлен в своих правах.

Также, в статье 22 говорится о том, что каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию

о состоянии своего здоровья. Такая информация предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении. В отношении граждан, признанных недееспособными, информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям. Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, а также на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов [17].

Зачастую, пациенты, которые были направлены на стационарное лечение, ограничены судом в дееспособности либо признаны недееспособными. При этом они находятся на стадии обострения заболевания, в такой момент они не только не могут отдавать отчета своим действиям, но и не имеют возможности воспринимать информацию о состоянии своего здоровья. Для этого законодатель, предусмотрев возможность возникновения таких моментов, подробно описал, как следует распоряжаться информацией о состоянии здоровья пациента, его диагнозе и прогнозе течения заболевания. Таким образом, в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» отображены подробно ключевые моменты оказания медицинской помощи, такие как права, обязанности и ответственность, как пациентов, так и специалистов, оказывающих помощь.

Следующим нормативным актом является Федеральный закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Стоит отметить, что данный закон, как и описанный выше, наравне друг с другом реализуют охрану здоровья граждан, которое является основополагающей потребностью для каждого человека. Итак, в разделе I изложены основные принципы оказания помощи. Таковыми являются, прежде всего, гуманность и соблюдение прав человека и гражданина. Важным аспектом здесь является добровольность обращения за психиатрической помощью, которая прописана в

статье 4. Также, в данном законе описаны ключевые моменты ограничения и лишения дееспособности гражданина, а также виды деятельности, при которых исключается возможность наличия у человека психического заболевания, так как они связаны с источником повышенной опасности. При этом, в законе прописаны права граждан, имеющих психическое расстройство, ключевые моменты стационарной помощи, а также ответственность за нарушение положений данного закона [18]. Таким образом, в законе прописаны все ключевые моменты при оказании психиатрической помощи гражданам. Это позволяет не только стандартизировать деятельность специалистов, но и избежать произвола при ее реализации. Рассмотрим некоторые статьи данного закона.

В статье 5 Федерального закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» подробно описаны права лиц, страдающих психическими расстройствами. Таковыми являются:

- Уважительное и гуманное отношение, исключая унижение человеческого достоинства;

- Право на получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;

- Право на получение психиатрической помощи в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства;

- Право на пребывание в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, только в течение срока, необходимого для оказания психиатрической помощи в таких условиях, а также на все виды лечения по медицинским показаниям [18].

Таким образом, описанные выше права, являются наиболее общими, но с учетом специфики заболевания пациентов и оказываемой им медицинской помощи. Как мы могли наблюдать, право на уважительное и гуманное отношение описаны в Конституции Российской Федерации в качестве главной ценности Российского государства. При этом, права на получение информации о своих правах и состоянии своего здоровья, а также на оказание помощи в наиболее

общем виде содержатся в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Далее, описаны такие права как:

- Право на оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

- Право на предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, лекарственных препаратов для медицинского применения, специализированных продуктов лечебного питания и медицинских изделий, научных исследований или обучения, от фото-, видео- или киносъемки;

- Право на приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии;

- Право на помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом [18].

Закрепление выше описанных прав имеет своей целью защиту интересов пациентов, которые в силу своего заболевания, не имеют возможности сделать этого самостоятельно. Таким образом, законодательство Российской Федерации принимает меры для ограждения пациентов психоневрологического диспансера от произвола со стороны не только персонала, но и общества в целом. Стоит отметить, что специалист по социальной работе, основывая свою деятельность на данном законе, должен непосредственно осуществлять контроль над соблюдением прав и свобод пациента.

Также, в части 1 статье 16 законодатель описывает виды психиатрической помощи и социальной поддержки, которые гарантирует государство. Итак, государством гарантируются:

- Психиатрическая помощь при оказании первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;

- Проведение медицинских экспертиз;
- Социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;
- Решение вопросов опеки;
- Консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь, стационарных организациях социального обслуживания, предназначенных для лиц, страдающих психическими расстройствами;
- Социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними;
- Получение образования инвалидами и несовершеннолетними, страдающими психическими расстройствами;
- Психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах [18].

Итак, государство гарантирует не только оказание медицинской помощи, но и социальную поддержку граждан, имеющих психические расстройства и которые признаны нуждающимися в государственной поддержке. Стоит отметить, что государство гарантирует оказание психиатрической помощи не только в нормальных условиях, не представляющих угрозу для жизни населения, но и в различных чрезвычайных ситуациях. Государство стремится обеспечить защиту интересов психически больных граждан во всех сферах человеческой жизнедеятельности, в том числе социальной, правовой, экономической, образовательной, трудовой и так далее. Соответственно, так осуществляется законодательная поддержка в сохранении интеграции лица, имеющего психическое расстройство и общества.

Еще одним нормативным актом, регулирующим деятельность социального работника в психоневрологическом диспансере, является, уже отмеченная выше, должностная инструкция, в которой определены функциональные обязанности, права и ответственность такого работника. Также в ней указано, кто является непосредственным руководителем социального работника, какими нормативными актами должен руководствоваться руководитель по социальной работе и

требования к его квалификации [19]. Конечно, социальный работник, при реализации его деятельности должен руководствоваться не только общепринятыми на Федеральном уровне правовыми актами, регулирующими деятельность персонала в сфере оказания психиатрической помощи. Наиболее непосредственным документом, который должен быть основным для специалиста является именно должностная инструкция, которая, в свою очередь, не должна противоречить законодательству Российской Федерации.

Также стоит рассмотреть Положение «Об отделении психосоциальной реабилитации» КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1». В нем отражены общие положения о структурном подразделении учреждения, основные задачи, описаны финансирование и штаты, а также указан момент о том, что изменения и дополнения к настоящему Положению утверждаются по согласованию с главным врачом учреждения [20]. Можно сделать вывод о том, что такой документ принят не просто «сверху», а именно в той среде, где непосредственно оказывается такая помощь. Он распространяется на все филиалы Красноярского Края.

Существует положение Министерства здравоохранения Красноярского края КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1», которое также утверждено главным врачом «О порядке организации работы волонтеров в учреждении», в котором отражено понятие о волонтерах в сфере здравоохранения, которые определены как лица, в силу своих убеждений на безвозмездной добровольной основе занимающиеся общественной деятельностью. Также указано, что основным направлением их деятельности является оказание помощи медикам в уходе за больными, помимо прочего, перечислены права и обязанности волонтера [21]. В свою очередь, данный документ позволяет расширить человеческие ресурсы при оказании помощи пациентам психоневрологического диспансера. Известно, что, зачастую, для оказания качественной помощи психически больным, не хватает специалистов, таким образом, более примитивную работу можно переложить именно на волонтеров, которые будут осуществлять помощь безвозмездно.

Стоит отметить, что при прохождении практики, было также установлено наличие приказа Министерства здравоохранения Красноярского края КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1», регулирующего деятельность работы мультидисциплинарной бригады, в которую входят врач-психотерапевт, психолог, специалист по социальной работе, социальный работник, медицинская сестра. В данном документе прописан порядок организации полипрофессиональной бригады, алгоритм работы, и конечно общие принципы [22]. Таким образом, на практике осуществляется принцип комплексности оказания психиатрической помощи, что не может не повысить качество реализации такой деятельности.

В данной главе были рассмотрены социальные аспекты оказания психиатрической помощи пациентам психоневрологического диспансера, а также правовое регулирование деятельности с пациентами в условиях психоневрологического диспансера. Из вышесказанного следует вывод о том, что психическое здоровье подразумевает не только отсутствие болезней, но и возможность человека реализовываться, а также вносить свой вклад в общество. Также были рассмотрены ключевые моменты, такие как социальная психиатрия и аспекты, которые она рассматривает, предрасполагающие, провоцирующие и поддерживающие факторы, которые влияют на психическое здоровье. Также был рассмотрен принцип территориальности, который является очень важным моментом при реализации помощи лицам, имеющим психические расстройства. Стоит отметить, что наличие психотерапевтических кабинетов при общих поликлиниках, способствует устранению негативных стереотипов о психических заболеваниях, устоявшихся в обществе. Это повышает не только качество оказания психиатрической помощи, но и количество обратившихся за ней граждан. Еще одним важным аспектом, который был рассмотрен в данной главе, являются уровни социальной работы в психиатрии. Было описано, что на микроуровне социальный работник наряду с медицинским персоналом осуществляет деятельность по оказанию помощи психически больному. Она следит за его рациональным питанием, соблюдением его прав, а также проводит

диагностику социальных проблем. На мезоуровне в задачи специалиста по социальной работе, помимо прочего, входит преодоление барьеров интеграции пациента с обществом, также он осуществляет работу с близким окружением клиента. Макроуровень является наиболее сложным в реализации, так как задействованы специалисты и учреждения, выходящие за рамки психоневрологического диспансера. Здесь, зачастую, специалист выступает в роли посреднику между пациентом и учреждениями, которые также осуществляют помощь. Далее были рассмотрены нормативно-правовые акты регулирующие деятельность. На федеральном уровне действуют такие акты как Конституция, Гражданский кодекс, а также Федеральные законы «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Специалист по социальной работе, при осуществлении своей деятельности обязан руководствоваться данными актами. Также были рассмотрены региональные и локальные правовые акты. Таковыми являются должностная инструкция специалиста по социальной работе в психоневрологическом диспансере, Положение Министерства здравоохранения Красноярского края КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1», «О порядке организации работы волонтеров в учреждении», а также Приказ Министерства здравоохранения Красноярского края КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1», регулирующего деятельность работы мультидисциплинарной бригады, в которую входят специалисты разной сферы деятельности. Все это обеспечивает комплексность, систематизированность и качество оказания помощи психически больным людям.

2 Социальная работа в условиях психоневрологического диспансера

2.1 Технологии и методы социальной работы с пациентами психоневрологического диспансера

Наиболее важным аспектом является то, что социальная работа подразделяется на три уровня. На микроуровне социальная работа сводится к полной диагностике и выявлению социальных проблем клиента, а также установлению контакта с ним. На мезо- и макроуровнях работа реализуется достаточно полно и комплексно. Здесь следует отметить, что эта работа по сути вся является социальной реабилитацией клиента, в которой используются различные методы, в том числе, терапии и психосоциальные коррекции. Таким образом, рационально будет говорить о различных видах терапий, как о составляющих работу по социальной реабилитации. Начнем с рассмотрения общих моментов, таких как понятие социальной реабилитации и ее виды.

В работе Л.П. Кузнецовой раскрывается суть понятия социальной реабилитации. Автор определяет ее как совокупность мероприятий, осуществляемых государственными, частными, общественными организациями, направленных на защиту социальных прав граждан [23, С. 34]. Таким образом, социальная реабилитация сводится к реализации действий по решению социальных проблем клиента. Исходя из понятия, можно сделать вывод о том, что в социальной реабилитации клиента, участвуют специалисты разного профиля, соответственно реабилитация клиента должна реализовываться не только в рамках психоневрологического диспансера, но с привлечением учреждений, которые осуществляют социальную защиту населения в том числе.

Важной составляющей социальной реабилитации является психосоциальный подход при ее реализации. Л.В. Сафонова утверждает, что его суть в социальной работе заключается в том, чтобы понимать личность человека целостно, в многообразии взаимоотношений его с миром, который его окружает, не разделять понятия «внутренний мир» и «внешняя реальность», а понимать

целостность человека в ситуации, его психосоциальность [24, С. 25]. Таким образом, специалист, который осуществляет социальную реабилитацию, должен использовать данный подход. Как уже говорилось ранее, человек биопсихосоциальное существо, следовательно, при оказании ему помощи, необходимо учитывать связь психологического и социального состояния клиента. Необходимость в осуществлении комплексной работы и как ее основы психосоциального подхода заключается в том, что при решении какой либо проблемы, но непринятии множества ее аспектов, в том числе психологических и социальных, может давать абсолютную безрезультатность, так между этими аспектами существует тесная связь.

Также стоит отметить принципы психосоциальной работы, которые составляют ее основу, при этом, если осуществлять данный подход, не принимая во внимание. Итак, О.В. Плешакова в своей работе описывает эти принципы и раскрывает каждый из них. Первый принцип, который описывает автор является системный принцип. Он предполагает целостный характер самой профессиональной деятельности социального работника. Также автор утверждает, что он проявляется в том, что деятельность специалиста по социальной работе соединяет в себе множество знаний и навыков из других областей, она видит человека и понимает его как целостное биопсихосоциальное существо [25, С. 144]. Соответственно, для оказания качественной помощи клиенту, специалисту необходимо применять комплексные методы, которые в свою очередь подразумевают систему разных видов социальной помощи и услуг. Именно при системном подходе к помощи клиенту достигается его полное выздоровление. Так как решение одной проблемы не может быть реализовано только посредством какого то одного конкретного действия.

Следующим принципом, является генетический. Автор, описывая его, утверждает, что обозначение психики как сложной многоуровневой открытой живой системы вносит именно этот принцип как имманентно присущий человеку, его психической реальности, а также социальным общностям на микро- и макро-уровнях. Этот принцип проявляется в необходимости специалиста по социальной

работе девальвировать систему, представляющуюся проблемной, так как клиент в кризисном состоянии, когда его сознание как бы полностью поглощено проблемой, закрыт от внешнего вмешательства [25, С. 144]. Итак, человек как закрытая система при обнаружении проблемы, зачастую, не предоставляет возможности внешнего воздействия с целью оказания ему помощи. Таким образом, важным фактором тут будет являться установление продуктивного, а также доверительного контакта с пациентом и конечно правильное определение его проблемы.

При рассмотрении принципа детерминации, автор утверждает, что этот принцип говорит о том, что любое кризисное состояние имеет причину – совокупность жизненных обстоятельств, предшествующих состоянию и вызывающих его. [25, С. 144]. Конечно, выделение данного принципа доказывает необходимость того, что социальный работник должен учитывать факторы, которые повлияли на психическое здоровье. Далее в связи с этими факторами специалист будет выстраивать свою дальнейшую работу с клиентом. Стоит также отметить, что клиент, пройдя лечение в достаточно закрытом от общества месте, снова попадает в социум, а значит может попасть и в те же условия, которые повлияли на психическое здоровье. Очень важно, чтобы специалист предусмотрел эти аспекты и исключил те, которые действуют крайне негативно на состояние клиента.

Под принципом позитивности О.В. Плешакова подразумевает центрированность специалиста и клиента на положительном опыте. При этом важно в том плохом, что на тот момент, когда клиент обращается к специалисту, найти хорошее или сделать что-то хорошее [25, С. 145]. Из этого следует, что когда клиент обращается к специалисту по какой либо проблеме, человек заиклен на ней и, зачастую, не видит ничего хорошего вокруг себя, что могло бы ему помочь в данной ситуации. Специалист по социальной работе должен помочь пациенту не только решить проблему, но и в дальнейшем научиться справляться с негативными моментами по средствам именно позитивного принципа.

Также автор утверждает, что принцип конкретности – это необходимость учета интенсивности действия психосоциальной технологии и личности социального работника с уровнем сензитивности психики клиента на структуру, содержание и форму воздействия [25, С. 145]. Специалист по социальной работе должен учитывать, что для клиента в его кризисном состоянии даже незначительные сопровождающие проблемные моменты представляются крайне негативными, не говоря уже о главной проблеме. Чтобы не потерять доверие пациента и дать ему понять, что специалист входит в его положение, стараясь ему помочь, социальный работник должен выстраивать свою деятельность крайне осознанно и время от времени корректировать ее в связи с изменением отношения пациента к своей проблеме.

Под принципом объективности автор понимает любое объяснение и понимание индивидуальной психической реальности, а также автор говорит о том, что при любом таком объяснении и понимании ряд неучтенных моментов, влияющих на поведение человека, будут справедливы лишь при определенных условиях и с определенной вероятностью [25, С. 146]. Таким образом, специалист должен объективно воспринимать сложившуюся ситуацию пациента. При проявлении эмпатии, о которой подробно будет сказано ниже, социальный работник должен учитывать и то, что человек относится крайне чувствительно. Также можно сделать вывод о том, что все принципы взаимодействуют друг с другом также как, например, принципы конкретности и объективности. Важно, при реализации своей деятельности придерживаться всех, это позволит оказывать помощь клиенту наиболее качественно. Также, стоит отметить, что все выше представленные принципы вводят в сомнения, так как автор дает им специфические названия, при этом, создается впечатление того, что данные принципы больше относятся к деятельности медицинских работников, нежели социальных. Но в работах В.В. Козлова мы находим подтверждения тому, что данные принципы непосредственно относятся к основополагающим началам психосоциальной работы и актуальны в настоящее время.

Итак, В.В. Козлов в своей работе описывает следующие принципы: принцип целостности постулирует понимание человек как многоуровневой самоорганизующейся системы; генетический принцип утверждает, что психика как многоуровневая открытая система имманентно присуща человеку, а также социальным общностям; принцип обусловленности указывает на то, что любое кризисное состояние личности имеет причину; принцип позитивности означает центрированность специалиста и клиента на положительном опыте; принцип соотнесенности предполагает необходимость учитывать интенсивность действия психотехнологии и личности специалиста, а также уровень сензитивности клиента на таковое воздействие; принцип потенциальности утверждает, что индивидуум мобилизует свои ресурсы для преодоления кризисного состояния [26, С. 16]. Таким образом, можно отметить, что авторы называют одни и те же принципы, но дают им разные названия. По сути, они говорят об одном и том же, но если в сфере применения принципов, приведенных О.В. Плешаковой можно усомниться из-за специфического названия, то принципы, описанные В.В. Козловым уже не вызывают чувства диссонанса, так как названия принципов говорят сами за себя, они более просты и понятны.

Как утверждает Ж.Р. Гарданова в соавторстве с коллегами, существуют следующие задачи в восстановлении социального статуса больного:

- Решение возникающих жилищных вопросов;
- реализация льгот, предоставляемых государством;
- Помощь при трудоустройстве;
- Социально-правовая помощь;
- Осуществление контроля над выполнением опекунских обязанностей над недееспособными больными [27, С. 138]. Также эти задачи могут быть основными направлениями при реализации деятельности специалиста по социальной работе. Стоит отметить, что эти задачи касаются разных сфер жизнедеятельности человека. В свою очередь, это в очередной раз подтверждает тот факт, что оказание помощи клиенту при его социальной реабилитации должно быть системным и комплексным.

Т.В. Зозуля выделяет основные теоретические парадигмы психосоциальных вмешательств – психодинамические и поведенческие, а также основные направления психосоциальной работы:

- Социотерапия личности, которая подразумевает индивидуальные и групповые формы;
- Психокоррекционная работа с ближайшим окружением больного, в том числе с семьей, соседями, окружением по месту работы, учебы или проведения досуга;
- Информационно-образовательная работа с обществом [3, С. 65].

Таким образом, деятельность специалиста в оказании психосоциальной помощи клиенту может быть на индивидуальном, в ближайшем окружении и общественном уровнях. Наиболее конкретной представляется социальная работа индивидуально с клиентом и с его близким окружением, в том числе с его семьей. Наиболее сложной и размытой является деятельность специалиста по социальной работе в информационно - образовательной сфере, так как она является наиболее обширной и включает в себя наименее конкретные задачи.

Стоит отметить также такое понятие как эмпатия. Итак, под эмпатией Е.В. Мельник понимает:

- Психологический процесс, позволяющий одному человеку понять переживания другого;
- Деятельность человека, которая позволяет особым образом строить общение;
- Особый вид внимания к другому человеку;
- Способность, свойство личности (эмпатия как характеристика человека, эмпатийность) [28, С. 155]. При качественной реализации своей деятельности специалист по социальной работе может применять данное понятие как принцип. Конечно, социальный работник не должен забывать об объективности своей деятельности, но эмпатия это наиболее важное профессиональное качество специалиста.

И.И. Юдина выделяет пять видов стратегии в психотерапевтической коррекции:

- Психотерапевтическая коррекция отдельных психических функций и компонентов психики либо коррекция личности;

- Директивная или недирективная стратегия психокоррекционных воздействий;

- Коррекция, направленная на индивида или сконцентрированная на семье;

- Психотерапевтическая коррекция в форме индивидуальных или групповых занятий;

- Психотерапевтическая коррекция как компонент клинической психотерапии в комплексном лечении нервно-психических заболеваний либо основной и ведущий метод психотерапевтического воздействия на пациента с отклонениями в поведении и социальной адаптации [29, С. 14]. Таким образом, психотерапевтическая коррекция делится на пять направлений. Она также может осуществляться как индивидуально, так и с близким окружением пациента, но при этом она также может реализовываться и в отдельных группах.

Перейдем к рассмотрению психокоррекционной работы как непосредственной составляющей социальной реабилитации. Так как она имеет в себе множество составляющих и схожих понятий, то начнем с разбора ключевых моментов, таких как понятие и ее сущность.

Итак, И.И. Юдина в своей работе рассматривает психотерапевтическую коррекцию, утверждая, что это метод воздействия человека, направленный на психические механизмы взаимодействия со средой, нарушающие его социальную адаптацию. Также она утверждает, что ее целью является исправление нарушений психического развития, гармонизация личности и профилактика нервно-психических расстройств, обусловленных внутренними и внешними факторами [29, С. 15]. Таким образом, психотерапевтическая коррекция позволяет скорректировать психическое состояние, а также повлиять на поведение пациента так, чтобы он смог не только уметь контролировать свое психическое состояние, но и преодолел барьеры интеграции с обществом.

Однако данное понятие очень схоже с таким определением как психотерапия, которая в свою очередь, согласно психотерапевтической энциклопедии, представляет собой систему лечебного воздействия на психику и через психику на организм человека. Часто определяется как деятельность, направленная на избавление человека от различных проблем (эмоциональных, личностных, социальных и т. п.) [30, С. 199]. Следовательно, можно определить, что данные определения не только схожи, но и предполагают за собой одну и ту же деятельность – воздействие на психику клиента с целью решения его разного рода проблем. Стоит отметить, что психокоррекционная работа осуществляется уже на микроуровне социальной работы.

Рассмотрим также понятие психосоциальная помощь, которое Т.В. Зозуля определяет как способы решения проблем, учитывающие одновременно и социальные и психологические аспекты [3, С. 77]. Можно сделать вывод о том, что психосоциальная помощь включает в себя и психотерапию, и социальную работу. Следовательно, все методы, понятия которых раскрыты выше и образуют работу по социальной реабилитации клиента, при этом они могут быть реализованы как индивидуально, так и в психотерапевтической группе. Далее рассмотрим виды терапий, которые используются при социальной реабилитации.

2.2 Деятельность специалиста по социальной работе с пациентами психоневрологического диспансера

Говоря о деятельности специалиста по социальной работе в психоневрологическом диспансере, стоит отметить, что эта деятельность подразделяется на 2 основных направления. Итак, Ж.Р. Гарданова разделяет реабилитационные мероприятия на:

а) Психодиагностическая работа, направленная на формирование индивидуальных реабилитационных программ;

б) Психокоррекция и реабилитация, которая в свою очередь подразделяется на 4 направления:

1. коррекция индивидуально-личностных особенностей;
2. повышение образовательного уровня;
3. привитие социально-бытовых навыков;

4. развитие психических функций пациентов [27, С. 140]. Таким образом, социальная реабилитация условно делится на подготовительную часть и исполнительную. Социальная работа, как уже говорилось выше, реализуется на трех уровнях, следовательно, на первом уровне реализуется психодиагностическая работа, а уже на остальных двух психокоррекция и реабилитация. Хотя и на первом уровне воздействия на клиента специалист не оказывает, он является наиболее важной базой всей социальной реабилитации, так как именно от правильного определения направления работы зависит качество оказания помощи больному.

Как отмечают в своей научной работе О.В. Савельева и Н.Н. Петрова, для оценки эффективности психосоциальных вмешательств могут быть использованы следующие результаты: снижение частоты и длительности госпитализаций, улучшение социального функционирования, достижение ремиссии, изменение социальной сети (плотности, частоты контактов и т.п.), снижение нагрузки на семью, изменение уровня инвалидизации, динамику трудовой занятости [31, С. 85]. Таким образом, после психосоциальных вмешательств специалисты должны проводить диагностику и того, какие результаты были достигнуты в психосоциальной реабилитации клиента. Это также достигается и посредством сравнения реального результата с теми целями, которые были поставлены специалистами еще в начале работы. Причем эта диагностика должна осуществляться на всем протяжении работы специалиста с клиентом, для того, чтобы вовремя и правильно скорректировать направление деятельности специалиста.

Необходимо отметить проведение работы по психосоциальной реабилитации пациентов полипрофессиональными бригадами, деятельность которых была описана выше. Важным аспектом при оказании помощи пациентам психоневрологического диспансера является сплоченность такой команды, в

которую входят специалисты разных профессий. Н.С. Федоренко отмечает, что для преобразования бригады в коллектив, необходимы следующие меры:

- Совместные семинары с разбором различных вопросов и их решением;
- Лекции по психиатрии;
- Медико-психолого-педагогическая комиссия решает трудные вопросы, такие как целесообразность и вид трудоустройства клиента, разрешение совместного проживания, коррекционно-воспитательные меры в отношении клиента;
- Тренинговые группы по профилактике «выгорания» и сплочению коллектива [32, С. 75].

Таким образом, вышеперечисленные меры необходимы для оказания качественной помощи в психосоциальной реабилитации клиента. Так как помощь должна оказываться системно и комплексно, необходимо, чтобы бригада решала важные вопросы по реабилитации пациента, учитывая мнение всех специалистов данной бригады. Это позволит решать проблемы клиента, охватывая все аспекты жизнедеятельности человека.

3 Деятельность психоневрологического диспансера №1 и его филиала №3

3.1 Опыт деятельности отделения психосоциальной реабилитации психоневрологического диспансера

Итак, на базе психоневрологического диспансера существует отделение психосоциальной реабилитации. Целью работы такого отделения - продуктивная социализация личности в изменившихся условиях и поддержка интеграции в общество людей с проблемами психического здоровья [33]. Таким образом, данное отделение было создано для наилучшей организации деятельности специалистов в психосоциальной реабилитации пациента. В

психоневрологическом диспансере №1 такое отделение подразделено на несколько площадок реабилитации. Рассмотрим их подробнее.

На официальном сайте краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярского краевого психоневрологического диспансера №1» подробно расписаны площадки реабилитации, а также указано расписание работы творческих площадок. Итак, на данном сайте изложено описание таковых площадок. Например, театральная студия или работа на сцене. Специалисты, работающие с душевнобольными, отмечают такое психотерапевтическое воздействие как нормализация психических процессов: воображения, речи и мышления, внимания и памяти; повышение самооценки; жизненного тонуса; развитие коммуникативных навыков и самоконтроля над своим поведением [33]. Конечно, самовыражение пациента посредством обращения к художественной деятельности, поможет ему не только выразить свое мироощущение, какие-то накопившиеся чувства, но и во многом решить психологические проблемы. Однако, для реализации такой студии нужны как помещения, так и специалисты разного рода, в том числе волонтеры, чья помощь является бесплатной, а значит приоритетной. Это не всегда является возможным для филиалов данного учреждения, так как расположены они в городах с меньшим населением и возможности реализации намного меньше.

Также на базе отделения психосоциальной реабилитации существует студия талантов. В нее входят: танцевальная, а также хоровая и вокальная группы. Танцетерапия в свою очередь основана на принципе тесной взаимосвязи эмоциональных переживаний и телесного напряжения. Это означает, что психические травмы, получаемые человеком в течение своей жизни, заключаются в так называемом мышечном панцире, тормозящем импульс и свободное выражение эмоций [33]. Таким образом, данная терапия весьма эффективна. Так как позволяет снять физическое напряжение, что в свою очередь позволит выплеснуть скопившиеся негативные эмоции. Это позволит пациенту в дальнейшем, посредством танца, избегать стрессовых состояний и как следствие продлевать стадию ремиссии. Для данной терапии необходимо не только

просторное помещение, но и оборудование, которого может не оказаться в маленьких городах. Также стоит отметить, что данная терапия может использоваться только на стадии уверенной ремиссии, причем она будет осуществлять поддерживающий эффект. Она не может быть использована как одно из основных направлений лечения, но может нести вспомогательный характер.

Говоря о хоровой и вокальной группе, можно определить, что в данной терапии взаимодействуют не только методы обращения к художественному образу, но и физические упражнения, так как говорится в описании площадок искусство пения – это прежде всего правильное дыхание, которое является одним из важнейших факторов здоровой жизни. Как утверждают специалисты психоневрологического диспансера, вокалотерапия оказывает благоприятное воздействие на состояние пациента. Ее методы используются для лечения и профилактики как физических, так и психических расстройств: неврозов, фобий (навязчивые, болезненные страхи перед чем-либо), депрессии (особенно если она сопровождается заболеваниями дыхательных путей), бронхиальной астмы, головных болей [33]. Соответственно, посредством данной терапии, оказывается воздействие, как на физическое, так и на психологическое состояния клиента. Как уже говорилось ранее, физическое и психологическое состояние человека тесно связаны и могут порождать проблемы друг друга. Также, данная терапия благоприятно влияет на коммуникативные способности клиента, так как помогает человеку снять стеснительность и замкнутость, помогает обрести уверенность в своих силах. Однако, проблемным моментом при реализации такой терапии, остается оснащенность специальным оборудованием в филиалах психоневрологического диспансера.

Также успешно реализуется проект «Школа творчества». В него входят: кружок «Бисероплетения», лепка, рисунок и оригами. Как утверждают специалисты, ручной труд способствует развитию сенсомоторики – согласованности глаза и руки, совершенствованию координации движений, гибкости, точности в выполнении действий. Для создания комфортных условий

обучения в группе каждому обучающемуся даются индивидуальные, разноуровневые и посильные для него задания, при этом развиваются усидчивость, память и внимание [33]. Можно сделать вывод о том, что такая терапия приводит к душевному спокойствию и уравниванию психологического состояния пациента, что в свою очередь может помочь в дальнейшем избегать стрессовых ситуаций. Конечно, осуществление таких занятий в группе еще и организуют пациента, но при невозможности посещения занятий он может заниматься дома. Повышением качества проведения такой терапии будет являться вовлечение в процесс родственников пациента.

Изотерапия или Арт-терапия является одной из наиболее распространенных терапий. Это лечебное воздействие осуществляет коррекцию посредством изобразительной деятельности. По сути, это самовыражение в рисунке и моделирование конфликтной ситуации. Такая терапия выполняет психотерапевтическую функцию, помогая пациенту справиться со своими психологическими проблемами [33]. Также, при вовлечении семьи пациента в процесс реализации данной терапии, могут нормализоваться взаимоотношения между клиентом и его близкими родственниками. Взаимоотношения в семье психически больного и его родственников зачастую носят покровительственный характер. В достижении взаимопонимания может помочь совместное участие не только в арт-терапии и ее разных видах, но и в полный процесс реабилитации, так как через это вовлечение семья может понять, что именно беспокоит больного и как можно ему помочь.

К видам арт-терапии, основанным на лечебном коррекционном воздействии чтением, относятся либропсихотерапия и библиотерапия. В основе этого вида арт-терапии лежит использование специально подобранного для чтения литературного материала как терапевтического средства с целью решения личностных проблем через идентификацию с образом художественного произведения при помощи направленного чтения [33]. Безусловно, данная терапия подойдет далеко не каждому пациенту, ведь это зависит не только от его предпочтений, но и реально физических возможностей. Однако, она хорошо

подходит для поддержания гармоничного состояния пациента как на последних этапах социальной реабилитации, так и уже после прохождения реабилитационного процесса как профилактика обострения заболевания. В применении такой терапии существуют также и сложности, например, если пациент не может сам обеспечить свое присутствие на таких занятиях. В таком случае, необходимо правильно воздействовать на родственников клиента, необходимо убедить их в значимости применения терапии для того, чтобы помочь их близкому человеку.

Также на базе отделения психосоциальной реабилитации действует площадка «Киносеанс». Кинотерапия – это метод терапии, предполагающий просмотр и обсуждение кинофильма с помощью специалиста. В процессе просмотра кинофильма и анализа собственного восприятия его образов, участник кинотренинга исследует свои личностные особенности [33]. При применении любой терапии существуют некоторые затруднения. Кинотерапия тому не исключение. При ее реализации специалисты быть компетентны в любых вопросах, касающихся данной темы, так как после просмотра фильма каждый клиент должен провести анализ своих личных особенностей, а в этом, зачастую, требуется помощь даже здоровому человеку. Поэтому специалист должен помочь клиенту так, лишь направив его размышления в нужном направлении, для этого нужна не только компетентность специалиста в данном вопросе, но и опыт, а также желание помочь.

Фитнес-направления, которые также используются в отделении психосоциальной реабилитации, воздействуют на организм целиком и приводит его к сбалансированному состоянию. Цели, которые были достигнуты при реализации данного проекта:

- Эмоциональная удовлетворенность за счет борьбы со стрессами;
- Укрепление сердечно-сосудистой системы и борьба с гиподинамией;
- Нормализация веса;
- Восстановление утраченных коммуникативных навыков [33]. Следует

вывод о том, что данная терапия направлена на физическое состояние и как

следствие на психологическое, при этом затрагивается и социальный аспект жизнедеятельности человека. Конечно, не каждому пациенту подойдет общий набор упражнений, в этом случае необходим индивидуальный подход. Нельзя не отметить, что при реализации данной терапии, как и всех остальных, необходим компетентный специалист, для осуществления индивидуального подхода, а также для формирования мотивации у пациента к ведению здорового образа жизни и позитивного представления своего будущего.

Также, в психоневрологическом диспансере осуществляется иппотерапия. Реабилитация пациентов с психическими нарушениями с помощью лечебной верховой езды активно используется во всем мире [33]. Данная терапия является наиболее затратной, поэтому ее реализация наименее возможно в филиалах главного психоневрологического диспансера. Также, она может подойти далеко не всем пациентам, исходя даже из элементарного страха животных. Поэтому иппотерапия может назначаться только исходя их индивидуальных особенностей пациента.

Стоит отметить, что все перечисленные выше площадки психосоциальной реабилитации реализуются на базе главного учреждения психоневрологического диспансера, в свою очередь в филиале №3 такая работа не проводится, что является проблемой в реализации реабилитации пациентов.

По мнению специалистов отделения психосоциальной реабилитации, православие особенно тесно соприкасается с медициной. Поэтому на базе такого отделения реализует свою деятельность площадка «Школа Православия». Предполагается, что в рамках проекта «Реабилитация души» создание молитвенной комнаты в учреждении, которая будет обустроена в одном из отделений. Священники и врачи уверены: по вере и молитве многие пациенты больницы смогут поправить духовное и физическое здоровье [33]. Безусловно, все лечение и социальная реабилитация пациента зависит от его настроения на выздоровление, веры в позитивный исход, соответственно от самовнушения. Таким образом, данная терапия используется не только в психоневрологическом диспансере, но и в других сферах жизнедеятельности, где необходима вера для

улучшения состояния человека. Однако, данная терапия предусматривает только Православие, но не продумывает религиозные взгляды пациентов, которые являются приверженцами других религий.

Стоит отметить, что реализация такой терапии закреплена в Положении Красноярского краевого психоневрологического диспансера №1 «о Православном храме в стационаре». В данном Положении содержатся цели работы храма. Таковыми являются:

- формирование у пациентов жизненных ценностей на основе христианских заповедей;
- создание условий для перехода на системный уровень осознания своих грехов и углубление покаянного чувства,
- гуманизация отношений между персоналом и пациентами, между пациентами,
- развитие у персонала требовательности, как к себе, так и окружающим в нравственном отношении,
- потребности соответствовать правилам христианской этики [33].

Можно сделать вывод о том, что данная терапия может помочь не только пациентам, но персоналу. Также, улучшению качества реализации данной терапии может послужить вовлечение родственников пациентов, так как это поможет нормализовать отношения в семье душевнобольного. При этом, участие в данной терапии персонала может помочь гармонизировать их взаимоотношения. «Школа Православия» может широко применяться и в филиалах, так как в каждом городе, безусловно, существуют церкви, сотрудничество с ними осуществляется повсеместно.

По мнению А.Ю. Березанцева, нет особой необходимости глубокого познания человеком догматов конкретной религиозной конфессии. Достаточно его самоидентификации с религиозной общиной и периодического участия в религиозных церемониях, поскольку основным терапевтическим инструментом влияния на личность является работа с индивидуальным временем и достижение особого «благодатного» состояния сознания, благотворно влияющего на весь

внутренний мир человека [34]. Таким образом, главное помочь пациенту обрести веру, которая в свою очередь поможет в дальнейшем не только гармонизировать внутренний мир, но и справляться со стрессовыми ситуациями для поддержания этой гармонии. Пациент посредством привлечения его к какой либо религиозной общине сможет ощутить себя ее частью, благодаря этому он обретет ощущение того, что может внести свой вклад в общество, а значит и его самооценка, которая, зачастую занижается из-за наличия заболевания, повысится.

Одной из наиболее важных видов помощи, которые оказываются в отделении психосоциальной реабилитации, является действие обучающей программы для родных и близких пациентов «Школа родственников». В рамках данной программы организуются встречи, на которых обсуждаются наиболее актуальные темы, касающиеся симптомов и синдромов психических заболеваний, особенностей течения болезни, о важности медикаментозной терапии. Предоставляется информация о методах реабилитации лиц имеющих психические расстройства [33]. Конечно, данная программа позволит объяснить родственникам все наиболее важные моменты оказания поддержки и помощи психически больному члену семьи. Это позволит убедить их в необходимости участия в реабилитационном процессе, различных терапиях, а также как следует себя вести, если они начинают наблюдать признаки обострения заболевания. Стоит отметить, что в филиале №3 работа с родственниками пациентов не проводится, что влечет неинформированность членов семьи пациента не только о его заболевании, но и о правильности действий во время обострения заболевания, а также социальной реабилитации.

Стоит отметить, что при прохождении практики, был отмечен тот факт, что трудотерапия пациентов отходит на второй план. Исходя из беседы со специалистом по социальной работе в филиале №3 психоневрологического диспансера, было выявлено, что ранее трудотерапия применялась довольно часто и была достаточно эффективной, но в настоящее время, от нее, зачастую, отказываются. Причиной этого служит сокращение времени пребывания

пациентов в стационаре, так как такая терапия позволяла предотвратить утрату трудовых навыков психически больных.

Было бы рациональным, также, отметить Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения". В частности, в данном документе описаны основные функции психоневрологического диспансера, а также правила организации деятельности медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях.

Рассмотрим подробнее основные функции, которые выполняет психоневрологический диспансер. Их можно подразделить на те, которые осуществляет медицинский персонал и те, которые являются частью медико-социальной работы. Наибольший интерес для нас представляют именно те, которые являются составляющими медико-социальной работы, а именно: участие в разработке и реализации индивидуальных программ медико-социальной реабилитации; участие в решении медико-социальных проблем; привлечение семей пациентов к реализации индивидуальных программ медико-социальной реабилитации; осуществление взаимодействия между пациентами, медицинскими и иными специалистами, участвующими в оказании психиатрической помощи; содействие в трудовом устройстве лиц, страдающих психическими расстройствами; участие в решении вопросов опеки; участие в консультациях по вопросам реализации прав и законных интересов лиц, страдающих психическими расстройствами; участие в решении вопросов медико-социально-бытового устройства инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами; участие в организации обучения инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами; ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством [35]. Таким образом, можно отметить, что перечень основных функций, который выполняет психоневрологический диспансер, достаточно обширен. Однако, при их

реализации существуют проблемы. Например, участие в организации обучения инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами в филиале №3 психоневрологического диспансера не осуществляется. Специалисты не заинтересованы в реализации данной функции.

Также в данном нормативно-правовом акте прописаны правила организации деятельности медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях. Отделение осуществляет следующие функции: проведение совместно с организациями социальной защиты населения медико-психосоциальной работы с пациентами, находящимися на диспансерном наблюдении, и их семьями; организацию взаимодействия с организациями, осуществляющими психосоциальную работу с пациентами; улучшение состояния пациента при поддержке в условиях обычного проживания (на дому); направление пациента в медико-реабилитационное отделение для формирования навыков самостоятельного проживания у лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи; снижение риска направлений для оказания стационарной помощи; улучшение качества жизни пациента и его близких; освоение и внедрение в клиническую практику современных методов бригадного ведения пациента в отделении; привлечение пациентов к активному участию в выполнении лечебно-реабилитационных программ; ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством [35]. В филиале №3 по сравнению с главным учреждением психоневрологического диспансера остро стоит проблема освоения и внедрения в клиническую практику современных методов бригадного ведения пациента. Такой метод осуществляется только в отчетах для проверяющей комиссии, но на практике же методы бригадного ведения пациента не происходит.

3.2 Рекомендации по улучшению качества социальной работы с пациентами психоневрологического диспансера

Проведя анализ видов, форм и методов социальной реабилитации, применяемых в психоневрологическом диспансере, были выделены проблемы в их реализации. Это позволило сформировать ряд рекомендаций по улучшению качества работы с пациентами психоневрологического диспансера.

1. Наиболее распространенной проблемой является нехватка трудовых ресурсов в осуществлении психосоциальной реабилитации пациентов психоневрологического диспансера, а также недостаточная компетенция специалистов. Особенно актуальной она является в филиалах главного учреждения.

- Так как специалист должен знать и уметь применять технологии доступа к разрешению проблем клиента, он должен иметь соответствующее образование;

- При этом, чтобы усовершенствовать свою деятельность, социальный работник должен выработать свою методику, опробовав разные способы, анализируя весь процесс и проводя диагностику полученных результатов, корректируя в соответствии с ними свою деятельность.

- Для открытия такой площадки психосоциальной реабилитации как театральная студия в городе Минусинске, рациональным будет приглашение учащихся культурно-просветительского училища.

- Для открытия спортивной реабилитационной площадки возможно приглашение учащихся педагогического института, физкультурного отделения.

- Решением такой проблемы является привлечение добровольцев студентов медицинских учреждений, которые бы в свою очередь хотели бы помочь в осуществлении социальной реабилитации психически больных, а также пройти практику для дальнейшего самоопределения.

- Также возможно привлечение квалифицированных специалистов таких терапий как песочная терапия. Также данную проблему можно решить путем повышения квалификации штатного психолога.

2. Особо острой является проблема осуществления психосоциальных реабилитационных мероприятий в филиалах главного психоневрологического диспансера. Как было отмечено выше, причиной этого может служить нехватка

трудового ресурса, но также, нельзя не отметить, наиболее низкую материальную обеспеченность филиалов по сравнению с главным психоневрологическим диспансером. Стоит отметить, что в филиале №3 не проводится работа по консультированию пациентов по юридическим и социальным вопросам.

- Решением такой проблемы в филиале №3 может послужить открытие такой площадки психосоциальной реабилитации как иппотерапия. Для осуществления такой работы могут быть привлечены работники молодежного центра «Защитник», на базе которого проводятся занятия по конному спорту.

- Также возможно открытие осуществление деятельности такой площадки психосоциальной реабилитации как театральная студия. Для ее реализации возможно привлечение учащихся культурно-просветительского училища.

- Возможна реализация такой деятельности как консультирование пациента не только о его заболевании, но и по юридическим вопросам, а также по вопросам социальной поддержки. Такую деятельность могут осуществлять штатные юрист и специалист по социальной работе.

3. Недостаточное распространение информации о психических заболеваниях, а также, куда можно обратиться родственникам лица с психическими расстройствами и расстройствами поведения не только для получения медицинской помощи, но и социальной поддержки. Такая проблема ярко выражена в отношении населения к проблемам психически больных людей. Зачастую, неосведомленность семьи по вопросам проблем душевнобольного члена семьи приводит к неправильному их поведению. Конечно, работа по вопросам информированности семей проводится, но проблема главным образом состоит в том, что ее нет в филиалах главного учреждения.

- Решением такой проблемы будет открытие на базе филиала №3 «Школы родственников», которая бы осуществляла деятельность по консультированию и информированию родственников по всем вопросам, которые касаются заболевания пациента, а также возможной социальной поддержки. Для реализации такой деятельности могут быть привлечены штатные специалист по социальной работе, юрист, психолог, а также врач-психиатр. Специалисты такой

школы могут осуществлять работу отдельно по определенному расписанию с родственниками пациента впервые поступившего на стационарное лечение и с членами семьи пациента, который уже прошел стационарное лечение и был выписан.

- На базе такой школы может осуществляться распространение буклетов, которые отражали бы основные проблемы, с которыми может столкнуться семья и признаки обострения заболевания, а также полную информацию, куда они могут обратиться в случае возникновения вопросов;

- При этом рациональным будет вовлечение родственников в реабилитационный процесс, это поможет не только увеличить количество людей, готовых помочь, но и наладит взаимоотношения внутри семьи с психически больным человеком. Конечно, они могут осуществлять помощь только своему близкому, но и это уже облегчит работу специалистов, так как меньше людей будет необходимо привлечь к реализации таких мероприятий. Социальный работник может привлекать родственников посредством беседы с ними. Специалист должен правильно разъяснить, что помощь родственников в реабилитации необходима для наиболее эффективного результата.

- Также, необходимо проведение консультаций с каждой семьей по поводу их индивидуального случая социальным работником и поиск подходящего решения проблем, а также оптимального поведения членов семьи с психически больным.

4. Также, в филиалах психоневрологического диспансера остро стоит проблема осуществления работы мультипрофессиональных бригад. Деятельность таких бригад в настоящее время находится на начальном этапе, более того она осуществляется только на бумаге. Исходя из опыта, полученного при прохождении практики в филиале №3 психоневрологического диспансера, было выявлено, что записи по осуществлению их деятельности выполняются только для контроля комиссии.

- Соответственно, для решения данной проблемы необходимо повышения мотивации в оказании качественной помощи у самих специалистов.

- Возможно, решением может послужить применение тех технологий, которые действительно являются актуальными для определенного учреждения.

- Специалистами психоневрологического диспансера отмечено, что деятельность мультипрофессиональных бригад достигает больше эффективности, так как работа по социальной реабилитации осуществляется комплексно. По этому следует усилить контроль над деятельностью таких бригад в филиалах психоневрологического диспансера. При этом, не обязательно проверять отчеты, как было замечено, это не приносит результата. Важно именно проверять результат. Нужно создать комиссию, которая будет проверять на практике деятельность этих бригад, видеть их реальные действия. Такая комиссия может опросить больного, была ли проведена с ним работа такой бригадой.

Итак, изучение опыта деятельности психоневрологического диспансера №1, а также его филиала №3 в процессе выполнения дипломного исследования позволило выявить основные виды, формы и методы социальной реабилитации, которые применяются в психоневрологическом диспансере. Наиболее актуальными являются Школа родственников, театральная студия, школа Православия, спортивная площадка или фитнес-направление, литературный кружок, школа творчества, арт-терапия, танце-терапия, вокалотерапия, кинопросмотр и кинообсуждение. Также, были выделены проблемы их применения. Наиболее острой является реализация различных мероприятий в главном учреждении психоневрологического диспансера, но при этом не реализация таковых в филиалах. Помимо вышеизложенной проблемы, были выявлены несколько иных, а также были предложены пути их решения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной работе была рассмотрена тема «Социальная работа с пациентами психоневрологического диспансера». Как уже было отмечено, данная тема в наше время является весьма актуальной и насущной.

Первая глава посвящена пациентам психоневрологического диспансера как объекту социальной работы. Были охарактеризованы пациенты психоневрологического диспансера, а также описаны права психически больных людей в процессе оказания им психиатрической и социальной помощи. Также были рассмотрены ключевые моменты, такие как социальная психиатрия и аспекты, которые она рассматривает, предрасполагающие, провоцирующие и поддерживающие факторы, которые влияют на психическое здоровье. Был рассмотрен принцип территориальности, который является очень важным моментом при реализации помощи лицам, имеющим психические расстройства. Говоря об увеличении числа людей, обратившихся за психиатрической помощью, следует отметить, что одним из причин этого является отказ общества от стереотипного представления о психических заболеваниях, этому также способствует наличие психотерапевтических кабинетов при общих поликлиниках.

Далее были рассмотрены нормативно-правовые акты регулирующие деятельность специалиста по социальной работе в психоневрологическом диспансере. На федеральном уровне действуют Конституция, Гражданский кодекс, а также Федеральные законы «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Также были рассмотрены региональные и локальные правовые акты. Таковыми являются должностная инструкция специалиста по социальной работе в психоневрологическом диспансере, Положение Министерства здравоохранения Красноярского края КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1», «О порядке организации работы волонтеров в учреждении», а также Приказ Министерства здравоохранения Красноярского края КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический

диспансер № 1», регулирующего деятельность работы мультидисциплинарной бригады, в которую входят специалисты разной сферы деятельности.

Во второй главе была рассмотрена социальная работа в условиях психоневрологического диспансера, технологии и методы социальной работы, а также деятельность специалиста по социальной работе с пациентами. Итак, психосоциальная помощь включает в себя и психотерапию, и социальную работу. Деятельность специалиста в оказании психосоциальной помощи клиенту может быть на индивидуальном, в ближайшем окружении и общественном уровнях. Наиболее сложной и размытой является деятельность специалиста по социальной работе в информационно - образовательной сфере, так как она является наиболее обширной и включает в себя наименее конкретные задачи, тогда как наиболее конкретной представляется социальная работа индивидуально с клиентом и с его близким окружением

В третьей главе была описана деятельность психоневрологического диспансера №1 и его филиала №3 в городе Минусинске, был описан и проанализирован опыт деятельности отделения психосоциальной реабилитации психоневрологического диспансера. На основе данного анализа были выявлены проблемы в деятельности специалистов и реализации психосоциальной реабилитации в психоневрологическом диспансере. Также были предложены рекомендации по решению выявленных проблем и улучшению качества оказания помощи и социальной работы с пациентами психоневрологического диспансера

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Официальный сайт федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/health_care/#
2. Психическое здоровье. Информационный бюллетень [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/ru/>
3. Дмитриева, Т. Б., Положий, Н. С. Социальная психиатрия // Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – С. 134–169.
4. Зозуля, Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 224 с.
5. Беляева, М.А. Осмысление содержания понятия «Медико-социальная работа» // Педагогическое образование в России. 2008. №1 С.25-33.
6. Шурыгина, Ю.Ю. Содержание и методика социально-медицинской работы (с региональным компонентом): учеб.-метод. пособие. Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ, 2004. 121 с.
7. Чуканова, Е.К. Эффективность комплексной психосоциальной помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на базе психоневрологического диспансера // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. №1 С.21-27.
8. Никифорова, Т.Ю., Черных, Л.С. Формирование профессиональной грамотности специалиста по социальной работе в сфере социально-медицинских услуг // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. 2014. №1 С.133-135.

9. Шилов, Ю.Е., Безруков, М.В. Кинуренины в патогенезе эндогенных психических заболеваний. Вестник Российской академии медицинских наук. 2013. С. 35-41.

10. Хритинин, Д.Ф. Лекции по психиатрии и наркологии. – М.: Издательство БИНОМ, 2015. – 296 с.

11. Ульчева, Т.А. Ценности и смыслы жизни как внутренние ресурсы психически больных // Изв. Саратов. ун-та Нов. сер. Сер. Акмеология образования. Психология развития. 2012. №3 С.56-57.

12. Бардина, С.М. Нарушение социального функционирования психически больного: интерпретация с позиций феноменологии и витгенштейнианской теории социального действия // Социология власти. 2014. №1 С.75-88.

13. Каменков, К.А., Быков, А.Ф. Подходы к анализу причин феномена отсроченной реабилитации в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. №3 С.15-19.

14. Судьин, С.А. Психическая болезнь и семья: субъективные и объективные проблемы // Вестник ННГУ. 2012. №2-1 С.390-395.

15. Конституция Российской Федерации. [Электронный ресурс] : федер. конст. закон от 12.12.1993 № 11-ФКЗ ред. от 21.07.2014. // Справочная система «КонсультантПлюс». – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/

16. Гражданский кодекс Российской Федерации. [Электронный ресурс] : федер. закон от 26.01.1996 № 39-ФЗ ред. от 28.03.2017. // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/

17. Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. N 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих" <http://base.garant.ru/12137881/#friends#ixzz4hiQcNOZF>

18. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ ред. от 09.11.2011 //

Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/

19. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании [Электронный ресурс] : федер. закон от 02.07.1992 № 3185-1 ред. от 01.01.2017 // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205/

20. Должностная инструкция специалиста по социальной работе, утвержденная главным врачом КГБУЗ ККПНД №1 12.01.2015 г.

21. Об отделении психосоциальной реабилитации [Электронный ресурс] : положение // Официальный сайт КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1». – Режим доступа: <http://www.kraspsixo.ru/rehab/>

22. О порядке организации работы волонтеров в учреждениях здравоохранения [Электронный ресурс] : типовое положение // Официальный сайт Министерства здравоохранения Красноярского Края. – Режим доступа: <http://www.kraszdrav.ru/assets/content/image/files/4>

23. Об организации деятельности мультидисциплинарной бригады [Электронный ресурс] : приказ // Официальный сайт Министерства здравоохранения Красноярского Края. – Режим доступа: <http://www.kraszdrav.ru/search>

24. Кузнецова, Л.П. Основы технологии социальной работы: учебное пособие. – Владивосток, 2002. – 297.

25. Сафонова, Л.В. Психология социальной работы : учебник для студ. учреждений высш. проф. образования / Л. В. Сафонова. — М. : Издательский центр «Академия», 2012. — 256 с.

26. Плешакова, О.В. Методологические принципы психосоциальной работы // Известия ПГУ им. В.Г. Белинского. 2009. №16 С. 143-145.

27. Козлов, В.В. Работа с кризисной личностью. Методическое пособие. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. – 302 с.

28. Гарданова, Ж.Р., Некрасов, М.А., Хритинин, Д.Ф., Чернов, Д.Н. Методы психосоциальной реабилитации в психиатрических учреждениях Орловской области на современном этапе организации психиатрической помощи // Research'n Practical Medicine Journal. 2015. №4 С.137-142.

29. Мельник, Е.В. Эмпатия как фактор успешной профессиональной деятельности// Психологическая безопасность, устойчивость, психотравма: Сборник научных статей по материалам Первого международного форума/ Под общ. ред. И.А. Баевой, Ш. Ионесу, Л.А. Регуш. СПб., 2006. С. 154-157.

30. Юдина, И.И. Опыт применения арт-терапии как метода психотерапевтической коррекции в работе с пациентами, страдающими шизофренией // СТПН. 2013. №1 С.12-18.

31. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб: Питер, 2000. – 220 с.

32. Савельева О. В., Петрова Н. Н. Критерии оценки эффективности реабилитации больных параноидной шизофренией в амбулаторной практике // ПМ. 2014. №2 С.83-87.

33. Федоренко, Н.С. Реабилитационное отделение психоневрологического интерната // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. №3 С.78-80.

34. Официальный сайт краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярского краевого психоневрологического диспансера №1» <http://www.kraspsixo.ru/rehab/>

35. Березанцев А.Ю. Психосоматические аспекты религиозного опыта // Психиатрия и религия на стыке тысячелетий: Сб. научных работ Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 и Харьковской медицинской академии последипломного образования / Под ред. П.Т. Петрюка, Р.Б.Брагина. Харьков, 2006. Т. 4. С. 19–22.

36. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения [Электронный ресурс] : приказ от 17 мая 2012 г. № 566н // Официальный сайт Министерства

здравоохранения и социального развития Российской Федерации. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/>

ПРИЛОЖЕНИЕ А

УТВЕРЖДАЮ:
Главный врач КГБУЗ ККПНД № 1
Г.М. Гершенович

12.01.2015г.

ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ

специалист по социальной работе

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. Настоящая должностная инструкция определяет функциональные обязанности, права и ответственность специалиста по социальной работе.
- 1.2. Специалист по социальной работе назначается на должность и освобождается от должности в установленном действующим трудовым законодательством порядке приказом главного врача.
- 1.3. Специалист по социальной работе подчиняется непосредственно заведующему Отделением.
- 1.4. Специалист по социальной работе руководствуется в своей работе: основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Трудовым Кодексом Российской Федерации, Уставом учреждения, постановлениями, приказами, инструкциями вышестоящих органов, другими нормативными документами Российской Федерации по выполняемому разделу работы, приказами и распоряжениями главного врача и настоящей инструкции.
- 1.5. Требования к квалификации: высшее профессиональное образование по социальному, медицинскому, педагогическому, юридическому профилям без предъявления требований к стажу работы.

II. ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ

Специалист по социальной работе:

- 2.1. Осуществляет клубную и культмассовую работу.
- 2.2. Проводит занятия с пациентами по культэстетотерапии (хоровое пение, вечера поэзии, классической музыки, танца, праздничные вечера, фототерапия, библиотерапия, видеотерапия, кинотерапия, арттерапия, развитие мелкой моторики).
- 2.3. Проводит работу по развитию навыков здорового образа жизни, организует спортивно-оздоровительные занятия с пациентами.
- 2.4. Проводит мероприятия с пациентами по трудовой терапии в соответствии с назначениями врача, совместно с трудинструктором, переводя от простых к более сложным трудовым процессам (уборка территории, отделения, оформление отделения и т.д.)
- 2.5. Проводит разъяснительную работу с окружением пациента.
- 2.6. Организует совместные мероприятия с отделом культуры, учреждениями культуры, творческими коллективами, поэтами, писателями.
- 2.7. Принимает активное участие в формировании приобщения к искусству пациентов (посещение различных культурно-массовых мероприятий). Сопровождает пациентов стационара на выездные мероприятия.
- 2.8. Проводит работу с Фондом Социального Страхования.

- 2.8. Оформляет информационные стенды Отделения для ознакомления желающих с положением об Отделении, основных направлениях и плана работы Отделения.
- 2.9. Повышает свою квалификацию путем посещения семинаров, чтением специальной литературы.
- 2.10. Принимает участие в совещаниях, научно-практических конференциях врачей, психологов, социальных работников.
- 2.11. В случае производственной необходимости по распоряжению главного врача или заведующего Отделением обязан продолжать находиться на рабочем месте и выполнять свои должностные обязанности за пределами рабочего времени, определенного графиком работы.
- 2.12. Соблюдает правила и принципы этики и деонтологии.

III. ПРАВА

Специалист по социальной работе имеет право:

- 3.1. Вносить предложения по развитию и совершенствованию деятельности Отделения;
- 3.2. Запрашивать у руководства, получать и пользоваться информационными материалами и нормативно-правовыми документами, необходимыми для исполнения своих должностных обязанностей;
- 3.3. Принимать участие в конференциях и совещаниях, на которых рассматриваются вопросы, связанные с его работой;
- 3.4. Специалист по социальной работе пользуется всеми трудовыми правами в соответствии с Трудовым кодексом РФ.

IV. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Специалист по социальной работе несет ответственность за:

- 4.1. Выполнение своих функциональных обязанностей;
- 4.2. Достоверную информацию о состоянии выполненной работы;
- 4.3. Соблюдение правил и норм охраны труда, техники безопасности, противопожарной безопасности при эксплуатации технических средств;
- 4.4. Выполнение приказов, распоряжений, поручений администрации учреждения;
- 4.5. Соблюдение трудовой дисциплины;
- 4.6. За ненадлежащее исполнение или неисполнение своих должностных обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией - в пределах, определенных трудовым законодательством Российской Федерации;
- 4.7. Ведение документации, предусмотренной действующими нормативно-правовыми актами;
- 4.8. Оперативное принятие мер, включая своевременное информирование руководства, по устранению нарушений техники безопасности, противопожарных и иных правил, создающих угрозу деятельности учреждения, его работникам и иным лицам;
- 4.9. За нарушение правил и положений, регламентирующих деятельность учреждения.
- 4.10. За обеспечение безопасных условий для пациентов;
- 4.11. Сохранность вверенного инвентаря, комплектующих материалов, инструмента их постоянно наличие на рабочем месте в количестве необходимом для проведения запланированных работ;
- 4.12. За правонарушения, совершенные в процессе осуществления своей деятельности, - в пределах, определенных действующим административным, уголовным и гражданским законодательством Российской Федерации.

V. УСЛОВИЯ ТРУДА

- 5.1. Режим работы специалиста по социальной работе определяется в соответствии с Правилами внутреннего трудового распорядка, установленными в учреждении.
С должностной инструкцией ознакомлен(а):

« _____ » _____ 20 ____ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б


Вопросы для интервью

1. Есть ощущение, что в последнее время людей с психическими расстройствами стало больше. Это действительно так или об этом просто стали чаще говорить?
2. Какие симптомы должны показаться тревожными? Когда надо идти к психиатру?
3. Можно ли вывести правила, которые помогли бы сохранить психическое здоровье: ЗОЖ, диета, спорт? В общем, что может помочь не заболеть?
4. Как именно должно происходить лечение? Какое место должно отводиться лекарствам, а какое — реабилитации?
5. Какая роль в реабилитации пациента отводится специалисту по социальной работе?
6. Каковы возможности социальной работы в условиях психоневрологического диспансера?
7. Какой результат достигнут на данный момент в деятельности мультипрофессиональных бригад?

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Юридический институт
Кафедра теории и методики социальной работы

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий кафедрой

 Н.А. Никитина

подпись инициалы, фамилия

«7» июня 2017 г.

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

39.03.02 «Социальная работа»

Социальная работа с пациентами психоневрологического диспансера

Руководитель

 7.06.17

подпись, дата

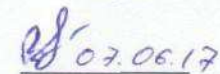
старший преподаватель

должность, ученая степень

Л.М. Сафиулина

инициалы, фамилия

Выпускник

 07.06.17

подпись, дата

В.С. Широкова

инициалы, фамилия

Красноярск 2017