

– семейное консультирование с целью формирования ценностно-мотивационной сферы, преодоления кризисных ситуаций и достижения эмоциональной устойчивости, способствующих непрерывному саморазвитию и личностному росту членов семьи;

– психологическая коррекция, способствующая устранению отклонений в психическом и личностном развитии.

В заключение необходимо отметить, что работа специалистов муниципального учреждения «Центр социальной помощи семье и детям «Зазеркалье» осуществляется по направлениям во взаимодействии с другими муниципальными учреждениями, в том числе «Детский дом «На Калинке», «Геронтологический центр», реабилитационный центр для лиц без определенного места жительства «Альтернатива».

Литература

1. Антропова М.В., Бородин Г.В., Кузнецова Л.М., Манке Г.Г., Параничева Т.М. Проблемы здоровья детей и их физического развития // Здоровоохранение Российской Федерации. 1999. № 5.
2. Балыгин М.М. Образ жизни и здоровье детей раннего возраста // Здоровоохранение Российской Федерации. 1998. № 6.
3. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа в России: основные положения концепции // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. 1998. № 2.
4. Мартыненко А.В., Кравченко Н.А. Концептуальные подходы к планированию и прогнозированию медико-социальной помощи в России как новому виду профессиональной деятельности // Экономика здравоохранения. 1996. № 4.
5. Овчаров В.К., Максимова Т.М. Состояние и динамика здоровья детей раннего возраста // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. № 2.
6. Танюхина Э.И., Свинцов А.А. Социально-гигиенические аспекты инвалидности с детства (обзор литературы) // Здоровоохранение Российской Федерации. 1996. № 3.
7. Филатов Н.Н., Аксенова О.И., Волкова И.Ф., Синякова Д.В., Корниенко А.П., Шленский А.А. Роль отдельных факторов среды обитания в изменении здоровья детского и подросткового населения Москвы // Здоровоохранение Российской Федерации. 1998. № 5.
8. Чичерин П.П., Коновалов О.Е., Бузык О.Ж. Актуальные проблемы оказания медико-психологической помощи детям // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 2002. № 1.
9. Thierau D. Social work in geriatric clinics-between autonomy and functional organization // Z. Gerontol. Geriatr. 1998. Oct., 31(5).

П.П. Балашов, А.М. Сульдин***

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИМ КОНТИНГЕНТАМ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

*Томский государственный педагогический университет

**Сибирский государственный медицинский университет

В настоящее время в качестве основы разработки различных моделей медико-социальной помощи принята Федеральная концепция развития здравоохранения (1998), в которой предусматривается при реорганизации госпитальной службы произвести выделение коечного фонда на оказание медико-социальной помощи, а в поликлинических учреждениях открыть отделения медико-социальной реабилитации, служб ухода и отделения медико-социальной помощи [1, 4]. Особую актуальность организация медико-социальной помощи приобретает для лиц старших возрастных групп. Пожилые люди, госпитализированные в стационар, более всего нуждаются в уходе, чем в активном лечении. Недостаточное развитие соответствующих служб ухода обеспечивает занятость

больничной койки по социальным показаниям до 39.5 % от всего количества койко-дней [2, 3]. В связи с этим обращается внимание на то, что медико-социальная работа проводится также в учреждениях социальной защиты населения. Конструктивное межведомственное взаимодействие учреждений здравоохранения и социальной защиты при организации медико-социальной помощи может быть основано на оптимальном разграничении функций, обмене информацией, обмене опытом, согласовании применяемых медицинских и социальных технологий.

Медико-социальная помощь в учреждениях социальной защиты г. Сургута представлена тремя уровнями, в том числе на первом уровне медико-социальная помощь предоставляется на дому, в уч-

реждениях (отделениях) дневного пребывания и в стационарных учреждениях социального обслуживания.

Цели, задачи, функции и структура учреждений социального обслуживания определяются уставом этих учреждений. Основными направлениями деятельности учреждений являются выявление и учет пенсионеров и инвалидов, нуждающихся в обслуживании, оказание медико-социальной, правовой, психологической и иной помощи, содействие в предоставлении обслуживаемым лицам льгот и преимуществ, установленных действующим законодательством. Показания для принятия на медико-социальное обслуживание определены в положениях о городских межведомственных комиссиях по приему в муниципальные учреждения социального обслуживания. В состав межведомственных комиссий входят специалисты соответствующих муниципальных учреждений социального обслуживания, Департамента по труду и социальным вопросам, Сургутского клинического психоневрологического диспансера, Управления опеки и попечительства, территориального отделения Пенсионного фонда. Введение в состав межведомственных комиссий представителей клинического психоневрологического диспансера определяется безусловным противопоказанием наличия активно протекающих форм психических расстройств к принятию на медико-социальное обслуживание.

Характер и продолжительность пребывания подопечных в учреждении определяются достижением критериев пребывания на медико-социальном обслуживании и определением дальнейшего маршрута. Так, для лиц, нуждающихся в посторонней помощи, критериями завершенности пребывания в учреждении социального обслуживания являются: восстановление способности к самообслуживанию, восстановление социальных связей (ресоциализация) или утяжеление состояния и переход в категорию нуждающихся в постоянной посторонней помощи. Для лиц, нуждающихся в постоянном постороннем обслуживании, критериями завершенности пребывания в учреждении являются выявление родственных связей и передача подопечного родственникам или определение на вышестоящий уровень стационарного медико-социального обслуживания (окружные и областные дома-интернаты).

Организация психиатрической помощи в учреждениях социального обслуживания заключается в выявлении (при приеме и в процессе оказания медико-социального обслуживания) и оказании специализированной квалифицированной психиатрической помощи лицам, нуждающимся в такой помощи.

Так, при поступлении пациента в центр социального обслуживания муниципального учреждения «Городская социальная служба», наряду с оказанием медико-социальной, правовой и психологической помощи по показаниям, осуществляется выявление нуждающихся, оказание им необходимой специализированной психиатрической помощи и определение его дальнейшего маршрута (наблюдение участкового врача-психиатра на дому, перевод в стационар). Специалистами социального учреждения используются имеющиеся силы и средства центра социального обслуживания, осуществляется взаимодействие с территориальными лечебно-профилактическими и специализированными диагностическими учреждениями здравоохранения.

На надомном социально-бытовом и медицинском обслуживании в центре социального обслуживания муниципального учреждения «Городская социальная служба» по состоянию на момент обследования состояло 226 человек. Из них 74 человека нуждалось в постороннем уходе и 152 – в постоянном постороннем уходе. Из состоящих на обслуживании 31 человек – инвалиды 1 группы, в том числе 2 чел. – инвалиды 1 группы с детства, 90 человек – инвалиды 2 группы, в том числе 4 чел. – инвалиды с детства 2 группы, 2 чел. – инвалиды 3 группы и 103 человека – неработающие пенсионеры. Мужчин из числа подопечных – 66 человек и женщин – 160 человек.

По возрасту подопечные распределились следующим образом: мужчины до 44 лет – 8 чел., 45–59 лет – 11 чел., 60–69 лет – 22 чел., 70 и более лет – 25 человек; женщины до 44 лет – 7 чел., 45–59 лет – 21 чел., 60–69 лет – 28 чел., 70 лет и более – 104 человека.

В течение года специалистами учреждения обслуживается до 300 человек. В зависимости от степени нарушения функций организма, ограничения жизнедеятельности, с учетом специфики социального положения подбор адекватных состоянию медико-социальных услуг осуществлялся индивидуально для каждого подопечного. Подопечные льготных категорий составляют до 51.4 % от всех обслуженных в течение года. Самыми многочисленными группами являются участники трудового фронта (до 46 %) и ветераны труда (до 43.5 %).

Из 226 подопечных учреждения у 17 зарегистрированы различные психические расстройства. Класс психических расстройств с уровнем 75.2 сл. на 1000 подопечных достоверно ниже уровня класса психических расстройств – 90.9 сл. на 1000 взрослого городского населения. Из числа зарегистрированных психических расстройств – 53 % приходится на специфические расстройства личности,

достигающие уровня психопатии (F60), 14 % – умеренную умственную отсталость (F71), 15% – тяжелую умственную отсталость (F72), 12% – шизофрению (F20) и 6 % – органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство церебрально-сосудистого генеза (F06.6).

Из 17 подопечных лишь у четверых психические расстройства были зарегистрированы до поступления в учреждение на надомное медико-социальное обслуживание. Остальные 13 человек с психическими расстройствами выявлены в ходе медико-социального обслуживания с подачи специалистов по социальной работе.

Госпитализация в Сургутский клинический психоневрологический диспансер происходит при обострении психических расстройств, но в процессе исследования нами таких случаев не было выявлено.

Состоят на обслуживании подопечные достаточно долго. Из всего количества, состоящих на обслуживании, находятся на обслуживании более 5 лет – 12.7 %, более 10 лет – 20.5 % подопечных.

Госпитализация на соматические койки в стационарные учреждения здравоохранения производится по медицинским показаниям. За 1999 г. в линейную больницу Обь-Иртышского пароходства госпитализировано 20 человек, за 2000 г. – 30 человек, за 2001 г. – 45 человек и за 2002 г. – 11 подопечных центра социального обслуживания.

Смертность подопечных, состоящих на надомном обслуживании, варьирует в пределах от 7.5 % в 1996 г. до 14.5 % – в 1999 г. со снижением в 2002 г. до 10.1 % от численности обслуживаемых граждан.

В течение 2002 г. на обслуживание было принято 43 человека, исключено из списка обслуживаемых в связи со смертью 29 человек и снято 56 человек в связи с критериями завершенности медико-социального обслуживания, из них 5 человек в связи с переводом на стационарное медико-социальное обслуживание в муниципальное учреждение «Геронтологический центр». Остальные 51 человек возвращены к активной социальной жизни.

Надомное обслуживание является наиболее актуальной формой социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов. При обслуживании на дому не происходит смены привычной среды жизнедеятельности для подопечного, основные усилия социального работника направлены на максимальную мобилизацию усилий самого подопечного на преодоление физических, психологических, социальных ограничений. Большое значение также придается обучению членов семьи, родственников, самого больного приемам ухода и самоухода. Однако в абсолютном боль-

шинстве случаев роль внешнего окружения ничтожно мала, поскольку подопечные социального учреждения представлены преимущественно одинокими престарелыми.

Проблемы другого рода касаются взаимоотношений поставщика услуг и клиента, а также психологических особенностей людей, занятых медико-социальным обслуживанием на дому. Качество ухода зависит от тех отношений, которые сложатся между патронажным работником и его подопечным. Наш опыт показывает, что в основе успешной работы по уходу за престарелыми лежат такие психологические качества ухаживающих, как терпение, чуткость, такт, гибкость, доброжелательность, коммуникабельность. Многие патронажные работники отмечают, что чувство духовного и эмоционального общения крайне важно при работе с пожилыми и престарелыми.

В муниципальном учреждении социального обслуживания «Геронтологический центр» на 01.01.2003 проживало 74 человека. Существующая система медико-социального обслуживания в стационарном учреждении социального обслуживания обеспечивает существенные различия между контингентами, обслуживаемыми на дому и в стационаре. Подопечными центра социального обслуживания, осуществляющего медико-социальное обслуживание на дому, являются преимущественно жители города. Тогда как контингент подопечных стационарного учреждения социального обслуживания представлен преимущественно мигрантами, утратившими социальные связи.

Всего в учреждении в течение года стационарное обслуживание получили 104 человека. Половозрастной состав проживающих представлен в 59.9 % мужчинами и в 40.1 % – женщинами. Инвалидов из числа проживающих 37 человек. Начиная с 1999 г. численность инвалидов составляет более половины от численности проживающих в учреждении. В связи с утяжелением соматического статуса подопечных медико-социальные реабилитационные программы претерпевают соответствующие изменения. В учреждении, помимо отделения «Активное долголетие» для лиц, нуждающихся в постороннем уходе, открыты отделение «Милосердие» и хоспис, где содержатся подопечные, нуждающиеся в постоянном постороннем уходе.

Организация психиатрической помощи подопечным стационарного учреждения социального обслуживания заключается в выявлении (при приеме, в процессе медико-социального обслуживания) и оказании специализированной психиатрической помощи лицам, нуждающимся в такой помощи.

Врач-психиатр, включенный в штатное расписание учреждения с 2000 г., проводит консультатив-

ный осмотр подопечных учреждения. В 2002 г. проведено 117 консультативных осмотров. Из 60 подопечных выявлено 42 (70 %) нуждающихся в постоянном наблюдении врача-психиатра.

Класс психических расстройств и расстройств поведения с уровнем 700 сл. на 1000 чел. находится на четвертом ранговом месте (13.6 %) в структуре общей болезненности. Наиболее тяжелые формы психической патологии – состояние деменции различного генеза – наблюдаются в 41.8 % случаев. Среди различных причин психических расстройств такого рода преобладает деменция сосудистого генеза (F01) умеренной степени выраженности – 23.8 %, состояние так называемой сомнительной деменции (F07.8) – 9.5 %, сенильной деменции неуточненной этиологии (F03) – 9.5 %. Органическое расстройство личности на фоне эпилепсии (F07.8) – 4.7 %, бредовое (шизофреноподобное) расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.2) – 4.7 %, шизофренией параноидной формы (F20.0) – 2.4 %. Аффективные заболевания, преимущественно в форме депрессивных состояний непсихотического уровня (F34), наблюдаются в 2.4 %, умеренная умственная отсталость (F71) – 2.4 %, алкогольная зависимость 2-й – 3-й степени (F10) – 14.3 %, депрессивные расстройства (F33) – 26.2 %.

Проводимое врачом-психиатром лечение в соответствии с основным патологическим процессом обусловило стойкое улучшение в 4.8 % случаев (пациенты с кратковременными депрессивными расстройствами), в 4.7 % случаев обусловило стабилизацию состояния (у пациентов с расстройством личности в связи с эпилепсией), в 81 % случаев обусло-

вило временное улучшение со склонностью к рецидиву и в 9.5 % случаев (пациенты с сосудистой деменцией) состояние без улучшения. Четверо подопечных в течение года были госпитализированы в клинический психоневрологический диспансер в связи с ухудшением психического статуса.

Летальность по отделению «Милосердие» в 2000 г. составила 13.5 %, в 2001 г. – 7.8 % и в 2001 г. – 9.6 %. Причиной смерти в 2002 г. в 70 % случаев послужили болезни сердечно-сосудистой системы.

В связи с критериями завершенности медико-социального обслуживания (отделения «Активное долголетие») ежегодно до 25 человек снимается с обслуживания и возвращается к активной социальной жизни, в том числе в 1999 г. – 11 человек, в 2000 г. – 23 человека, в 2001 г. – 18 человек и в 2002 г. – 25 человек.

Таким образом, организация психиатрической помощи геронтологическим группам подопечных учреждений социального обслуживания заключается в выявлении психической патологии при приеме на медико-социальное обслуживание (заведующий психиатрическим отделением Сургутского клинического психоневрологического отделения входит в состав городских межведомственных приемных комиссий), выявлении реабилитационного потенциала подопечного, определении его дальнейшего маршрута и оказании силами прикрепленных к учреждению (входящих в штатное расписание) врачей-психиатров, необходимой специализированной психиатрической помощи, в том числе госпитализация в психиатрический стационар.

Литература

1. Дмитриева Т.Б. О неотложных мерах по реализации Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1998. № 1.
2. Михневич Н.Н. О потребности лиц пенсионного возраста в лечебно-профилактической помощи // Здравоохранение Российской Федерации. 1996. № 2.
3. Преображенская В.С. Нормативы потребности лиц пенсионного возраста в медико-социальной помощи // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 1995. № 5.
4. Щепин О.П. Проблемы реформирования здравоохранения Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1998. № 2.

В.Г. Морозин

ПРОЦЕСС МОТИВАЦИИ В НОРМЕ И ПРИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Томский государственный педагогический университет

Проблема мотивации с разных точек зрения

Мотивация – сложное и довольно запутанное понятие, поэтому в психологии существует мно-

жество точек зрения на эту проблему, иногда даже противоречащих друг другу. В понятие «мотивация» обычно включаются все виды побуждений: потребности, мотивы, стремления, интересы,