ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ

СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ИНСТИТУТ ЕСТЕСТВЕННЫХ И ГУМАНИТАРНЫХ НАУК

СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВОЙ ФАКУЛЬТЕТ

КАФЕДРА ТЕОРИИ И МЕТОДИКИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

**Реферат**

**Содержание и методика социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения**

Выполнила: студентка 4 курса социально-правового факультета Тохтобина Т. А.

Проверила: к. м. н., проф. кафедры социально-правового факультета Коробицина Т. В.

Красноярск 2009

**Содержание**

Введение

1. Учреждения здравоохранения и основные направления социально-медицинской работы
2. Клиенты социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения и их проблемы
3. Функции социального работника в учреждениях здравоохранения

Заключение

Литература

**Введение**

Здоровье человека, как известно, зависит всецело от характера взаимодействия его биологического начала, сформировавшегося в процессе длительной эволюции под влиянием факторов окружающей среды, и многочисленных социальных влияний. Эти две составляющие здоровья человека – биологическое и социальное – находятся в диалектическом единстве и тесной взаимосвязи[[1]](#footnote-1).

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

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

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

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

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

1. **Учреждения здравоохранения и основные направления социально-медицинской работы**

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

К государственной системе здравоохранения относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические учреждения и организации, создаваемые Минздравом РФ, министерствами субъектов РФ, государственными предприятиями, учреждениями и организациями.

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

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

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

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

В настоящее время во многих учреждениях здравоохранения предусмотрена ставка специалиста по социальной работе для выпускников средних учебных заведений (наркологические, психиатрические, онкологические клиники, хосписы, детские клиники, учреждения родовспоможения)[[2]](#footnote-2).

Система социальной работы в государственном здравоохранении включает профилактику, диагностику, лечение, сохранения здоровья и реабилитацию[[3]](#footnote-3). Эта система действует на разных этапах, начиная от составления программ здравоохранения до работы в больницах общего типа или специализированных.

Существует два типа медико-социальной работы – патогенетический и профилактический.

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

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

Профилактическая медико-социальная работа подразделяется на два типа[[4]](#footnote-4):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) обеспечить оптимальную связь больного с его социальным окружением;

2) оптимизировать самопомощь и поддержку близких больному в кризисной ситуации;

3) обеспечить связь работников медицинского учреждения с семьей и близкими больного;

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

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

Социальная работа в органах здравоохранения сводится к поддержанию состояния достаточно широких функциональных возможностей организма, необходимых для нейтрализации влияния негативных факторов окружающей среды. Причем функциональные возможности рассматриваются как физиологические резервы, объем которых может сокращаться, или увеличиваться в зависимости от степени их тренированности. Функциональные возможности создаются образом жизни как комплексом режимных моментов и моментов, исключающих или усугубляющих истощение названных резервов. Конечной целью всех усилий является охрана здоровья и жизни обслуживаемых лиц.

1. **Клиенты социально-медицинской работы в учреждениях здравоохранения и их проблемы**

Социально-медицинская работа представляет собой одно из важных направлений в деятельности социальных учреждений и занимает особое место в практическом здравоохранении.

Объектом социальной работы в здравоохранении являются различные контингенты лиц, имеющие выраженные медицинские и социальные проблемы, которые взаимно обуславливают друг друга и решение которых затруднительно в рамках односторонних профессиональных мероприятий. Работа с такими контингентами одинаково тяжела и малоэффективна как для медицинских работников, так и для специалистов социальных служб, поскольку неизбежно они оказываются перед кругом проблем, выходящих за рамки их профессиональной компетенции и препятствующих успешной узкопрофессиональной деятельности.

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

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

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

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

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

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

К этой категории применимы профилактические меры социально-медицинской работы.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Психолого-педагогические проблемы: утрата социальных связей, коммуникативный барьер, проблема социальной и гендерной идентичности, контролирование своего поведения, проблемы с обучением, неумение выстраивать собственную модель функционирования вследствие неправильного воспитания, самоизоляция, психологическая подавленность, одиночество.

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

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

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

1. **Функции социального работника в учреждениях здравоохранения**

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

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

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

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

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

Основными функциями медико-социального работника среднего звена является непосредственная патронажная работа с семьями по реализации конкретных услуг: оказание первичной медико-санитарной помощи инвалидам, одиноким, больным хроническими заболеваниями; содействие в обеспечении медикаментами, перевязочными и гигиеническими средствами, продуктами питания через специальные магазины по льготным ценам; организация консультативной помощи правоведов, психологов, педагогов; санитарно-просветительная работа и обучение само- и взаимопомощи; выявление и пресечение аномальных явлений в семье; формирование здорового образа жизни у детей и подростков; осуществление социально-бытовой помощи одиноким престарелым и инвалидам; выявление нуждающихся в ортопедической технике, протезах.

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

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

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

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

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

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

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

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

Структуризация медицинских кадров требует строгой дифференциации труда медицинских работников по степени занятости при оказании специализированной лечебной помощи. Этому способствует и перераспределение больничных коек в зависимости от характера проводимых лечебно-диагностических манипуляций и объема лечебного вмешательства. В этих условиях меняются взаимоотношения медицинских работников и открываются большие перспективы для деятельности медицинского социального работника.

Акцент в работе отделения медико-социальной помощи делается на изучении особенностей жизнедеятельности населения территориального участка, и на основе анализа полученных данных проводятся соответствующие мероприятия.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Заключение**

Работа в учреждениях здравоохранения не всегда ведется эффективно в полной мере, так как здоровье это не только физическая составляющая, но и психологическая, и социальная.

Социально-медицинский работник охватывает весь круг проблем клиента (медицинские, социальные, правовые, психолого-педагогические, материальные и бытовые), в котором все проблемы очень связаны между собой. Решение одних проблем способствует решению других, это, в свою очередь, улучшает ситуацию, в общем. К тому же в задачу социального работника входит работа с ближайшим окружением клиента, родственниками, близкими, через которых он может воздействовать на больного. Таким образом, расширяются возможности работы социального работника над решением проблем клиента.

Поэтому так важно существование в учреждениях здравоохранения социально-медицинской работы, которая берет на себя часть функций медицинского персонала, тем самым, освобождая их для более высокоэффективной работы. Использование банка данных (создаваемого социальным работником) позволяет более эффективно проводить профилактическую работу.

**Литература**

1. Лебединская, О. И., Кошовская Т. В. Роль и место социальных работников в учреждениях здравоохранения / Социальная работа в учреждениях здравоохранения. – М., 1992.
2. Мартыненко, А. В. Медико-социальная работа в России / А. В. Мартыненко. – М., 1998. – 216 с.
3. Мартыненко, А. В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование / А. В. Мартыненко. – М.: Наука, 1999. – 240 с.
4. Основы социальной работы: учебник / отв. ред. П. Д. Павленок. – М.: ИНФРА-М, 1999. - 368 с.
5. Российская энциклопедия социальной работы. В 2 т. – М.,1997.
6. Социальная работа в учреждениях здравоохранения. – М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1992.
7. Социальная работа: теория и практика: учеб. пособие / отв. ред. Е. И. Холостова. – М.: ИНФРА-М, 2003. – 427 с.
8. Социальная работа: учеб. пособие. – Ростов н/Дону: Феникс, 2003. – 480 с.
9. Теория и методология социальной работы: Учеб. пособие / С.И. Григорьев, Л.Г. Гуслякова, В.А. Ельчанинов и др.; Под ред. С.И. Григорьева; Ин-т "Открытое общество". - М.: Наука, 1994. - 185 с.
10. http://www.athero.ru/esc\_recoms.htm
1. Социальная работа: теория и практика: учеб. пособие / Отв. ред. Е. И. Холостова. – М.:Инфра-М, 2003. – с. 261. [↑](#footnote-ref-1)
2. Тен Е. Е. Основы социальной медицины: учеб. пособие. – М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2003. – с. 80. [↑](#footnote-ref-2)
3. Энциклопедия социальной работы. В 3 т. Т.1.: пер. с англ. – М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993. – С. 145. [↑](#footnote-ref-3)
4. Социальная работа: теория и практика: учеб. пособие / отв. ред. Е. И. Холостова. – М.: ИНФРА-М, 2003. –с. 227. [↑](#footnote-ref-4)