Московский Гуманитарный Университет

**Факультет социальной работы**

**и информационных систем**

**Курсовая работа**

***«Медико-социальная помощь лицам, перенесшим инфаркт миокарда»***

Москва

2006 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ:

Введение - 3

Глава 1. Проблемы лиц, перенесших инфаркт миокарда - 7

Глава 2. Медико – социальная помощь лицам, перенесшим инфаркт миокарда - 19

Заключение - 30

Список использованной литературы - 33

ВВЕДЕНИЕ

В любом обществе существует категория лиц, которые из–за определенных жизненных ситуаций не могут своевременно адаптироваться к сложившейся окружающей действительности, интегрироваться в общество после болезней, травм, психологических, стрессовых перегрузок, и поэтому нуждаются в социальной защите и поддержке (инвалиды, пенсионеры, безработные, несчастные, неустроенные, бездомные и т.д.). Лица, перенесшие инфаркт миокарда тоже относятся к этой категории.

Лиц, перенесших инфаркт миокарда, объединяют физические, телесные и душевные страдания, которые усугубляют их социальное положение, приводят к появлению новых проблем, связанных с потерей здоровья, ограничением их жизнедеятельности, нормального функционирования в обществе, что порождает необходимость в защите права на здоровье.

Необходима социальная защита личности, направленная на устранение всего комплекса негативных факторов внешней и внутренней среды и ее агрессивности, устранение последствий физических и психических дефектов, способствующих смягчению или коррекции социальной недостаточности, ущербности индивидуума, улучшению его социального благополучия.

Лица, перенесшие инфаркт миокарда, наряду с непосредственно медицинской помощью, также нуждаются в медико - социальной помощи. Не в меньшей степени эти лица нуждаются в мероприятиях медико - социальной реабилитации, адаптации, психологической разгрузки и защиты, так как болезни сердечно-сосудистой системы продолжают занимать лидирующее положение среди всех причин заболеваемости и смертности населения индустриально развитых стран. В Российской Федерации от заболеваний сердечно - сосудистой системы, ежегодно умирает около одного процента населения (1 030 800 чел., данные МЗ РФ за 1999г.). В структуре смертности населения от всех причин, в Москве, как и в большинстве, промышленно развитых городах мира, лидирует осложнение ишемической болезни сердца (ИБС) – инфаркт миокарда. [4]

Высокая экономическая и социальная значимость заболеваний сердечно-сосудистой системы, помимо повышенного внимания со стороны различных общественных групп, стала одной из основных причин исследований в области социологии и медицины в последнее время. Была установлена и доказана четкая концептуальная связь между факторами риска инфаркта миокарда (табакокурением, психоэмоциональнам стрессом, гиподинамией, наследственностью заболевания, нарушением питания, нарушениями условий труда и отдыха, возраст и т. д.) Ярким примером могут служить США, где в 1930 г. частота «коронарных смертей» составила 7,9 на 100 000 человек; в 1935 г. этот показатель уже равен 21,1, в 1940 г.- 74,4, в 1952 г.- 226,1, в 1963 г.- 290.[9]

Летальность достигла пика к концу 60-х годов (336,5 на 100 000 человек в 1968 г.). В бывшем СССР, ситуация в 50 – 60–е годы была примерно аналогичной; точные данные для всей страны вряд ли возможно получить, так как в разные периоды медицинская статистика по – разному учитывала причину смерти и в качестве таковой у пациентов с инфарктом миокарда могли указываться атеросклероз или гипертоническая болезнь. В дальнейшем сведения о больных инфарктом миокарда стали более полными. [4]

В то время как смертность от инфаркта миокарда в Западной Европе и США постоянно снижается за последнюю четверть века, в Центральной и Восточной Европе этот уровень возрастает.

Если в 1976 г. уровень смертности от инфаркта миокарда на Западе составил 490 на 100 000 населения, а в 1990 – 310, то на Востоке Европы эти показатели были соответственно 660. В 1992 г. – смерть от инфаркта миокарда составила 62% всех смертей в Болгарии, 59% в Румынии, 56% в Чехии и 52% в Венгрии. [9]

В России сложилась неблагоприятная ситуация в отношении смертности от болезней системы кровообращения. Отсутствие в бывшем СССР действенной общегосударственной программы по первичной профилактике болезней системы кровообращения сопровождалось ростом смертности населения, в то время как в экономически развитых странах в результате вовлечения населения в массовые профилактические мероприятия отмечалась противоположная тенденция.

В настоящее время в Российской Федерации по сравнению с другими экономически развитыми странами отмечаются повышенные уровни смертности от инфаркта миокарда.

Так, стандартизированные по возрасту показатели смертности от инфаркта миокарда для лиц обоего пола в России составляют 790,1 на 100 000 населения (2001 г.), в то время как в США – 307,4 (2000 г.), в Швеции – 295,9 (2000 г.), в Великобритании – 318,2 на 100 000 населения (2001 г.). [8]

Накопленный мировой опыт и позитивные результаты лечения инфаркта миокарда на ранних стадиях указывают на приоритет профилактики заболевания, успех которого напрямую связан с эффективной диагностикой причин заболевания.

Предметом исследования курсовой работы – медико–социальная помощь лицам, перенесшим инфаркт миокарда.

Объектом исследования курсовой работы – лица, перенесшие инфаркт миокарда.

Цель исследования - изучение особенностей медико - социальной помощи лицам, перенесшим инфаркт миокарда.

Задачи исследования: - изучить проблемы лиц, перенесших инфаркт миокарда;

- охарактеризовать возможную помощь лицам, перенесшим инфаркт миокарда.

ГЛАВА 1.

ПРОБЛЕМЫ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА.

Инфаркт миокарда - очень распространенное заболевание, является самой частой причиной внезапной смерти. Проблема инфаркта до конца не решена, смертность от него продолжает увеличиваться. Сейчас все чаще инфаркт миокарда встречается в молодом возрасте. В возрасте от 35 до 5О лет инфаркт миокарда встречается в 5 раз чаще у мужчин, чем у женщин. У 6О-8О% больных инфаркт миокарда развивается не внезапно, а имеет место прединфарктный синдром.

Согласно новому систематическому обзору американской медицинской прессы существует такое понятие как социальная изоляция после перенесенного инфаркта миокарда. Социальная изоляция связана с увеличением заболеваемости и смертности после перенесенного инфаркта миокарда, независимо от других факторов сердечно-сосудистого риска.

 Полагают, что недостаточную социальную поддержку следует рассматривать как фактор риска заболеваемости и смертности после перенесенного инфаркта миокарда.

Из базы данных MEDLINE авторы отобрали 45 исследований связи социальной изоляции и исходов после инфаркта миокарда, 5 из которых вошли в окончательный анализ. [8]

Все эти 5 исследований продемонстрировали, что социальная изоляция, или недостаточная социальная поддержка, ассоциируется с 2-3-х кратным повышением риска заболеваемости и смертности. Этот дополнительный риск не был связан с гипертонией, нарушением функции сердца, курением, инфаркта миокарда в анамнезе, возрастом, полом.

Недостаточная социальная поддержка и депрессия тесно взаимосвязаны между собой. У 20-30% перенесших инфаркт миокарда больных, страдающих мягкой или умеренно выраженной депрессией, достаточная социальная поддержка позволяет нивелировать негативное влияние депрессии на риск смерти. Требуются новые, интервенционные исследования, позволяющие наиболее эффективно воздействовать на неблагоприятные психосоциальные факторы у больных с сердечно-сосудистой патологией. [9]

В социальном аспекте характеристики состояния лиц, перенесших инфаркт миокарда на первый план выступает другая ее сторона – социальная.

В медицинской модели основной упор делается на состояние здоровья человека. Доминирующим является постулат о том, что главная причина всех бед человека – наличие у него болезни. Предполагается, что только болезнь препятствует человеку быть полноценным членом общества. Отсюда вытекает вывод, что этого человека нужно лечить – и только. Можно видеть в этой проблеме несколько аспектов, которые снижают роль только состояния здоровья:

* наличие заболевания, которое не поддается быстрому и кардинальному лечению;
* появление нарушений функций органов, непосредственно не затронутых болезнью;
* возникновение элементов десоциализации, выпадение его из комплекса социальных отношений;
* потеря профессиональных навыков из – за длительного перерыва в работе и из – за изменения технологий сферы деятельности, в которой трудился человек до заболевания;[3]

Медико – социальная модель в настоящее время наиболее распространена в цивилизованном мире, так как она базируется на представлении о том, что лицам, перенесшим инфаркт миокарда для интеграции в общество необходима комплексная всесторонняя помощь. При этом предлагается не только медицинская помощь, но и помощь социального характера, предоставляющая этим лицам возможность ресоциализации, восстановления старых социальных связей.[3]

Социальная значимость инфаркта миокарда связана с тем, что заболевание поражает лиц трудоспособного возраста и, в связи с необходимостью проведения пожизненного лечения, требует больших финансовых затрат. При перемене привычного уклада жизни у людей нарастают стрессы, кризисные и конфликтные ситуации, обострение жизненно важных проблем, отражающихся на функциях семьи, внутрисемейных и производственных отношениях и, в конечном счете, на их физическом, психическом здоровье и социальном благополучии.[5] Первое время лица, перенесшие инфаркт миокарда, находятся в постоянном страхе повторного инфаркта. Находясь на длительном сроке реабилитации, некоторые из них часто теряют работу. Возникают проблемы с трудоустройством, из–за этого начинают возникать финансовые трудности и, соответственно, проблемы в семье. Так же существуют проблемы связанные с диетическим питанием, отказом от курения и алкоголя. Некоторые, кто перенес инфаркт миокарда, зачастую не понимают того, что с ними произошло, и попустительски относятся к своему здоровью. Другая категория лиц, опасаясь за свое здоровье, буквально сразу бросают вредные привычки. Человеку, перенесшему инфаркт миокарда в среднем возрасте, бывает очень трудно осознать, что он практически стал инвалидом и что ему надо переходить на легкую и, как правило, малооплачиваемую работу. Если человек предпенсионного и пенсионного возраста переносит инфаркт миокарда, то ему очень тяжело найти работу, потому что работодателям не нужен пожилой инвалид, у которого в любой момент может случиться рецидив инфаркта или может скончаться на работе. Начинают возникать проблемы в семье, потому что родным и близким бывает трудно понять, то, что человеку, перенесшему это заболевание нельзя волноваться, что зачастую он может находиться в депрессии и не может зарабатывать деньги. Если заболевание перенес мужчина, то часто его супруга не может осознать, что ее супруг – инвалид. В подсознании женщины заложено, то, что мужчина должен быть здоровым и зарабатывать деньги, то, есть буквально говоря – быть «кормилецем семьи».

Юридически, в учреждениях здравоохранения обязаны бесплатно в течение шести месяцев выдавать лекарственные препараты лицам, перенесшим инфаркт миокарда, но в последствии лица должны сами приобретать лекарственные препараты, а из – за финансовых трудностей или малооплачеваемой работы у многих нет такой возможности. Для того чтобы лучше изучить, какая помощь необходима, следует учесть так называемую картину личности клиента при инфаркте миокарда.

Психические факторы в целом действуют только совмест­но с известными соматическими факторами риска (гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, курение, сахарный диабет, избыточная масса тела и т.д.). Пациенты с сердечно – сосудистыми заболеваниями мало придают значения предвест­никам инфаркта миокарда. В противоположность больным с вегетативной дистонией и кардиофобическим неврозом, эти больные вытесняют свои неприятные ощущения и до поры до времени склонны считать их пустяками. Пациенты с сердечно – сосудистыми заболеваниями отличаются толерантностью к симптомам своей болезни и даже безразличием к ним.[4] Вторжение угрозы самой жизни вследствие болей отвергается и вытесняется, обида исчезает лишь перед самой катастрофой. К коронарным заболеваниям предрасполагают опреде­ленные типы поведения. Roseman, Friedman (1959) впервые описали угрожаемое инфарктом миокарда поведение, как поведение типа А, которым эта группа больных на основе своих личностных характеристик реагирует на различные ситуативные требования. Они проти­вопоставили этому поведение типа Б, которое занимает про­тивоположный полюс на шкале поведения. Более поздние исследования показали, что признаки типа А и Б являются объективно наблюдаемыми элементами пове­дения, но скорее представляют собой общие факторы риска психосоматических заболеваний и не дают возможностей кау­зального объяснения коронарной недостаточности. Человек с поведением типа А может пользоваться творческим покоем, но при неус­пехе он склонен к навязчивым раздумьям и все более нарас­тающему внутреннему напряжению, которое открывает пере­ход к поведению, характерному для больных с инфарктом. Впоследствии тип А был разделен на три подкласса. В пер­вый входят люди замкнутые, заторможенные, сдержанные в мимике и жестах. Они редко выходят из себя, но зато, если уж разойдутся, долго не могут успокоиться.

Вторая группа — это люди, которые хорошо умеют прятать свои чувства, но очень нервные внутри.

Третья группа — люди, которые привыкли бурно выражать свое отношение ко всему, что происходит. Они общительны, размахивают руками, жестикулируют, гром­ко говорят и смеются. Они часто срываются, сердятся, начи­нают ругаться, но тут же забывают причину своей злости. Традиционно считалось, что враждебно настроенные люди чаще болеют ишемической болезнью сердца (ИБС).[5] Еще в начале XX века психоаналитики определяли гнев, враждеб­ность и связанные с этим интрапсихические конфликты как потенциальные причины гипертонии и патологии, опреде­ляемой сейчас как ИБС.

Наконец, попытки обнаружить клю­чевые элементы внутри так называемого поведения типа А при­вели к необходимости рассмотрения враждебности в качестве его основного элемента. Много исследований было проведено в 70 — 80-х годах. Их результаты варьируют в зависимости от исследовательских моделей и методов. Так, были получены данные, подтвер­ждающие связь враждебности с тяжестью ИБС, выра­женное стремление к социальному успеху у угрожаемых по инфаркту лиц проистекает из невротической аномалии разви­тия и в этом случае служит компенсации. Если описанная психическая предрасположенность сочетается с определен­ными социальными ситуациями, то с психосоматической точ­ки зрения риск инфаркта миокарда накапливается, поскольку одновре­менно у пациента «идет навстречу» соматический компонент в виде латентной или манифестной сердечной недостаточности. Пусковые социальные ситуации, которые в соединении с психической предрасположенностью могут вызвать инфаркт миокарда, часто означают переживание потери объекта. Межличностные разочарования с выраженным характе­ром расставания и профессиональными неуспехами с отчет­ливым эмоциональным компонентом потери представляют для потенциального больного инфарктом миокарда в особенности боль­шую угрозу, поскольку у пациента одновременно имеется нарциссическое нарушение. Нарциссическое нарушение представляет собой важное условие для неудовлетворительной переработки потери объек­та. Такой пациент переживает ее как грубую нарциссическую обиду. Появляется неустойчивость таких душевных качеств, как внутренняя уверенность и чувство благополучия, обозна­чаемая также как «лабильное самовосприятие» и имеющая от­четливо депрессивную окраску. [5] Это лабильное самовосприятие, в скрытом или явном виде, обнаруживается у тех потенциаль­ных больных инфарктом миокарда, которые характеризуются описанными психодинамическими процессами. Лабильное чувство самовосприятия, воспринимаемое в том числе как чувство не­полноценности, представляет существенный внутренний мо­тив для стремления к социальному успеху, т. к. тем самым па­циенту удается выстроить более или менее стабильное ком­пенсаторное псевдосамовосприятие.

Различают 2 фактора, которые определяют риск инфаркта миокарда: с одной стороны, атеросклероз и, с другой, стресс. На усиление этих факторов оказывают воздействие также образ жизни пациента, связанный с питанием, алкого­лизацией, курением, гиподинамией, а также состояния страха, напряжения, агрессивности и измотанности, которые в свою очередь могут иметь следствием поведение повышенного риска. Речь здесь никогда не идет об объективно значимых факто­рах, а лишь об их субъективном переживании больным. Первоначально Dunbar (1943), а позже и другие исследо­ватели описали личностный профиль коронарных заболеваний с позиций глубиннопсихологически обоснованной казуисти­ки: упорное желание работать, стремление достичь вершин в своей профессии, значимого социального положения, готов­ность приспосабливаться к социальным нормам со склонно­стью к перенапряжению. К факторам риска относятся напря­женный жизненный ритм, стремление к успеху и социальной значимости, беспокойно-напряженная деятельность. Спешка, нетерпение, беспокойство, постоянно напря­женная лицевая мускулатура, чувство цейтнота и ответствен­ности характерны для будущих больных инфарктами. Иден­тификация больных со своей профессией столь сильна, что ни для чего иного времени у них не остается. Они просто одер­жимы манией работы. [5] Это объясняется тем, что больные луч­ше ориентируются в ориентированном на социальный успех мире профессии, чем в личном, семейном мире, чью межлич­ностную близость они не могут переносить.

Частой причиной перенапряжения является недостаточ­ная для выполняемой деятельности квалификация, так что риск инфаркта миокарда у новичка выше, чем у опытного работника. Конфликты, связанные с перегрузкой, они пы­таются разрешить так же, как все конфликты: призывами к се­бе самим больше торопиться, быть сильными и совершенны­ми. Страх, в конце концов, потерпеть неудачу, им малодоступен и тщательно скрывается за фасадом кажущейся компетентно­сти. Лица, перенесшие инфаркт миокарда несопоставимы с типичными невротиками в узком смысле этого слова. У них нет заторможенности, эмо­циональной лабильности, неуверенности в себе; едва ли мож­но пробудить у них осознание конфликтов с последующим их переживанием и соответствующим поведением. Вместе с тем у таких больных психическая уравновешенность все же не со­храняется. В современном мире, в котором особенно ценятся работа и успех, их поведение можно оценить как сверхпри­способительное, сверхнормальное. Они больше других следуют принципам современного индустриального общества, в кото­ром преобладают активная деятельность, конкуренция, сопер­ничество. У многих из них отмечаются целеустремленность в работе, тенденция к активности, безусловное стремление ру­ководить и доминировать, быть у всех на виду, не оставаться в тени. Возможно, что эта экстраверсия является характерной невротической защитой от лежащего глубже, жела­ния зависимости, а активность в стремлении помогать людям, как это бывает у гипертоников, видоизмененной и защитной формой желания обеспечить и удовлетворить себя. [5] Они не способны пассивно и доверительно «предлагать» себя окружающим людям, они должны своей активной деятельно­стью доказывать свое превосходство, и свою ценность. Часто вследствие идентификации себя с миром отца они приходят к строгому «сверх - Я», принуждающему их к деятельности и приспособлению. Их отношение к объективному миру харак­теризуется стремлением к доминированию и защитой своего желания самопожертвования, увлеченности.

Развитие инфаркта миокарда характеризуется с психосоматических по­зиций как последовательное чередование определенных ста­дий — синдромов гиперактивности, сверхкомпенсации и кру­шения. Синдром гиперактивности. В определении профиля под­верженной коронарным заболеваниям личности честолюбие и трудолюбие. «Целенаправленная и усердная личность» (Dunbar, 1943), «тще­славный чувствительный человек с ананкастными чертами и сильным стремлением к признанию и престижу» (Aresin, I960), человек с «выраженными признаками навязчивой ригидно­сти» (Hahn, 1981) — во всех этих характеристиках совмещаются черты поведения, определяемые специальными психологи­ческими исследованиями как интенсивная длительная по­требность в успехе, честолюбиво-конкурирующее поведение, постоянное желание признания. Считается, что эти люди в психофизиологическом плане характеризуют­ся симпатико - тонической регуляторной доминантой. Им дос­таточно небольшого внешнего раздражителя, чтобы достичь оптимального уровня стимуляции. В экспериментах с дефи­цитом времени удалось установить, что у людей с поведением типа А появляются более выраженные учащение пульса и по­вышение систолического АД, чем у лиц с поведением типа В. Поведение людей реализуется не в безвоздушном простран­стве, а в сфере межличностных отношений. Первично често­любивая и трудолюбивая личность проявляет экспансию и злость как доминирующий стиль поведения. [5] Трудные ситуа­ции переживаются такими людьми как испытание их способ­ности к решению проблем. Кроме того, они рассматривают свое окружение как неполноценное и препятствующее нор­мальному ходу работы. У них преобладает чувство гневливой раздражительности. Легко можно представить, что люди с та­ким избытком потребности в соперничестве, враждебности, агрессивности, чувством нехватки времени и нетерпеливо­стью могут ожидать от окружающих реакций противостояния. Так складывается выраженное аг­рессивное, эгоистическое поведение. Синдром сверхкомпенсации. В рискованной карьере син­дром сверхкомпенсации достигается следующим образом: по­стоянное внешнее давление, которое провоцируется соответст­вующим поведением, приводит к хроническому перенапряже­нию. Сохранение стабильности поведения требует стратегии постоянного нарастания издержек. Возможным выходом из положения является увеличение продолжительности работы (сверхурочные часы), что расценивается как объективный по­казатель перегрузки и подтверждается многочисленными на­блюдениями как индикатор такой стратегии нарастания из­держек. Возникающий при этом синдром нарушения ночного сна также оценивается как чувствительный показатель каче­ства изменения соотношения между субъективным самочув­ствием и объективно существующими формами перегрузки. Синдром крушения. Если синдром сверхкомпенсации ха­рактеризуется как перманентная вынужденная необходимость в реактивном усилении приспособления, следствием которой является хроническая опасность превышения приспо­собительных возможностей, то синдром крушения означает не столько острое клиническое состояние, сколько характерные, часто труднообратимые последствия «надлома жизненной ли­нии», которые могут приводить к страданию предрасположен­ной к этому личности.[5] Агрессивное, эгоистическое поведение продолжается, но оно становится только фасадом: такой чело­век проявляет свой стереотип гиперактивного агрессора, но за ним скрывается механизм неудачной и неполной когнитивной переработки тяжелых жизненных событий. Пациент из группы риска реагирует на превышение способностей при­способления механизмами защитной компенсации, теряет внутрипсихический механизм контроля над вызванными стрес­сом функциональными процессами, демонстрирует эмоцио­нальную сдержанность и социальную приспособленность. Однако его эмоциональное состояние перед развитием ин­фаркта миокарда определяется как истощение и депрессия. Депрессия с ее источником в разнополюсном и много­кратно «разваливавшемся» синдроме гиперактивности также является общепризнанным фактором риска развития ИБС и инфаркта. Среди больных инфарктом миокарда у пациентов с тяжелыми депрессивными состояниями артериальная гипер­тония встречается в 2 раза чаще, чем в общей группе больных. Такие люди, долгое время направлявшие гиперактивность и враждебность вовне, в конце концов, обращают их против са­мих себя. Трудности лечения лиц, перенесших инфаркт миокарда, обусловлены структурой их личности.

У лица перенесшего инфаркт миокарда страдает деятельность. Деятельность — это фундаментальная способность чело­века к развитию, его естественное, здоровое, нормальное со­стояние, способ и метод удовлетворения потребностей (физи­ческих, психических и социальных). Она определяет заня­тость людей в ежедневной жизни, заполняет и организует время соответственно целям индивида, контролирует и при­водит к балансу обязательства и личные потребности, ее мож­но рассматривать как часть личной идентичности.[2]

Утрата активности пагубно влияет на человека. Послед­ствия инфаркта миокарда развивающейся в силу многих причин, разнообразны: в психологическом плане возникают скука, потеря контроля, интереса, фруст­рация, беспомощность; социальные ограничения ведут к утрате ролей, режима, возрастанию зависимости, ощущению бесполезности, изолированности, отсутствию долгосрочно­го планирования, потере способности к спонтанным дейст­виям. Ограничение деятельности происходит не только в физическом, но и в психологическом и социальном плане. Эти лица также нуждаются в соци­альной реабилитации. В контексте медико - социальной помощи специалист социальной работы помогает человеку с ограниченными возможностя­ми восстановить свою деятельность или заменить ее некото­рые виды для продолжения нормальной жизни, восстановле­ния психического и социального функционирования. Нарушение жизнедеятельности влияет на способность индивида выполнять свои обязанности, поэтому ее восста­новление является важнейшим компонентом социальной адаптации.[2]

ГЛАВА 2.

МЕДИКО – СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ, ПЕРЕНЕСШИМ ИНФАРКТ МИОКАРДА.

В статье 20, закона Российской Федерации «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», указано право граждан на медико-социальную помощь:

«При заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилакти­ческую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедичес­кую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными ра­ботниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муници­пальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения.

Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государст­венной и муниципальной системах здравоохранения в соответствии с законо­дательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федера­ции и правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи пре­доставляется гражданам в соответствии с программами государст­венных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бес­платной медицинской помощи (в редакции Федерального закона от 2 де­кабря 2000 года № 139-ФЗ).

Граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за средств и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Граждане имеют право на льготное обеспечение протезами, ортопедиче­скими, корригирующими изделиями, слуховыми аппаратами, средствами пе­редвижения и иными специальными средствами. Категории граждан, имею­щих это право, а также условия и порядок их обеспечения льготной протезно-ортопедической и зубопротезной помощью определяются Правительством Российской Федерации.

Граждане имеют право на медицинскую экспертизу, в том числе незави­симую, которая производится по их личному заявлению в специализирован­ных учреждениях в соответствии со статьей 53 настоящих Основ.

Дети, подростки, учащиеся, инвалиды и пенсионеры, занимающиеся фи­зической культурой, имеют право на бесплатный медицинский контроль.

Работающие граждане имеют право на пособие при карантине в случае отстранения их от работы санитарно-эпидемиологической службой вследст­вие заразного заболевания лиц, окружавших их. Если карантину подлежат не­совершеннолетние или граждане, признанные в установленном законом по­рядке недееспособными, пособие выдается одному из родителей (иному за­конному представителю) или иному члену семьи в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Работающие граждане в случае болезни имеют право на три дня неопла­чиваемого отпуска в течение года, который предоставляется по личному за­явлению гражданина без предъявления медицинского документа, удостове­ряющего факт заболевания».[1]

Медико – социальная помощь должна осуществляться вторичной и третичной профилактикой.

Вторичная профилактика предусматривает комплекс мер по устранению выраженных факторов риска, которые могут привести к возникновению, обострению или рецидиву заболевания.

Третичная профилактика предусматривает комплекс мер по реабилитации лиц, перенесших инфаркт миокарда, утративших возможность полноценной жизнедеятельности, для обеспечения условий интеграции в общество.[6]

Протезирование, лиц, перенесших инфаркт миокарда в данном случае осуществляется постановкой коронарного стента с лечебным покрытием, в коронарную артерию, чтобы расширить ее просвет, для нормального функционирования сердца.

Реабилитационные меры должны способствовать социально – средовой адаптации и социально – средовой ориентации. Большое значение имеет профессиональная реабилитация, которая направлена на рациональное трудоустройство, лиц, перенесших инфаркт миокарда (тяжесть и напряженность, режим труда и отдыха, форма организации труда, санитарно – гигиенические факторы). В случае возможности продолжения работы в своей профессии с уменьшением объема – необходимые ограничения в отношении отдельных должностных и функциональных обязанностей.[3]

СОДЕРЖАНИЕ МЕДИКО - СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

* взаимодействие с учреждениями здравоохранения;
* взаимодействия с учреждениями реабилитационного характера (санаторно – курортного плана);
* содействие в выявлении причины приведшей к данной ситуации;
* содействие в адаптации к нормальному образу жизни;
* установка на ЗОЖ (режим труда и отдыха);
* содействие в организации досуга;
* содействие в психологической помощи;
* содействие в получении бесплатной медицинской помощи;
* содействие в правовом консультировании:
	1. медицинская помощь предоставляется бесплатно;
	2. в течение шести месяцев клиент имеет право на получение бесплатных лекарственных средств;
	3. клиент имеет право на бесплатную консультацию врача – кардиолога;
	4. клиент имеет право на бесплатное санаторно – курортное лечение в течение двух недель с момента выписки из стационара;
	5. работа с ближайшим окружением (семьей);

ФОРМЫ МЕДИКО – СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Существуют формы медико – социальной работы как индивидуальные так и групповые. На первых этапах (когда клиента доставляют в кардиоблок) лицам, перенесшим инфаркт миокарда, приемлема индивидуальная форма помощи.

* она заключается с установлением первичной связи и потребности клиента в изменениях;
* исследование и расследование проблемы, начинается после того как клиент осознает, что нуждается в медико – социальной помощи;
* мотивация, происходит совместная оценка ситуации клиентом и специалистом социальной работы, установление первичного социального диагноза и работа над мотивацией к изменениям;
* здесь, специалист социальной работы и клиент согласовывают цели, которые нужно достигнуть и задачи, которые нужно решить для достижения цели;
* исследования стратегии решения, выбор и реализации;

Во время реабилитационного периода, а это может быть при переводе клиента из кардиоблока в обычную палату или когда клиент прибывает на санаторно – курортное лечение, подходит групповой метод работы.

Человек становится членом какой – либо группы для того, чтобы решить свои особые проблемы. Группа в своем единстве представляет собой сборное «Я» в личности клиента, где разрозненные проблемы клиента приобретают некоторую целостность и отстраненность. Функцией групповой работы является защитная, оценочная и помощь в преодолении страха.

В основе групповой работы лежит:

* посреднический обмен информацией между клиентами
* общение
* самосознание существующей проблемы
* реалистичное оценивание своих проблем

МЕТОДЫ МЕДИКО – СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

 К методам, которыми будет пользовать специалист социальной работы, относятся:

* беседы
* лекции
* тренинги
* диагностика оказываемой помощи
* обеспечение специальной информационной литературой
* проведение разъяснительной работы
* патронаж
* консультирование
* просмотр фильмов по теме инфаркта миокарда и сердечно – сосудистых заболеваний, здорового и нездорового образа жизни
* мониторинг

Медико – социальная помощь лицам, перенесшим инфаркт миокарда может быть обес­печена совместными усилиями медицинских и социальных работников, организаци­онно объединенных в единую межведомственную систему по охране здоровья.

Служба медико – социальной помощи должна комплектоваться из числа специалистов социальной работы, овладевших основами социальной медицины, подготовленных с учетом проведения медико - социальной работы, направленной на решение поставленных перед ними задач по охране и реаби­литации социально незащищенных групп населения.[8]

Утверждение соответствующих должностей социальных работников с медико – социальной ориентацией в лечебно-профилактических учреждениях, квалификационная харак­теристика, отработка системы подготовки кадров для ра­боты в практическом здравоохранении, учреждениях социаль­ной защиты, реабилитационных центрах, медико-социальных экспертных комиссиях являются необходимыми условиями становления медико - социальной службы.

Для оказания полноценной медико – социальной помощи лицам, перенесшим инфаркт миокарда, необходима многоуровневая участковая систе­ма, предусматривающая работу с клиентами специалистов с высшим образованием, средним специальным образованием и персонала по уходу. Комп­лексный подход к оказанию медико - социальной помощи предполагает одновременное участие специалистов всех трех уровней социальной помощи.

В компетенцию специалиста медико – социальной работы высшего уровня может входить составление полной инфор­мации о социальном положении клиента, создание банка данных — социальной карты региона с выявлением степени социального здоровья. В банке данных должны быть сведе­ния не только об общей численности обслуживаемого насе­ления, но и о количестве проживающих семей, количестве семей, имеющих в своем составе лиц, перенесших инфаркт миокарда.[7]

 Из общего числа семей необходимо выделить семьи неполные, многодетные, малообеспеченные, в которых проживают клиенты, перенесшие инфаркт миокарда. Обязанностями социального работника являются разработ­ка и внедрение программы медико – социальной помощи применительно к населению обслуживаемого региона; отработка системы взаимодействия с медицинскими работниками скорой медицинской помощи, лечебно - профилактического учреждения; координация работы медико - социальной службы со смежными вневедомственными организациями (педагоги, психологи, юристы и др.); коорди­нация и контроль при проведении социальных мероприятий работниками среднего звена, решение других организацион­ных вопросов.[8]

Большое значение для проведения работы медико - социальной направленности имеет определение со­циально - экономической обстановки региона.

 Основными функциями социального работ­ника среднего звена является непосредственная патронаж­ная работа с семьями по реализации конкретных услуг:

* ока­зание медико – социальной помощи лицам, перенесшим инфаркт миокарда;
* содействие в обеспечении медикаментами, гигиеническими средствами, продуктами питания через специальные магазины;
* организация консультативной по­мощи юристов, психологов, педагогов;
* санитарно-просветительная работа и обучение само- и взаимопомощи; формиро­вание здорового образа жизни клиента;
* осуществление социально-бытовой помощи.

 Залог успеха социального работника обусловлен тем, что в своей профессиональной деятельности по реабилитации, со­циальной защите и поддержке населения он не ограничивает­ся задачами и возможностями одного ведомства, а руковод­ствуется одновременно социальными и медицинскими нор­мативными документами, как основополагающей базой, способствующей сохранению и укреплению здоровья, как не­пременному условию улучшения качественных показателей жизни людей.

Специалист социальной работы освобождает врача - клинициста от непрофильной работы — приема пациентов, обращающихся для решения социальных вопросов, оформления справок, ме­дицинских карт, выписывания медицинских препаратов по социальным показаниям и т.д.

Специалист социальной работы с осно­вами как медицинских, так и социальных знаний может найти свое примене­ние в таких структурах практического здравоохранения, как дневной стационар при поликлиниках, стационар на дому для наблюдения за больным после так называемой ранней выпис­ки из хирургического стационара, в отделениях для долечи­вания, реабилитационных центрах, санаторно – курортных учреждениях, медицинских учреждени­ях социального обеспечения, в клинических центрах социального обслуживания и т.д..[2]

Деятельность специалиста социальной работы при оказании меди­ко - социальной помощи должна быть направлена на изучение особенностей социального процесса территориального участка и на основе анализа полученных данных проведение всего комплекса ме­роприятий, направленных на оздоровление населения. Необходима практическая работа, связанная с формиро­ванием установки клиента на ЗОЖ. Специалисты социальной работы и медицинские работники, должны быть объединены на базе лечебно - профилактического, психолого - педагогического или реабилитационного учреждения, которое обеспечивало бы не только своевременное выявление нуждающихся в помощи, но и адек­ватно предоставлять рациональный объем всех необходимых медико - социальных и психолого - педагогических услуг. Специалист социальной работы будет выступать в этом случае как доверенное лицо нуждающихся в помощи на своем участке и практически, кон­кретно, с учетом индивидуальных особенностей будет реализовать программу сохранения и укрепления здоровья своих клиентов. Медико – социальные услуги должны быть несложны­ми в организации, доступными для всех слоев населения и социально - гарантированными по объему и качеству. При осуществлении медико – социальной помощи специалист со­циальной работы должен руководствоваться как запросами самого клиента, так и ее целесообразностью и полезностью в конк­ретных условиях. Особое значение имеет заинтересованность и вовлечение самого клиента в проведении социальных про­грамм, участие в них добровольных и благотворительных орга­низаций, фондов, ассоциаций, служителей церкви. Работа с таким контингентом представляет для социального работника большую сложность, требует настойчивости, усердия, психологического напряже­ния и соответствующих знаний по юриспруденции.[7]

Ведущая роль в оказании комплексной, интегрированной, полноценной социальной помощи, лицам, перенесшим инфаркт миокарда, отводит­ся специалисту социальной работы с медико – социальным направ­лением деятельности и социальному психологу, объединенных с врачом территориального лечебно - профилактического учреж­дения и врачом общей практики. В этом направлении необходи­мы дальнейшие пути поиска приемлемых вариантов сотрудни­чества специалистов различных направлений, для реализации социальных технологий сохранения здоровья, оказания ком­плексной помощи, лицам, перенесшим инфаркт миокарда, особенно социально незащищен­ным слоям в вопросах социально обеспечения.[7]

* облегчить процесс приобретения умений и навыков, не­обходимых для адаптации в окружающей среде и полноценной жизнедеятельности;
* устранить или уменьшить патологию;
* стимулировать поддержание и укрепление здоровья;

Специалист социальной работы посредством значимой дея­тельности должен реабилитировать лиц, перенесших инфаркт миокарда всех возрастов, которые после перенесенного заболевания имеют в анамнезе физические и психические дисфункции, а в целях профилактики осложнений и прогрессирования инвалидности, восстановления бытового независи­мого функционирования.

Основная цель медико – социальной помощи - развить у клиента ряд навыков, которые позволили бы на протяжении всей его жизни реализовывать потребности и выполнять со­циальные функции и роли, необходимые для полноценной жизнедеятельности, получать от этого удовлетворение, в со­вершенстве владеть своим телом и чувствовать себя гармонич­ной частью окружающего мира.[2]

Основным методом выбора медико – социальной помощи является использование целенаправленной активности для ликвидации нарушений жизнедеятельности определенного характера. Поэтому деятельность является не только целью, но и представляет собой способ лечения, средством достиже­ния эффективных сдвигов в реабилитации клиента.

Лечение и деятельность взаимосвязаны в медико – социальной помощи, так как деятельность занимает центральное ме­сто в адаптационном процессе, ее отсутствие или нарушение может представлять угрозу здоровью. Кроме того, любая осоз­нанная деятельность является действенным способом, для того чтобы изменить биологическое или психологическое самочув­ствие человека в лучшую сторону.

Индивид с ограниченными возможностями посредством восстановления деятельности развивается как личность и излучает независимость, т. е. не только возможность самостоятельных действий, но и возможность контроля ситуации принятия самостоятельных решений. В процессе оказания помощи, восстанавливается функционирование клиента, он приспосабливается к новым видам активности, что предот­вращает ухудшение его состояния и способствует интеграции в общество.[2]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Инфаркт миокарда является социально – значимым заболеванием. Смертность от сердечно – сосудистых заболеваний в Российской федерации занимает второе место.

Проблема инфаркта до конца не решена, смертность от него продолжает увеличиваться. После перенесенного инфаркта миокарда, у некоторых клиентов, может происходить ограничение жизнедеятельности. Оно может происходить не только в физическом, но и в психологическом и социальном плане. Огромное значения для предотвращения развития инфаркта миокарда имеет профилактика. В нашей стране она не оказывается в полной мере, поэтому продолжает увеличиваться число лиц, перенесших инфаркт миокарда. В контексте медико - социальной помощи специалист социальной работы помогает человеку с ограниченными возможностя­ми восстановить свою деятельность или заменить ее некото­рые виды для продолжения нормальной жизни, восстановле­ния физического, психического и социального функционирования. Нарушение жизнедеятельности влияет на способность индивида выполнять свои обязанности, поэтому ее восста­новление является важнейшим компонентом медико – социальной помощи. Лица, перенесшие инфаркт миокарда, нуждаются в специализированной медико – социальной помощи. Здесь специалисту медико – социальной работы необходимо определить степень участия лиц в трудовой деятельности после перенесенного ими заболевания, помочь им адаптироваться к новым условиям жизни, определить режим питания, сформировать адекватный его возрасту и здоровью образ жизни. Для этого необходимы знания психофизиологических отклонений больного организма, особенности функционирования его органов и систем, необходима также информация о возможностях медико-социальной службы, медицинских и реабилитационных отделений и других подразделений, находящихся введении социальной защиты.

Основная помощь этой категории людей заключается в решении медико - социальных, социально - бытовых, психологических, юридических вопросов, обеспечении лиц, перенесших инфаркт миокарда, медикаментами, бесплатным лечением, бесплатным санаторно - курортным лечением, а также в решении других вопросов, связанных с сохранением и укреплением здоровья с учетом медико – социальной направленности.

В основе медико - социальной помощи заложены принципы, признающие здоровье материальной ценностью, которая имеет стоимость, а систему здравоохранения и социального развития – ресурсосберегающей производительной силой общества.

Медико - социальная помощь должна обеспечить:

* гарантированный минимум медицинской, психологической и социальной помощи;
* доступность всех видов медико - социальных услуг для всех слоев населения;
* комплексность обслуживания;
* согласованность со службами здравоохранения и социальной защиты;
* непрерывность наблюдения за пациентами со стороны как органов здравоохранения, так и социальной защиты;
* информированность пациентов о состоянии их здоровья;

Медико-социальная помощь ориентирует органы здравоохранения и социальной защиты граждан на необходимость оказания доступной не только лечебной, но и социальной помощи лицам, перенесшим инфаркт миокарда.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. **Закон Российской Федерации** «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». – 2-е изд. – М.: Ось – 89, 2003. – 48 с.
2. Аргун Л.Е. Надежда: Учеб. – метод. Пособие по оздоровительной социально– реабилитационной работе. М., 1999. – 298 с.
3. Блинков Ю.А., Ткаченко В.С., Клушина Н.П. Медико – социальная экспертиза лиц с ограниченными возможностями / Серия «Учебники, учебные пособия». – Ростов – на – Дону: «Феникс», 2002. – 320 с.
4. Липовецкий Б.М. Инфаркт, инсульт, факторы риска. – М.: Наука, 1999 г. 301 с.
5. Малкина – Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Изд – во Эксмо, 2004. – 992 с.
6. Мартыненко А.В. Теория медико – социальной работы: Учебное пособие. \_ М.: Издательство МГСА, 2002. – 80 с.
7. Некрасов А.Я. Международный опыт социальной работы: Учеб. Пособие. М., 1997. – 92 с.
8. Несмелов В.А. Наука о человеке. – М.: «Издательство АСТ», 2003 г. - с.387
9. Чумаков Б.Н. Валеология: Учеб. Пособие. – 2 – е изд. испр. и доп. – М.: Педагогическое общество России, 2000 – 407 с.