**Теоретический материал для самостоятельного изучения.**

 **Модуль 2.**

**Социальный и психологический аспекты деятельности медицинской сестры общей практики. Этика и деонтология в общей врачебной (семейной) практике.**

**План:**

1. Комплексная медико-социальная характеристика семьи. Функции семьи.
2. Социально-демографическая характеристика.
3. Роль семьи в формировании у детей здорового образа жизни
4. Психо-социальная характеристика семьи.
5. Жизненный цикл семьи. Общие кризисные ситуации в семье.
6. Психологические аспекты работы с семьей.
7. Понятие о семейной терапии.
8. Инвалидность: понятие, порядок и условия оформления.
9. Этика и деонтология в общей врачебной (семейной) практике
10. Искусство беседы с пациентом.

**Комплексная медико-социальная характеристика семьи. Функции семьи.**

По современным представлениям семья рассматривается как конкретная, исторически сложившаяся система взаимоотношений между супругами, родителями и детьми во взаимосвязи с окружающим миром.

В настоящее время браком принято считать союз, заключенный между мужчиной и женщиной по их обоюдному согласию на основании любви и общности интересов на официальных правовых началах.

Цель брачного союза создание семьи.

Введение принципа семейной медицины внесло совершенно новую идеологию в концепцию первичной медикосанитарной помощи. Важнейшим пунктом теории и практики семейной медицины является рассмотрение семьи с точки зрения ее статуса как пациента семейного врача и медицинской сестры, как комплексную систему, формирующую здоровье ее членов.

**Семья** – **это группа людей, объединенных родством или свойством через брак (усыновление), живущих вместе, имеющих общий бюджет, ведущих общее хозяйство, между которыми установилось чувство любви, привязанности, взаимопомощи.**

Семья начинается с брака, зарегистрированного в установлен ном порядке. Наряду с взаимным удовлетворением личных потребностей, логическим развитием семьи является появление детей. Следовательно, муж, жена и их дети составляют основное ядро семьи.

Именно в семье человек формируется как личность с определенным психическим складом и состоянием здоровья. Поэтому проблемы здоровья населения в целом тесно связаны с проблемами здоровья каждой отдельной семьи.

Для того, чтобы «соотнести» семью, врача общей практики (семейного врача) и семейную медицинскую сестру с их функциями в здоровье необходимо остановиться на основных параметрах характеристики семьи.

Комплексная медико-социальная характеристика семьи включает в себя 6 блоков, охватывающих сферу потребностей семьи в меди- ко-социальной помощи (Кича Д.И.):

1. Социально-демографическая характеристикасемьи.
2. Социально-гигиеническая характеристикасемьи.
3. Материально-экономическая характеристикасемьи.
4. Медико-биологическая характеристикасемьи.
5. Психо-социологическая характеристикасемьи.
6. Медико-социальная помощьсемье.

Семья аккумулирует в себе все черты и свойства, присущие всем ее членам-представителям. Семья как группа «действует» и «думает» не так, как это сделали бы все ее члены, если бы они были разобщены. Каждый член семьи выполняет свои определенные в семье роли, а семья выполняет специфические функции в целом. С этим связан системный принцип подхода к семье. Анализ семьи как социально- биологической системы позволяет выявить закономерности структуры, функции и стадии развития семьи, составляющие, кроме всего прочего, основу формирования здоровья семьи и взаимодействия семьи со здравоохранением. Основное качество семьи в формировании здоровья в том, что ***оздоровительная деятельность семьи больше, чем простая сумма усилий отдельныхиндивидов.***

**Социально-демографическая характеристика.**

**Семья** дает представление о структуре, функции и стадиях развития семьи.

Структура семьи включает три основных элемента - это численность, состав, число поколений.

По родственно-поколенной структуре семьи делятся на три типа: нуклеарные семьи, расширенные семьи, прочие семьи.

**Нуклеарные семьи** (от латинского слова nucleus -«ядро») со- стоят только из супругов с детьми или без детей (подтип - полные нуклеарные семьи) или одиноких матерей либо отцов с детьми (под- тип - неполные нуклеарные семьи). Семейным ядром считается супружеская пара с детьми или без них (полное семейное ядро) или одинокая мать (отец) с детьми (неполное семейное ядро).

**В расширенных семьях,** кроме членов семейного ядра есть еще и другие родственники - чаще всего родители одного из супругов в полных семьях или одинокой матери (отца) в неполных семьях.

**Прочие неполные семьи**, которые нельзя отнести ни к нуклеарным, ни к расширенным, это те семьи, в которых дети проживают только с дедушками, бабушками и прочими родственниками, но без обоих родителей. С точки зрения числа поколений различают одно-, двух-, трех-, редко четырехпоколенные, или более того, семьи.

**По возрастным характеристикам** на участке врача общей практики следует выделить молодые семьи, семьи с юной матерью, семьи пожилых, для приоритетного наблюдения.

**Функции семьи.**

Сущность семьи проявляется в ее функциях, основными из которых являются: детородная, воспитательная, социально-экономическая и восстановительная.

- ***Детородная (репродуктивная) функция -*** первостепенная функция семьи - это воспроизводство в детях численности семьи. От выполнения семьей этой функции зависит в целом воспроизводство населения страны (региона, мира). Бесплодные браки в мире составляют 15-20% с прогрессивным ростом их численности. В связи с рос- том числа экстрагенитальных заболеваний, до 20% семей (по состоянию здоровья) могут иметь только одного ребенка. Следовательно, даже для простого воспроизводства населения необходимо, чтобы типы трехдетной и многодетной семей составляли более 50%. Снижение многодетности, падение рождаемости, известные симптомы эгоизма при наличии одного ребенка в семье создают новые проблемы для семьи и общества и указывают на снижение значимости функций сексуальных отношений в семье в вопросах деторождения.

***- Воспитательная (образовательно-воспитательная) функция (социализация личности).*** Имеет исключительно большую важность. Если от репродуктивной функции семьи зависят количественные характеристики воспроизводства, то от воспитательной - качественные его показатели. Семья - воспитательная колыбель человека. Именно в семье человек совершает свои первые шаги на пути нравственного, эстетического, морального, политического и философского освоения мира. В семье происходит не только воспитание ребенка, но и всех ее членов.

В семье ребенок получает первые трудовые навыки (самообслуживание, подготовка уроков, других домашних заданий, оказание помощи старшим по уборке квартиры, приготовлению обедов), умение ценить труд других людей, навыки и ориентацию по оценке труда и выбору профессии. В процессе этих отношений дети приобретают опыт заботы о родителях, братьях, сестрах, школьных товарищах. Ребенок приобщается к разумному потреблению различных материальных и духовных благ, накапливает опыт обращения с деньгами, с личными предметами (одежда, обувь, игрушки, домашняя техника). В период детства формируется отношение мужчины к женщине в различных ее социальных ролях (матери, женщины, домохозяйки, работницы) и женщины к мужчине (отцу, мужу, хозяину, профессионалу). От воспитания в семье зависит, какой гражданин (гражданка) сформируется в будущем: способный помогать матери, отцу, брату, сестре на всех этапах жизни, социальных ролях или равнодушный потребитель их благ, труда, времени и средств, проходит так называемую социализацию личности.

**Таким образом, воспитательная функция семьи имеет триаспекта:**

* 1. Формирование личности ребенка, развитие егоспособностей

и интересов, передача детям взрослыми членами семьи (матерью, отцом, дедушкой, бабушкой и др.) накопленного обществом социального опыта; выработка у них научного мировоззрения, высоконравственного отношения к труду; привитие им чувства коллективизма, потребности и умения быть гражданином и хозяином, соблюдать нормы поведения; обогащение их интеллекта, эстетическое развитие, содействие их физическому совершенствованию, укреплению здоровья и выработке навыков санитарно-гигиенической культуры.

* 1. Систематическое воспитательное воздействие семейного коллектива на каждого своего члена в течение всей егожизни.
	2. Постоянное влияние детей на родителей (и других взрослых членов семьи), побуждающее их активно заниматься самовоспитанием.

Воспитательная функция семьи достигается всевозможными теоретическими приемами (устная информация, чтение книг, различные средства массовой информации), а еще в большей степени личными примерами, образом жизни и деятельности (в быту, на службе во взаимоотношениях с окружающими). Эффективность воспитательной работы не может быть достигнута без правильно поставленных целей жизни. Главная цель - это воспитание достойного гражданина общества. Эту работу проводят не только родители, но и многие дошкольные учреждения, школьные коллективы, вся окружающая действительность. Все их действия должны быть направлены на то, чтобы ребенок (человек, член семьи) был физически здоров, получил хорошее образование (не ниже полного среднего), овладел любимой и полноценной (нужной обществу) профессией, с достойными нравственными качествами (коллективизма, интернационализма, патриотизма, любви к труду, правдивости, честности, скромности, нравственности и т.д.). Добрые дела могут делать только люди с добрыми чувствами. Поэтому следует искоренять черту грубости, недоброжелательности, неуважения человеческого достоинства. Это особенно нелегко достигается, когда желанная «свобода» и «демократия» нередко реализуются как свобода хаоса, распущенности и произвола, нравственного уродства и духовной нищеты.

- ***Восстановительная (рекреационная) функция*** (лат. Recreatio восстановление) связана с отдыхом, организацией досуга, заботой о здоровье и благополучии членовсемьи.

Восстановительная функция семьи - это взаимопомощь всех членов семьи по сохранению здоровья, хорошего настроения, жизненного тонуса, организации досуга и отдыха. Заботливое взаимное отношение всех членов семьи друг о друге составляет основу восстановительной функции по созданию оздоровительной, психотерапевтической среды в семье. Это достигается при соблюдении членами семьи своих индивидуальных и общественных режимов труда и отдыха, питания, гигиены личной и общественной, проведения занятий физкультурой и спортом, поддержании физиологических основ тонуса организма, соблюдении всех принципов здорового образа жизни. Семейный досуг является важным средством восстановления физических и духовных сил всех членов семьи и подготовки их к дальней- шей трудовой и общественной деятельности. Хотя интересы каждой личности в семейном коллективе могут и должны быть различными, их во избежание конфликтных ситуаций следует учитывать, но очень важно не игнорировать общие интересы в проведении семейного досуга. Семейный досуг следует разделять по времени на ежедневный (после работы, учебы), в выходные и праздничные дни, а также по месту его проведения - на домашний и за пределами дома. Роли в его проведении всех членов семьи неоднозначны, но все они должны быть направлены на взаимную поддержку и взаимное удовлетворение. Охота и рыбалка - частые виды мужского досуга, не должны быть угнетающими для женщин, а посему их следует чередовать с мероприятиями общественного плана. При приеме гостей должны быть задействованы все члены семьи, а не только одна хозяйка. Желательно в семье формировать лидеров по проведению того или иного вида досуга. Рекреационная функция семьи может быть выполнена лишь тогда, когда в проводимых мероприятиях будут созданы условия для восстановления физических и трудовых сил не только для отдельных ее членов (чаще это для детей и отца), но и для женщин (матерей), которым силы необходимы как для семьи, так и для участия в общественном производстве и общественной жизни. И в этом будет проявляться важнейшая роль восстановительной функции по формированию у детей чувства коллективизма, взаимопомощи и чуткого внимательного отношения кженщине.

С восстановительной функцией смыкается **психотерапевтическая функция семьи -** позволяет членам семьи удовлетворять потребности в симпатии, уважении, признании, преданности, эмоциональной поддержке, психологической защите. Именно эти чувства способствуют интимности, доверительности в семейных отношениях, прочности семейного очага. Брак удачен или нет в зависимости от активизации этой функции.

* + ***Социально-экономическая функция*** семьи включает многие аспекты семейных отношений: формирование семейного бюджета, рациональное его использование, ведение домашнего хозяйства, профессиональное совершенствование членов семьи и т.п. Она связана с питанием семьи, приобретением и содержанием домашнего имущества, одежды, обуви, благоустройством жилища, созданием домашнего уюта, организацией жизни и быта семьи. В сфере «домашних них дел» формируются внутрисемейные отношения, лучше познаются мотивационные и волевые компоненты каждого члена семьи, создаются необходимые предпосылки формирования сплоченности семьи, а также определяются возможные конфликтогенные области взаимоотношений и представляется более удобная форма ухода отних.

С одной стороны, бережное и рачительное отношение ко всему, что достигается трудом, в значительной степени и составляет благо- состояние как семьи, так и всей страны. Нередко причиной недостатка многих семей является неумение соизмерять свои соблазны сдо ходами. Поэтому осуждению подлежит не только скупость, но и в большей степени расточительность. Бюджет семейный должен составляться на год, месяц и неделю с учетом поступления средств за вычетом подоходных налогов. При планировании доходов следует предусмотреть транспорт, оплату квартиры и коммунальных услуг, содержание ребенка, школьника, непредвиденные расходы, сезонные расходы и т.д. Из оставшихся средств планируются ежедневные, ежемесячные и годовые расходы на покупку продуктов, одежды, обуви, домашней техники, мебели и постоянных мелочей. Эта функция включает и многие другие хозяйские проблемы: содержание жилища, ремонт его, знание хорошей кухни, кулинарии и т.д.

С позиции социально-экономической (хозяйственно-потребительской) функции семьи следует разделять: по периодам (молодая семья без детей, с одним ребенком, с двумя и более, семья со взрослыми детьми, семья пенсионеров, престарелых и т.д.); по социальным категориям (студенческая, семьи рабочих, служащих, колхозников); по видам места жительства (городская, сельская). Каждая из таких семей имеет свою специфику домоводства, наряду со многими универсальными категориями.

**Семья** основывается на принципе социальной обусловленности здоровья, т.е. зависимости его от социальных условий и факторов. Основными социальными факторами, имеющими связь со здоровьем семьи, являются: факторы условий труда, учебы, быта, питания, воды, отдыха, жилища, бюджета времени, внешней среды – одним словом, условия жизни.

***Труд*** является важнейшей сферой деятельности людей, осуществляемой, как правило, вне семьи, но оказывающей влияние на семью и наоборот. Основными категориями оценки труда являются его содержание, характер (физический- умственный, аграрный - индустриальный, управленческий-исполнительский, простой - сложный, творческий - рутинный, коллективный-индивидуальный, квалифицированный - неквалифицированный), вид труда (ручной, механизированный, автоматический, умственный), организация и условия труда. К понятию условий труда относятся, с одной стороны, социально- экономические условия (длительность рабочего дня, рабочего года, отпуск, форма оплаты труда). С другой стороны, условия труда характеризуются его техническими, санитарно-гигиеническимиусловиями: освещенность, уровень шума, степень загрязненности, состав и влажность воздуха, профессиональныевредности.

Влияние условий труда на здоровье доказано многими исследованиями. Об этом свидетельствует не только наличие профессиональных заболеваний, производственного травматизма, но прежде всего, существенные различия в уровнях и структуре заболеваемости с ВУТ рабочих различных отраслей промышленности, различных заводов одной и той же отрасли, влияние профессионально- производственных факторов на частоту отдельных нозологических форм и обострение патогенетически разнородных заболеваний. Семья может как снижать вредное воздействие профессиональных факто- ров, так и усиливать их. Врач общей практики/семейная медсестра должны стремиться получить наиболее полное представление об условиях труда пациентов и использовать семью для правильной диагностики, лечения и рационального трудоустройства заболевшего члена семьи. Это требует специальной гигиенической, физиологической и технической эрудиции и оснащения рабочих кабинетовврачей.

Исследования свидетельствуют о наличии ***связи здоровья и жилищных условий семьи.*** Неудовлетворительные жилищные условия оказывают болезнетворное воздействие особенно на детей и на женщин в период беременности. Жилищные условия в сочетании с другими условиями жизни (питание, отдых, грамотность) в первую оче- редь связаны с развитием туберкулеза, рахита, алкоголизма, нервно- психическими и желудочно-кишечными заболеваниями, заболеваниями органов дыхания.

С***анитарное состояние жилища характеризуется следующими показателями:***

а) размер жилплощади на одного члена семьи; б) соотношение числа жилых комнат и членов семьи;

в) освещенность, температура, вентиляция, влажность;

г) благоустройство жилища (водо- снабжение, канализация, отопление, планировка;

д) качество строи- тельного материала, этажность, наличие лифта, мусоропровода.

***Для общей оценки жилищных условий семьи предлагается следующая схема:***

1. Семья с хорошими жилищными условиями – имеющая отдельную квартиру или собственный дом с хорошими санитарно- гигиеническими характеристиками; более 9 кв.м. полезной жилой площади на члена семьи, возможно по одной комнате на члена семьи, выполнение всех гигиенических требований содержания жилища.
2. Семья с удовлетворительными жилищными условиями – имею- щая отдельную квартиру или дом с удовлетворительными сани- тарно-гигиеническими характеристиками, от 5 до 9 кв.м. полез- ной жилой площади на члена семьи, невыполнение всех гигиени- ческих требований содержанияжилища.
3. Семья с плохими жилищными условиями – отсутствие отдельной квартиры или дома, неудовлетворительные санитарно- гигиенические характеристики жилища, менее 5 кв.м. на члена семьи.

Бесспорна ***роль питания для жизни и здоровья индивида и семьи.*** В системе мер по организации правильного питания семьи важное место в работе врача общей практики/семейной медсестры занимает пропаганда основ рационального питания, объяснение вреда от различных околомедицинских теорий и привычек, профилактика пищевых отравлений, своевременное распознавание алиментарных заболеваний. В разные периоды развития семьи возникают специальные требования к организации питания детей грудного возраста, детей других возрастных групп, пожилых членов семьи, женщин в период беременности и послеродового периода. Правильное применение 15 основных диет (столов лечебного питания), рекомендации по индивидуальным показаниям суточных режимов – контрастных диет – разгрузочных дней отдельным членам семьи (кефирных, молочных, яблочных, овощных дней) являются одним из разделов работы врача имедсестры.

Важной социально-гигиенической характеристикой семьи является ***соотношение процессов сна и бодрствования.*** Расстройства сна у отдельных членов семьи оказывают существенное влияние на образ жизни в семье в целом. Перед врачом общей практики/семейной медсстрой стоит необходимость разъяснения в семье функции сна как лечебного фактора, роли сна в восстановлении работоспособности, причинно-следственных связей и природы бессонницы, нервно-психических, соматическихзаболеваний.

***Проблема организации отдыха*** неразрывно связана с семьей. Регламентация внутрисемейного режима сна, бодрствования, активного и пассивного отдыха должна учитывать не только гигиенические рекомендации, но и индивидуальные особенности членов семьи, со- стояние их здоровья, семейную структуру, жилищные условия. Непосредственно с отдыхом связаны семейные формы физической культуры и спорта. Использование возможностей семьи в профилактике заболеваний, реабилитации, закаливающих процедурах является обязательным разделом работы врача общей практики/семейной медсестры.

Важным аспектом является такое понятие ***как образ жизни семьи.*** При оценке образа жизни семьи используется дифференциация семей на семьи со здоровым и нездоровым образом жизни. Следует иметь в виду влияние образа жизни на здоровье и, наоборот, влияние здоровья на образ жизни семьи, а также, что не менее важно, влияние образа жизни и здоровья отдельного члена семьи на образ жизни всей семьи в целом. Составной часть образа жизни семьи является изучение вредных привычек: курения, употребления алкоголя, наркотиков, других вредных пережитков и традиций.

Структура и количество затрат времени на различные виды деятельности семьи трактуется как ***бюджет времени семьи***. Выяснение на какие виды деятельности и в каком количестве расходуется время в семье, позволяет выяснить социальную и медицинскую значимость различных видов затрат времени в семье. Проблема рационального использования свободного времени в семье актуальна в плане укреп- ления здоровья семьи, развития семейных форм отдыха, воспитании детей. Задача врача общей практики состоит в повышении роли свободного времени в здоровье, в гигиенической организации бюджета времени вцелом.

**МАТЕРИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИ-КА СЕМЬИ** основывается на принципах ведущей роли социально- экономических факторов в общественном здоровье, что подтверждается прямой корреляцией уровней здоровья населения и социально- экономического развития стран. Исследование материальной стороны медико-социальной характеристики семьи основано на анализе до- ходов и расходов семьи.

***Показателями удовлетворения материальных потребностей семьи являются:***

* 1. Доходная часть: а) заработная плата членов семьи; б) другие поступления в бюджет семьи (помощь, стипендия, пенсия и др.); в) поступления из общественных фондов; г) поступления из личного подсобногохозяйства.
	2. Расходная часть: д) доля расходов на питание, одежду, жилище,транспортидругиебытовыенужды;е)долярасходовназдоровье (лекарства, предметы, услуги, спорт, отдых);

ж) уровень прожиточного минимума.

Оценка материальной обеспеченности семьи в целом проводится по показателю среднего душевого дохода на члена семьи в год (семьи с низкими, средними и высокими доходами).

Экономическая функция семьи – это общесемейные меры финан- сово-экономической поддержки видов жизнедеятельности семьи и удовлетворения разумных потребностей членов семьи. Элементы экономической функции семьи – это оптимальное ведение доходной и расходной части семейного бюджета, оплата бытовых нужд, мате- риальное удовлетворение потребностей семьи в здоровье, распреде- ление бытовой нагрузки между членами семьи, экономическое обоснование реализации возникающих прежде всего медико- социальных потребностей.

**МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЬИ** включает в себя непосредственные показатели здоровья семьи: ***заболеваемость, наследственность, физическое состояние членов семьи.*** В основе заболеваемости семьи лежат причинно- следственные связи здоровья семьи и параметров характеристики семьи как малой социальной группы. Суть этих связей в том, что структура семьи, стадия развития семьи и выполнение семьей от- дельных функций в значительной мере определяет уровень и структуру заболеваемости семьи и наоборот, заболеваемость семьи оказывает влияние на структуру, стадии развития и функции семьи. Выделяют:

1. ***Неболеющие (здоровые) семьи*** – семьи, где ее члены не обращались за медицинской помощью в течение года, ведут здоровый образжизни.
2. ***Малоболеющие семьи*** – до одного случая заболеваний в год в среднем на одного члена семьи, до 8 дней нетрудоспособности в среднем на одного работающего члена семьи, отсутствие хронических больных в семье, отсутствуют явные отклонения от здорового образажизни.
3. ***Среднеболеющие семьи*** – до двух случаев заболеваний в год в среднем на одного члена семьи, 8-15 дней нетрудоспособности в среднем на одного работающего члена семьи, отсутствие хронических заболеваний, входящих в перечень диспансерных групп, имеются отклонения от здорового образажизни.
4. ***Многоболеющие (больные) семьи*** – более двух случаев заболеваний в год в среднем на одного работающего члена семьи, более 15 дней нетрудоспособности в среднем на одного работающего чле- на семьи, тяжелые хронические заболевания в семье, серьезные на- рушения здорового образа жизни всемье.
5. ***Семьи тяжелого медико-социального риска*** - семьи с инвалидами, больными алкоголизмом, наркоманией, психическими больными, семьи беженцев, безработных,нищих.

Работа с так называемой «больной семьей» предусматривает конкретный пакет медико-социальных действий профилактического, лечебного, реабилитационного характера для групп семей на врачебном участке.

Многие болезни человека в той или иной мере зависят от гене- тической конституции семьи. С введением врача общей практи- ки/семейной медсестры появляются благоприятные возможности для клинико-генеалогических обследований больных с наследствен- ной патологией и членов их семей. Составление родословной начи- нают с семейного анамнеза, полученного от пробанда- члена семьи с изучаемым признаком или здорового индивида, в семье которого обнаружилась наследственная патология. Эти сведения дополняются информацией от родственников и объективными данными клинических, биохимических и других исследований членовсемьи.

Предупреждение наследственных заболеваний является основой задачей медико-генетического консультирования. Частота на- следственных болезней может быть значительно снижена, если лица, вступающие в брак на стадии создания семьи получат консультацию о вероятности наследственной патологии у их потомков. В зависимо- сти от роли наследственности и факторов среды в формировании па- тологии все болезни можно разделить на 2группы:

1. наследственные болезни – патологический признак в результате мутации формируется при любых условиях среды, внутриутроб- но и в разные периоды жизничеловека;
2. болезни с наследственным предрасположением (мутагенные болезни провоцируются факторами внешней среды или являются причиной возникновения – атеросклероз, АГ, язвенная болезнь, новообразования, некоторые психическиезаболевания).

Важным разделом характеристики здоровья семьи является физическое развитие членов семьи, особенно детей и подростков (комплекс антропометрических и соматоскопических признаков). Между физическим развитием отдельных членов семьи, между физическим развитием семьи в целом и показателями заболеваемости существу- ет связь, которую надо учитывать при анализе здоровья семьи.

Для комплексной оценки здоровья семьи методически правильно привлекать демографические показатели – рождения в семье, смерть в семье, причины и факторы связанные с ними (выкидыш, преждевременные роды и др.).

**Роль семьи в формировании у детей здорового образа жизни**Современная жизнь выдвигает повышенные требованияк здоровью детей, которое является абсолютной ценностью трехуровней -биологического, социального и психологического. От чего же зависитздоровье человека? Если условно уровень здоровья принять за 100%,то 20% зависят от наследственных факторов, 20% - от условий внешней среды (экологических факторов), 10% - от деятельности системыздравоохранения, 50% -образа жизни человека. Приведенное процентное соотношение показывает значимость формированияценностного отношения к здоровью, а также пропаганды здорового образа жизни среди детей и подростков и их родителей.

Одновременно с заботой о чистоте тела и с удовлетворением потребностей в пище, необходимо создать условия для реализации потребности в активных движениях, которые повышают устойчивость к заболеваниям, мобилизуют защитные силы организма.

Здоровье ребенка во многом определяется отношением родителей к его физическому воспитанию. При этом отцы рассматривают физическое развитие в качестве цели воспитания чаще, чем матери, и физическому воспитанию мальчиков оба родителя придают большее значение, чем воспитанию девочек. Родителями мальчиков в возрасте 6 - 7 лет значимость их физической готовности ставится на первое или второе место, в то время как родители девочек этого возраста физическое воспитание ставят на седьмое – восьмоеместо.

Замечено, что дети усваивают образ жизни родителей, их привычки, их отношение к жизни, в том числе к физической культуре. Велика роль примера родителей и старших членов семьи. Если взрослые регулярно занимаются физической культурой и спортом, соблюдают режим, правила гигиены и закаливания, то дети, глядя на них, систематически будут делать утреннюю зарядку, заниматься физическими упражнениями и спортивными играми. Формы могут быть разными – туристические походы пешком или на лыжах, участие в коллективных соревнованиях

Нередко у ребенка возникает стойкое желание выполнять лишь любимые упражнения, например, ездить на самокате, играть с мячом, прыгать со скакалкой. При этом роль взрослого состоит в том, чтобы не дать ребенку ограничиться только такой двигательной активностью. С раннего возраста у детей необходимо формировать привычку ежедневно выполнять утреннюю гимнастику.

Важны *ежедневная* двигательная активность и активный отдых, поэтому родители должны знать подвижные игры, их содержание и правила. Пешеходные и лыжные прогулки являются одной из наиболее эффективных форм активного отдыха, рационального использования свободного времени для укрепления здоровья.

Большое значение в укреплении здоровья имеют циклические, т.е. длительные, регулярно повторяющиеся упражнения, направлен- ные на тренировку и совершенствования выносливости. Именно выносливость в сочетании с закаливанием обеспечивает надежную защиту от острых респираторных заболеваний.

Популярное циклическое упражнение – бег трусцой со скоростью 5 – 7 км/ч. Начиная такие упражнения с 3 – 4-го года жизни (преимущественно в игровой форме), через один – два года можно получить хороший оздоровительный и общеразвивающий эффект. Нагрузку следует увеличивать постепенно, причем не за счет удлинения пробегаемой дистанции, а за счет ее повторения в одном занятии (2 – 3 раза). Постепенно при правильно организованной тренировке уровень выносливости старших дошкольников повышается вплоть до пробега 1,5 – 2 км без напряжения.

Необходимо активно использовать целебные природные факторы окружающей среды: чистую воду, ультрафиолетовые лучи солнечного цвета, чистый воздух, фитонцидные свойства растений, так как естественные силы природы представляют собой привычные компоненты окружающей среды и необходимы для жизнедеятельности организма.

У детей важно формировать интерес к оздоровлению собственного организма. Чем раньше ребенок получит представление о строении тела человека, узнает о важности закаливания, движения, правильного питания, сна, тем раньше он будет приобщен к здоровому образу жизни.

Формируя здоровый образ жизни ребенка, семья совместно со школой должна привить ребенку следующие основные знания, навыки и умения:

* умение измерять рост, массу тела, определять частоту своего пульса и дыхания, понимание значения определения этих показателей для контроля за состоянием здоровья и егокоррекции;
* понимание значения здорового образа жизни для личного здоровья, хорошего самочувствия, успехов вучебе;
* знание правил личной гигиены, гигиены жилых и учебных помещений, одежды, обуви и др.; умение правильно строить режим дня и выполнятьего;
* знание основных правил рационального питания с учетом возраста;
* понимание значения двигательной активности для развития здоровогоорганизма;
* знание правил профилактики заболеваний позвоночника, стопы, органов зрения, слуха идругих;
* знание основных природных факторов, укрепляющих здоровье, и правил ихиспользования;
* знание правил сохранения здоровья от простудных и некоторых других инфекционныхзаболеваний;
* умение анализировать опасные ситуации, прогнозировать последствия и находить выход изних;
* умение оказывать простейшую помощь при небольших порезах, ушибах, ожогах,обморожениях;
* знание лечебных учреждений, где возможно получить помощь в случаеболезни;
* умение взаимодействовать с окружающей средой, понимать, при каких условиях среда обитания (дом, класс, улица, дорога, лес) безопасна дляжизни.

Формирование здорового образа жизни служит укреплению всей семьи. Ребенок должен узнать лучшие семейные традиции, понять значение и важность семьи в жизни человека, освоить нормы и этику отношений с родителями и другими членамисемьи.

Родители должны развивать интерес ребенка к профессиональной и бытовой деятельности членов своей семьи, формировать понимание их социальной значимости. Воспитывать в ребенке доброту, дружелюбие, выдержку, целеустремленность, смелость, положительную самооценку, оптимистическое отношение к жизни, умение выражать свои чувства, способность верить в собственные силы и доверять миру. Развивать у него навыки общения, дух со- трудничества и коллективизма, умение понимать чувства другого, общаться и взаимодействовать в группе. Осваивая эти знания и умения, ребенок учится управлять своими эмоциями и умствен- ной деятельностью. Это улучшает *психологическое самочувствие* в школе, способствует более успешномуобучению.

**Пути решения таковы:**

* постоянная связь родителей со школой, а именно с учителем физкультуры, классным руководителем, чтобы знать о проблемах или успехах своего ребенка. Для этого не надо постоянно ходить в школу, можно общаться с помощью телефона, используявидеосвязь «скайп»;
* совместное участие родителей в физкультурно-оздорови- тельных мероприятиях, проводимых школой в качестве участников, помощников организаторам,судьям;
* совместное посещение спортивныхсоревнований.

Необходимо формировать у ребенка нравственное отношение к своему здоровью, которое выражается в желании и потребности быть здоровым, вести здоровый образ жизни. Он должен осознать, что здоровье для человека важнейшая ценность, главное условие достижения любой жизненной цели, и каждый сам несет ответственность за сохранение и укрепление своего здоровья. Чтобы мотивировать его на здравоохранительное поведение, необходимо заинтересовать, соз- дать положительные эмоции при освоении знаний, дать почувство- вать удовольствие от методов оздоровления, использовать положи- тельные примеры из окружающей жизни, личный примерродителей.

**ПСИХО-СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКАСЕМЬИ**

*Социология семьи* акцентирована на изучение ее внутренней групповой структуры, характера распределения обязанностей, главы семьи, взаимоотношений между супругами, родителями и детьми и всей гаммы социально-психологических отношений в семье.

*Психология семьи* – это пропедевтика здоровья семьи, межличностных отношений в семье, этики и деонтологии врача общей практики/семейной медсестры. В ее задачи входит психогигиена семьи, половой жизни, психопрофилактика кризисов в семье, связанных с затяжной болезнью в семье, климактерическим периодом, пубертатным возрастом, выходом на пенсию и пр.

Важнейшей интегральной характеристикой семьи является ее психологическое здоровье.

***Психологическое здоровье семьи*** – это комплексный обобщенный показатель социально-психологической активности ее членов во внутрисемейных отношениях, в социальной среде и профессиональной сфере их деятельности. Это состояние душевного психологического благополучия семьи, обеспечивающее адекватную их жизненным условиям регуляцию поведения и деятельности всех членов семьи.

***Показатели здоровья семьи по социально-психологической характеристике:***

* 1. ***Психологически здоровые семьи*** – характеризуются спокойной эмоциональной обстановкой в семье, заботой, вниманием и друж- ными взаимоотношениями между членами семьи, психологической совместимостью, взаимной поддержкой, стабильностью. Социальная функция выполняетсяоптимально.
	2. ***Психологически нездоровые семьи*** – характеризуются натянутыми, недружными отношениями, отсутствуют забота и поддержка, возникают ссоры, размолвки между членами семьи, взрослыми и детьми. Нарушается выполнение социальнойфункции.
	3. ***Семьи на грани социально-психологического кризиса*** – харак- теризуются постоянной конфликтной обстановкой в семье, частые ссоры, драки, пьянство; емья на грани распада. Полная супружеская несовместимость. Социальная функция в целом невыполняется.

Основоположница семейного консультирования Вирджиния Сатир полагает, что в настоящее время в современном мире существует два типа семей: **зрелая семья и проблемная.**

Атмосфера **проблемной семьи** чувствуется очень быстро. Она характеризуется неудобством, дискомфортом и холодностью. Ощущается какая-то неустойчивость, напряжение и грусть.

В проблемных семьях лица и тела людей говорят об их страданиях. Их тела скованны и напряженны или неуклюже сутулятся. Их лица кажутся мрачными, угрюмыми или печальными или могут ничего не выражать, словно маски. Глаза смотрят в пол, они не видят других людей. Кажется, что они не только не видят, но и не слышат. Го- лоса их звучат резко или почти не слышны. Трудно заметить хоть ка- кие-то проявления дружеского расположения между членами этих семей, где никто никогда не улыбнется. Кажется, что эти люди живут друг с другом исключительно по обязанности. Юмор в таких семьях чаще превращается в иронию, сарказм или даже насмешку. Взрослые настолько заняты, ибо без конца диктуют детям и друг другу, что должно и не должно делать, что у них просто не остается возможности для радостного общения. Нередко члены проблемных семей искренне поражаются тому, что можно наслаждаться обществом друг друга. В таких семьях люди просто избегают друг друга: они настолько погружаются в свою работу или в какие-то дела вне дома, что все реже и реже общаются с близкими.

Неблагополучные семьи порождают неблагополучных людей с низкой самооценкой, что толкает их на преступление, оборачивается душевными болезнями, алкоголизмом, наркоманией, нищетой и другими социальными проблемами.

**В зрелых семьях** царит совсем другая атмосфера. Семья становится тем местом, где каждый найдет любовь, понимание и поддержку, даже если жизнь за пределами дома складывается не очень удач- но. В семье можно отдохнуть и набраться сил, чтобы чувствовать себя увереннее в окружающем мире. Люди в таких семьях выражают свою любовь и уважение друг к другу.

В зрелой семье всегда готовы поделиться чем-то своим и с интересом выслушать другого. Члены семьи умеют считаться друг с другом, открыто проявляют свою радость и боль, а, рассказывая о неудаче, не бояться, что будут осмеяны, так как все понимают, что вместе с риском, с попытками попробовать что-нибудь новое в жизни обязательно будут и ошибки, которые означают, что человек растет и развивается.

В благополучных семьях люди, счастливо живущие друг с другом, даже выглядят по-особому. Их движения свободны и грациозны, выражение лица умиротворенное. Они искренни и естественны в от- ношениях друг с другом. Дети, даже младенцы, в таких семьях выглядят непосредственными и дружелюбными, а все другие члены семьи относятся к ним с уважением, как к полноценным личностям.

Члены зрелой семьи чувствуют себя настолько свободно друг с другом, что не стесняются говорить о своих чувствах. Зрелая семья способна к продуктивному и согласованному планированию своей жизни, однако, если что-то в плане нарушается, она может спокойно принять и оценить эти изменения. Члены зрелой семьи способны без паники реагировать на различные жизненные ситуации. Родители ощущают себя лидерами-вдохновителями, а не авторитарными руководителями. Свою задачу они видят в том, чтобы научить детей оставаться людьми в любой жизненной ситуации.

Родители из зрелых семей понимают, что проблемы обязательно будут возникать, хотя бы потому, что сама жизнь будет их ставить, но они будут всякий раз искать творческие решения возникающих проблем. В отличие oт них проблемные семьи стараются направить всю свою энергию на безнадежную попытку жить так, чтобы вообще не иметь проблем. Когда же проблемы возникают, а они не могут не возникать, оказывается, что возможности для их решения уже исчерпаны.

Зрелые семьи отличаются от проблемных тем, что родители верят: изменения неизбежны – дети переходят от одной стадии развития к другой, и взрослые никогда не останавливаются в своем развитии и постоянно переходят от одного состояния к другому. Окружающий мир постоянно меняется. Взрослые принимают изменения как неотъемлемую часть бытия, стараются творчески использовать их в своей жизни, чтобы сделать семью более зрелой.

Если помочь неблагополучной семье стать зрелой, а зрелой под- сказать, как быть еще гармоничнее, гуманистический потенциал членов таких семей значительно возрастет и вместе с ними проникнет в школы, на предприятия и организации – словом, во все социальные институты, влияющие на качество жизни.

Современная семья является важнейшей социальной средой формирования личности и основным институтом психологической поддержки и воспитания, отвечающим не только за социальное воспроизводство населения, но и за воссоздание определенного образа жизни, образа мыслей и отношений. Поэтому общество заинтересовано в прочной, духовно и нравственно здоровой семье.

**Жизненный цикл семьи. Общие кризисные ситуации в семье.**

Семейные отношения не могут быть установлены сразу, семья – не статичное образование, она развивается. По определению В. В. Столина, семья – это «открытая система, подверженная внешним воз- действиям, она должна учитывать в своем строении всю совокупность различных влияний и добиваться некоторого внутреннего равновесия». Это равновесие достигается специфическим распределением прав и обязанностей, формированием общих планов, выработкой способов общения.

**Периодизация семейной жизни. Фазы развития семьи**

Являясь динамически развивающейся системой, каждая семья в своем развитии обязательно проходит определенные циклические фазы развития:

* + 1. подготовительная стадия (подготовка к созданиюсемьи);
		2. стадия эволюции семьи (от брака до рожденияребенка);
		3. созревание семьи (от рождения первого ребенка до выхода из семьи первого ребенка);
		4. сужение и исчезновение семьи (от выхода первого ребенка до смерти супругов).

В зарубежной психологии распространена периодизация жизненного цикла семьи Р. Хилла. Он выделяет:

* стадиюмонады;
* стадию вступления вбрак;
* стадию рожденияребенка;
* стадию проживания с ребенком до подростковоговозраста;
* стадию «вылета детей из гнезда»:
* стадию смерти одного изсупругов;
* вновь стадиюмонады.

Выделение этапов может быть связано со **статистикой кризисов семьи.** Каждая семья на определенных стадиях развития с той или иной степенью напряженности проходит периодыкризиса.

***Кризис*** – это состояние, которое возникает при угрозе удовлетворения фундаментальных потребностей («быть или не быть»). "Кризис" означает момент разбалансировки системы, потери равновесия между проблемами личности и ресурсами, существующими для их разрешения. Кризис возникает при невозможности (неспособно- сти) преодолеть экстремальные стрессы.

Наличие кризиса говорит о том, что семейная система переходит на качественно иной уровень, на котором требуются выработать но- вые модели поведения.

Условно все существующие кризисы семейной жизни рассматриваются как два варианта кризисов:

* **Кризисы развития -** это кризисы, предсказуемо возникающие в течение жизни и на разных стадиях развития семьи (рождение ребенка, вступление в брак, взросление детей ит.д.).
* **Кризисы ситуации**. Большинство кризисов попадают в эту категорию и являются непредсказуемыми стрессовыми факторами (потеря работы, развод, конфликты идр.).

В семейном кризисе можно выделить две потенциальные линии дальнейшего развития семьи:

* деструктивную, ведущую к нарушению семейных взаимоотношений и содержащую опасность для существованиясемьи.
* конструктивную, заключающую в себе потенциальную воз- можность перехода семьи на новый уровеньфункционирования.

Установлено, что в определенные периоды изменения цикла жизни семьи появляется тенденция к кризисам и конфликтам. С. Кратохвил относит к критическим периодам жизни семьи 4-6 и 17-25 годы обшей жизни. П. Босс называет их нормативными стрессорами, то есть трудностями, которые испытывает большинство семей. На начальном этапе развития семьи возникают трудности взаимного приспособления, трудности отношений с родственниками, а на следующих этапах – трудности организации быта и воспитания детей.

**Нормативные семейные кризисы:**

1. Принятие супружескихобязательств.
2. Освоение супругами родительскихролей.
3. Перераспределение обязанностей в семье в связи с поступлением ребенка в детский сад илишколу.
4. Перераспределение автономии и ответственности между родителями идетьми.
5. Пересмотр супружеских взаимоотношений.
6. Кризисодиночества.

Наряду с нормативными семейными кризисами выделяют ненормативные.

**Ненормативные семейные кризисы** чаще всего бывают связаны с такими событиями, как:

* развод,
* супружескаяизмена,
* изменение состава семьи, не связанное с рождениемребенка,
* усыновление приемныхдетей,
* невозможность совместного проживания супругов в силу раз- личныхпричин,
* подростковаябеременность,
* тяжелое хроническое заболевание члена семьи, в том числе наркомания, алкоголизм или другие патологические зависимости в семье,
* финансовыетрудности,
* другие стрессовыефакторы.

Психологи различают несколько степеней супружеского кризиса. ***Легкий кризис*** обычно начинается внезапно и также неожиданно прекращается. Повторных серьезных конфликтов, как правило, не бывает, стороны начинают вести себя более осторожно, осмотрительно. ***Кризис средней тяжести*** обычно продолжается от трех до шести месяцев. Посторонние могут его и не заметить: внешне он мало проявляется. Но это затишье перед бурей. ***Тяжелый семейный кризис*** не проходит в течение полугода, и тогда семья может перестать существовать.

***Первый кризисный период*** связан с изменением образа партнера, а именно, с понижением его психологического статуса. Если в начале семейной жизни он или она казались "самыми-самыми", то в ходе кризиса наступает момент, когда на первый план выступают недостатки близкого человека. Семейная жизнь, как маятник, в начале жизни отклонилась к положительному полюсу (позитивное преувеличение), а затем резко метнулась к полюсу отрицательному (негативноепреувеличение).

*Разрешение.* Конструктивно переживают кризисы семейной жизни пары, которые перестают критиковать друг друга, и переходят к среднему, сбалансированному состоянию, спокойно выделяя как достоинства, так и недостатки друг друга. При этом акцент в своих отношениях они делают именно на достоинствах.

***Второй кризисный период*** - это психологическая усталость друг от друга, тяготение к свежести и новизне в отношениях. Нередко этот период особенно остро переживаютмужчины.

*Разрешение.* Этот кризис семейной жизни менее болезненно переживают те семьи, в которых "ослабевает поводок" - обоюдно при- знаются условия для относительной свободы и самостоятельности друг друга, а также там, где оба начинают искать способы обновления своих отношений.

***Третий кризисный период*** - рождение ребенка. Обычно его тяжело переносят и мужчины и женщины. Но мужчинам достается много страданий в первый год после рождения ребенка, а женщине во второй. Мужчины часто говорят о том, что у них в первый год очень много страхов и тревоги за семью, жена теряет работоспособность и все финансовое бремя ответственности ложиться на мужчину, это очень напряженная ситуация. В этот момент женщина почти не способна оказывать мужу поддержку, она целиком посвящает себя ребенку. Второй год жизни ребенка очень сложен для жены. Она дол- го была дома, вся ее жизнь была расписанием кормлений. Вот тут у женщины возникают сомнения, а интересна ли она еще мужу, а стоит ли она еще чего-нибудь как специалист.

*Разрешение.* Обычно выживают те семьи, где муж и жена не прекращают разговаривать друг с другом. У мужа и жены в этот период очень разные задачи, и живут они, как говорится, "про разное", к тому же полностью поглощенные в своидела.

***Четвертый кризисный период -*** это возраст семьи - семь лет. Обычно кризис этого периода связывают со скукой в семейной жизни, но если задуматься, молодой семье еще не от чего скучать. Муж на вершине карьеры, жена продолжает профессиональный путь, ре- бенок стремительно растет и радует родителей ежедневными "новостями роста". Все дело в том, что в семь лет обычно в семье дети идут в школу. А что это значит? А значит это то, что молодой семье в первый раз придется показать миру, кого они вырастили. Это время первых экзаменов для ребенка, а ребенок - плодсоюза.

*Разрешение.* Так же помнить об идеализации/обесценивании. Наш ребенок, может, и не лучше чем у остальных, но уж точно - не хуже. Обычно мир хорошо принимает детей, главное чтоб родите- ли не создали дополнительногонапряжения.

***Пятый кризисный период -*** это кризис семейной жизни, когда ребенок превращается в подростка. Первый этап отделения ребенка от семьи, сначала это отделение только мнения. Для подростка появляются авторитеты помимо его родителей. Семьей этот период может восприниматься как развал семьи, для мужчины и женщины это нечто новое - ребенок приносит в дом еще какие-то мнения ивзгляды.

*Разрешение.* Как ни парадоксально, но семья будет крепнуть, если немного ослабит свои границы. Это прекрасный период, когда можно проверить семью на прочность того, что она не разрушается под воздействием нового. Нового, которое приносит в семью ребенок.

***кризисный период*** - это тот момент, когда семья опять становиться из двух человек, ведь дети выходят из дома. Обычно это самый сложный период для семьи. Множество пар расстаются, когда супругам по сорок лет. Это сложный период и для женщин, и для мужчин. Жизнь практически приходится перекраивать заново, искать в ней новые смыслы. Мужчины увлекаются молодыми женщинами в надежде еще раз пройти цикл от создания семьи до ухода детей, женщины часто уделяют больше внимания карьере. Отношения на этом этапе иногда понимаются как исчерпанные, миссия выполнена.

*Разрешение.* Обычно помогает чему-либо учиться заново, весе- литься.

***Седьмой кризисный период*** - в зрелом возрасте. Место предпочитаемых в молодости физических характеристик (сила, храбрость, красота) занимает мудрость и доброта. В межличностных отношениях доминирующими становятся социальные связи. Сохранение способности к зрелым и эмоционально насыщенным разнообразным формам восприятия жизни зависимо от умения преодолевать обеднение эффективности, связанное со смертью близких людей и обособлением детей. Столь же важно сохранение душевной гибкости, которая позволит человеку приобретать новые привычки и находить но- вые формы профессиональной активности, позволяющие избежать поведенческой стереотипии и ригидности, столь характерных для коммунистических «отцов нации».

***Восьмой кризис*** переживается во время старения. Он знаменует собой завершение предшествующего жизненного пути, а разрешение зависит от того, как этот путь был пройден. Достижение человеком цельности основывается на подведении им итогов своей прошлой жизни и осознании ее как единого целого, в котором уже ничего нельзя изменить. Если человек не может свести свои прошлые по- ступки в единое целое, он завершает свою жизнь в страхе перед смертью и в отчаянии от невозможности начать жизнь заново.

Периодизация развития семьи может быть и иной. В. Сатир выделяет следующие кризисные этапы семьи:

* ***Первый кризис***: зачатие, беременность и рождениеребенка..
* ***Второйкризис*:**началоосвоенияребенкомчеловеческойре-
* ***Третий кризис*:** ребенок налаживает отношения с внешней

средой, чаще всего это происходит в школе. В семью проникают эле- менты другого, школьного мира, нового как для родителей, так и для самих детей. Учителя обычно играют те же роли в воспитании, что и родители, и это в свою очередь требует адаптации, как со стороны детей, так и родителей.

* + ***Четвертый кризис*:** ребенок вступает в подростковыйвозраст.
	+ ***Пятыйкризис*:**ребенокстановитсявзрослымипокидаетдом

в поисках независимости и самостоятельности. Этот кризис часто ощущается родителями как потеря.

* + ***Шестой кризис:*** молодые люди женятся, и в семью входят невестки изятья.
	+ ***Седьмой кризис****:* наступление климакса в жизниженщины.
	+ ***Восьмой кризис****:* уменьшение сексуальной активности у мужчин. Это проблема не физиологическая, апсихологическая.
	+ ***Девятый кризис****:* родители становятся бабушками и дедуш- ками. На этом этапе их ждет много радостей ипроблем.
	+ ***Десятый кризис****:* умирает один из супругов, а потом ивторой.

***Стресс*** *–* широкое понятие, характеризующее состояние активации и напряжения организма, вызванное жизненной стимуляцией (неожиданное событие, угроза его возникновения, перемена обстановки, жизненного стереотипа и т.п.).

Стресс – неотъемлемая часть жизни, инструмент тренировки и повышения приспособительных потенций организма и личности. Его позитивное или негативное значение рассматривается с точки зрения возможности переносить подобные состояния, увеличивая или снижая способности к активной деятельности.

Стрессы, вызывающие ненормативные кризисы семьи, разделяют на сверхсильные и хронические. ***К сверхсильным стрессорам относят*:** смерть одного из супругов, родителя или ребенка; супружескую измену, резкое и кардинальное изменение в социальной ситуации развития семьи (изменение социального статуса, материального положения семьи), тяжелое хроническое заболевание кого-то из членовсемьи.

***Хронические стрессоры (длительные)*** действуют по принципу

«капля камень точит» и включают такие факторы, как неблагоприятные жилищные и материальные условия; высокая эмоциональная напряженность и значительные хронические нагрузки в профессиональной деятельности; чрезмерные бытовые нагрузки; нарушение межличностной коммуникации и длительно сохраняющаяся конфликтность как в супружеской, так и в детско-родительской подсистемах.

Стрессогенные жизненные события предлагается учитывать, оценивая их в «единицах жизненных перемен», что позволяет представлять стрессорную нагрузку за определенный период времени. Перечень подобных событий и их оценка представлен в таблице 1.

Таблица 1

**Причины стресса и усредненный показатель его напряженности**

|  |  |
| --- | --- |
| **События, пережитые за последние 12 месяцев** | **Оценка в «единицах жизненныхперемен»** |
| **А. НА УРОВНЕ АФФЕКТИВНЫХ СВЯЗЕЙ** |
| 1. Смерть супруга | 87 |
| 2. Брак или принятие предложения | 77 |
| 1. Смерть близкого родственника | 77 |
| 2. Развод | 76 |
| 3. Разделение имущества супругов | 74 |
| 4. Беременность (как фактор стресса для одного из супругов) | 68 |
| 5. Смерть близкого друга или подруги | 68 |
| 6. Разрыв прочной связи (или помолвки) | 60 |
| 7. Примирение супругов | 58 |
| 8. Трудности в сексуальном плане | 58 |
| 9. Значительные изменения в состоянии здоровья или поведенииодного из членов семьи | 56 |
| 10. Помолвка | 54 |
| 11. Изменения в отношениях (к лучшему или к худшему) с партне-ром или с партнершей | 50 |
| 12. Появление нового члена семьи (рождение ребенка, усыновле-ние, принятие пожилого человека на попечение) | 50 |
| 13. Неприятности в семье у партнера или у партнерши | 42 |
| 14. Изменение в привычках совместных визитов | 41 |
| 15. Поступление супруга на работу или его увольнение | 41 |
| 16. Значительные изменения во встречах с семьей (вчастоте кон-тактов с ней) | 26 |
|  |  |
| **Б. НА УРОВНЕ УЧЕБЫ** |
| 1. Поступление в техникум, университет, институт и т.п. | 50 |
| 2. Смена учебного заведения | 50 |
| 3. Трудности учебы (связанные с преподавателями, с администра-цией, с программой) | 44 |
| 4. Совмещение учебы с работой | 43 |
| 5. Изменение профориентации | 41 |
| 3. Существенные изменения в степени занятости учебными делами | 38 |
| **В. НА УРОВНЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЖИЗНИ** |
| 1. Потеря постоянной работы | 62 |
| 2. Изменение профессии или работы | 50 |
| 3. Существенное изменение в ответственности на работе (рост послужбе, понижение и т.п.) | 47 |
| 4. Значительные изменения в распорядке и условиях работы | 43 |
| 5. Неприятности с начальством | 40 |
| **Г. НА УРОВНЕ ЛИЧНЫХ УСТАНОВОК** |
| 1. Значительное изменение в восприятии и познании самого себя | 57 |
| 2. Изменение отношения к употреблению наркотиков (в благопри-ятную или неблагоприятную сторону) | 52 |
| 3. Серьезный конфликт или значительные изменения в областипризнаваемых ценностей | 50 |
| 4. Значительные изменения в понимании личной независимости иответственности | 49 |
| 5. Значительные изменения в потреблении алкоголя (благоприят- ные или неблагоприятные) | 45 |
| 3. Изменения личных привычек (друзей, одежды, манеры поведе-ния и т.п.) | 46 |
| 4. Значительные изменения в религиозной практике | 36 |
| **Д. НА УРОВНЕ ЗДОРОВЬЯ** |
| 1. Серьезная болезнь или травма | 65 |
| 2. Изменения в режиме сна (в его общей длительности или во вре-мя его начала и конца) | 34 |
| 3. Существенные изменения в еде (в количественном отношенииили во времени приемов пищи) | 30 |
| **Е. НА УРОВНЕ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ** |
| 1. Заем денег или отдача в залог имущества на индивидуально зна-чимую сумму | 52 |
| 2. Переезд на другую квартиру или изменения квартирных условий | 42 |
| 3. Личное достижение исключительного уровня | 40 |
| 4. Значительное изменение финансового положения (в лучшую илихудшую сторону) | 33 |
| 5. Обвинение в незначительном нарушении закона (превышениескорости, проезд на красный свет и т.п.) | 22 |
| **Ж. НА УРОВНЕ ДОСУГА** |
| 1. Значительные изменения участия в общественной жизни | 43 |
| 2. Значительные изменения в характере использования досуга | 37 |
| 3. Развлекательная поездка | 33 |

Стратегия преодоления стрессов складывается из прямого действия на источник угрозы, отдаления его от себя, переоценки степени его значимости или организации отвлекающего поведения, вытесняющего из зоны внимания угрожающий объект.

Результатом несостоятельности личностных ресурсов психологической защиты становится развитие хронизированного психосоциального расстройства, которое может иметь явное (открытое) и за- маскированное (закрытое) поведенческое выражение (табл. 2).

Таблица 2

**Примеры поведенческого выражения**

**состояний психосоциальной дезадаптации**

|  |  |
| --- | --- |
| **Явные, открытые варианты** | **Скрытые, замаскированные варианты дезадаптивного поведения** |
| 1. Депрессия | 1. Соматизация («замещение»восприятия и признания реальности конфликт- ной ситуации соматическими жалобами) |
| 2. Приступы паники | 2. Чрезмерное увлечение возможностями медицинского обслуживания (анализы,инструментальное обследование) |
| 3. Алкогольный или медикаментозный анамнез | 3. Несоответствие правилам приема лекарств и рекомендациям по сохранениюздоровья |
| 4. Сексуальная дисфункция | 4. Анамнез многочисленных хирургических вмешательств |
| 5. Развод (отделение) | 5. Хроническая боль |
| 6. Инцест | 6. Несостоятельность, банкротство в бизнесе |
| 7. Насилие по отношению к членам семьи | 7. Возврат к детским формам поведения |
| 8. Правонарушение | 8. Смена врачей |
| 9. Бегство из дома |  |
| 7. Проблемы поведения |
| 8. Несостоятельность по отношению к школьным заданиям |

Таким образом, складываются психогенные расстройства, которые становятся причиной формирования различных болезненных симптомов и состояний.

Поведение врача и медсестры при подобных расстройствах основывается как на знании их конкретных клинических проявлений, так и на понимании закономерностей развертывания психосоматических взаимосвязей, способствующих развитию соматических симптомов и заболеваний.

**Психологические аспекты работы с семьей.**

В ведении пациентов терапевтического профиля существуют устоявшиеся исторические традиции: важная роль отводится нервной системе и человеческой психике. Подход к больному на основе целостного понимания его организма должен учитывать и те сложные взаимовлияния, которые существуют между психическим состоянием человека и его болезнью.

Различные виды напряженности, конфликты могут привести к психосоматическим расстройствам и даже формированию так называемых психосоматических заболеваний. **Психосоматические болезни –** соматические заболевания, в генезе и динамике которых имеют значение психогенные факторы (кризисные ситуации, стрессы).

**К психосоматическим заболеваниям относят:**

1. гипертоническую болезнь; ишемическую болезнь сердца; бронхиальную астму;
2. язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; неспецифический язвенный колит;
3. сахарный диабет; гипертиреоз;
4. злокачественные новообразования;
5. кожные болезни (нейродермит, псориаз, крапивница и др.); ревматоидный артрит;
6. психоэндокринные расстройства, связанные с генеративным циклом женщин (синдром предменструального напряжения, депрессии беременных и даже гестозы, послеродовые депрессии, климактерический синдром, миома матки, рак молочной железы, инволюционная истерия и др.)
7. мигрень.

**Масштаб переживания болезни**

У больного создается модель заболевания, т.е. представление о ее этиопатогенезе, клинике, лечении и прогнозе, которая определяет ***масштаб переживаний*** и поведение в целом. Между истинным положением дел со здоровьем и «моделью болезни» больного часто нет знака равенства. Значение болезни в восприятии больного может как преувеличиваться, так и приуменьшаться вплоть до полного отрицания болезни кактаковой.

При адекватном типе реагирования *(****нормонозогнозия****)* больные правильно оценивают свое состояние и перспективы, их оценка совпадает с оценкой врача.

При ***гипернозогнозии*** больные склонны переоценивать значимость отдельных симптомов и болезни в целом, а при ***гипонозогнозии***

— склонны их недооценивать.

При ***диснозогнозии*** у больных наблюдается искажение восприятия и отрицание наличия болезни и ее симптомов с целью диссимуляции или из-за страха ее последствий.

***Анозогнозия*** *—* полное отрицание болезни как таковой; типична для больных с алкоголизмом и онкологическими заболеваниями.

**Задача врача и медсестры - коррекция модели болезни, коррекция**

**«масштаба переживаний».**

Существует множество классификаций типов личностной реакции больных на свое заболевание.

***Типы личностной реакции на заболевание (Якубов Б. А., 1982).***

**Содружественная реакция**. Эта реакция характерна для лиц с развитым интеллектом. Они с первых же дней заболевания становятся как бы «ассистентами» врача, демонстрируя не просто послушание, но и редкую пунктуальность, внимание, доброжелательность. Они безгранично доверяют своему лечащему врачу и признательны ему за помощь.

**Спокойная реакция**. Такая реакция характерна для лиц с устойчивыми эмоцинально-волевыми процессами. Они пунктуальны, адекватно реагируют на все указания врача, точно выполняют лечебно- оздоровительные мероприятия. Они не просто спокойны, а представляются даже «солидными» и «степенными», легко вступают в контакт с медицинским персоналом. Могут иногда не осознавать свою болезнь, что мешает врачу выявить влияние психики наболезнь.

**Неосознаваемая реакция**. Такая реакция, имея патологическую основу, выполняет в ряде случаев роль психологической защиты, и эту форму защиты не всегда следует устранять, особенно при тяжелых заболеваниях с неблагоприятным исходом.

**Следовая реакция.** Несмотря на то, что заболевание заканчивается благополучно, больные находятся во власти болезненных сомнений в ожидании рецидива заболевания. После болезни они астенизированы, угнетены, даже депрессивны, склонны к ипохондрическим реакциям, продолжают посещать лечебное учреждение и считают, что стали хроническими, неизлечимыми больными.

**Негативная реакция.** Больные находятся во власти предубеждений, тенденциозности. Они подозрительны, недоверчивы, с трудом вступают в контакт с лечащим врачом, не придают серьезного значения его указаниям и советам. У них часто возникает конфликт с медицинским персоналом. Несмотря на психическое здоровье, они демонстрируют подчас так называемую двойнуюориентировку.

**Паническая реакция.** Больные находятся во власти страха, легко внушаемы, часто непоследовательны, лечатся одновременно в разных лечебных учреждениях, как бы проверяя одного врача другим. Часто лечатся у знахарей, их действия неадекватны, ошибочны, характерна аффективная неустойчивость.

**Разрушительная реакция.** Больные ведут себя неадекватно, неосторожно, игнорируя все указания лечащего врача. Такие лица не желают менять привычный образ жизни, профессиональную на- грузку. Это сопровождается отказом от приема лекарств, от стационарного лечения. Последствия такой реакции бывают часто неблагоприятными.

Приведем примеры. Возвращение в строй ***больных, перенесших инфаркт миокарда,*** сопряжено с трудностями из-за возникновения вторичных переживаний страха, тревоги и депрессии, которые часто осложняются остаточными вегетативными симптомами, ипохондрическими настроениями. Из больницы такие больные стремятся домой, но дома не чувствуют себя в безопасности, страх, слабость и быстрая утомляемость заставляют их стремиться обратно в больницу.

Напряженность, споры вокруг них еще более затрудняют реабилитацию. Особенно много трудностей сопряжено с реабилитацией боль- ных, для поведения которых характерно полное отрицание факта заболевания, тех, кто не желает серьезно оценить свое состояние. Вследствие переживаний, страха и тревоги может возникнуть невроз, который приведет к стабилизации заболевания. Мучительно стремясь найти опору, больной тиранствует в своей семье. Таким путем индивидуальный невроз может превратиться в невроз семейный. Необходимо выработать совершенно новую тактику поведения, переоценить сложившуюся систему ценностей, намерений и действий.

Пациенту нужно отказаться от прежних жизненных целей, сформулировать и превратить во внутренние убеждения новые фор- мы поведения, преодолеть страх перед возможным повторением при- ступа, научиться вести себя свободно и раскованно, чтобы обойти стороной стрессовую ситуацию, то есть ему необходимо перестроить самого себя. Известны простые и эффективные средства: целесообразный режим, ограничение животных жиров, замена их растительным маслом, умеренная калорийность пищи и каждодневная физическая деятельность, прежде всего ходьба по ровной местности. Хорошо, если после лечения и реабилитации пациент возвращается на прежнее рабочее место, в прежний психологический климат, прежние взаимоотношения в быту и на производстве.

Роль семейной медсестры в обращении с такими больными, их семьей трудно переоценить. Семейная медсестра в подобной ситуации должна быть внимательна к больному, его жалобам, вселять уверенность в правильном лечении, а если больному предписан строгий постельный режим, вызывающий сильное беспокойство больного, вместе можно заменить его использованием гораздо более близкого к нормальной обстановке кресла.

Одной из важнейших проблем повседневной жизни является проблема ***артериальной гипертензии***. На различных этапах течения гипертонической болезни возникают различные проблемы: одно дело ранняя «функциональная» гипертония, и совсем другое – поздняя, стабилизировавшаяся, сопровождающаяся и иными изменениями и осложнениями. Разрешить проблему гипертензии путем психотерапии, конечно, нельзя, но частые занятия с больным, с его семьей имеют свое значение.

Первая задача – необходимо разъяснить пациенту, что истинным источником беды являются его волнение, напряженность, страхи опасения. Семейной сестре под руководством семейного врача целесообразно разъяснить больному необоснованности его боязни о безнадежности положения.

**Психология работы с хирургическими больными**

Психологическое равновесие после операции наряду со множеством других факторов зависит от того, насколько нарушена эта схема представлений, связанных у пациента со своим телом, и насколько личность способна принять новое положение, последствия операции (например, после ампутации конечности и пр.).

Во многих случаях больному необходимо серьезное самообладание, глубокое понимание, чтобы согласиться на операцию и сотрудничать с хирургом. В этом большую помощь могут оказать семейный врач и семейная медсестра.

После операции также нередки психологические и психопатологические проблемы. Операция даже при абсолютно здоровой нервной системе может оказать патологические психические воздействия. Интенсивное физическое вмешательство, иногда гипокалиемия, гипопротеинемия, обезвоживание, гипонатриемия и прочее могут вызывать адинамию, тяжелую усталость. Больной уходит в себя, занят только собой. При хорошей психологической подготовке больных, установлении хорошего контакта с ними, лечение проходит в благо- приятной атмосфере, несмотря на ограниченность подвижности, стесненность, поддержание определенного положения тела больного, вынужденной его изоляцией. Для предупреждения психиатрических осложнений необходимо после хирургического вмешательства побеседовать с больным, рассказать ему о результатах операции, попытаться рассеять его страхи и сомнения.

***Очень благоприятны следующие факторы:***

* хороший контакт врача, медсестры ибольного;
* склонность больного к словесному выражению переживаний страха и беспокойства, своихопасений;
* хорошие отношения больного с окружающими еголюдьми;
* благоприятные условия жизни, на которых не отражается факт проведения больномуоперации;
* способность больного легко приспосабливаться к новой обстановке;
* сильная зрелая личностьбольного.

В оперировании больных преклонного возраста требуется большая осторожность и осмотрительность. Так, при переломе шейки бедренной кости сама травма вызывает значительное эмоциональное потрясение. У стариков она может привести к нарушению мозгового кровообращения. Согласно статистике у 25% больных, оперированных в преклонном возрасте, после оперативного вмешательства наблюдаются различные осложнения: умственная деградация, церебральные нарушения. Эти осложнения возникают прежде всего на почве нарушений обмена веществ, токсических воздействий, расстройств кровообращения, могут появиться также депрессивные и параноидные состояния. Пребывание больных преклонного возраста в больнице должно быть как можно более коротким, родные должны часто навещать больного, создавать вокруг них хорошую, здоровую обстановку, применяя при необходимости психотропныепрепараты.

В случае пребывания пациента в послеоперационный период или в посттравматический, семейная медсестра должна доходчиво объяснить членам семьи методы ухода за больным, с соблюдением необходимых правил гигиены исанитарии.

**Психология работы с пациентами, страдающими кожными заболеваниями**

Легко бросающиеся в глаза болезни кожи привлекают внимание окружающих и, конечно, могут быть поводом обращения кврачу.

Умение семейной медсестры различать элементы, из которых складывается кожная сыпь, расспрос больного и членов его семьи поможет правильно оценить наблюдаемый патологический процесс. Во многих случаях клиническая картина, «написанная на коже» высыпанными элементами и характером их расположения, позволит по- ставить диагноз семейной медсестрой или семейным врачом, который сам начнет лечение или сочтет необходимым заболевание верифицировать дерматологом, дерматоонкологом, или направит на дообследование и лечение в специализированное лечебноеучреждение.

Кожа четко реагирует на эмоции (краснеет, бледнеет, покрывается пятнами и т.п.), словом, кожа у многих людей такой же точный барометр душевной жизни, как сердце у других или желудок у треть- их. Некоторые кожные заболевания – экзема, крапивница, чесотка, поредение и выпадение волос, шелушение кожи и перхоть – вызываются либо психическими причинами, либо сопровождаются ими; психические факторы ведут часто к обострению болезней.

Нередко кожные болезни ограничивают ощущения – они вызывают ощущение враждебности мира. Появляются возбудимость, раздражительность, нетерпеливость, брезгливость, проблемы с одеждой, апатия к праздникам, иногда снижение сексуального интереса, снижение работоспособности.

Больным, страдающим кожными заболеваниями, помимо специфического дерматологического лечения необходимо рекомендовать разрешать себе получать удовольствие от соприкосновения с природой. Весьма важное значение имеют диета и разумный образ жизни, лечебная физкультура, которые помогают в коррекции вегетативных нарушений.

**Психология работы с психическими больными**

На протяжении жизни различные события и стрессы могут повлиять на душевное состояние человека, истощая его ресурсы, а в некоторых случаях провоцируя расстройство психики. Ряд психических заболеваний имеет наследственно обусловленный характер, проявляясь с раннего детства или в молодом возрасте. Другие расстройства психики развиваются на фоне различных соматических, острых или хронических заболеваний, органических поражений или атрофии головного мозга в процессе старения. Однако конкретная этиология известна лишь у небольшого числа психических заболеваний и расстройств. Психические болезни качественно отличаются от любых иных, так как в их структуре тесно переплетаются общие закономерности болезненного процесса и сугубо индивидуальные особенности человека. Значение имеет уровень развития интеллекта, свойства памяти, эмоциональность. Не последнюю роль играют возрастные особенности психики. Даже склонности и интересы могут изменить клиническую картину душевной болезни. В любой, даже самой сложной психопатологической симптоматике можно усмотреть общечеловеческие переживания. Поэтому при работе с психиатрическими пациентами необходимо учитывать такие факторы, как религиозность, этнические и культурные особенности, условия быта, социальный статус, место и время беседы.

В отношении психиатрии в обществе сформировалось негативное предубеждение, поэтому пациенты и их родственники часто стыдятся заболевания, скрывают факт обращения к психиатру.

Часто окружающие, даже медицинские работники относятся к людям с психическими расстройствами неестественно: с излишним опасением (даже страхом), с подчеркнутой жалостью или снисходительностью. Такое отношение может затруднить процесс ухода за душевнобольным на всех его этапах и общение с ним.

Наилучшая помощь психическим больным оказывается тогда, когда их состояние воспринимается остальными только как болезнь. Это помогает больным сохранять самосознание, необходимое для их исцеления. Целостный подход охватывает личность, болезнь, профессию, семью, взаимоотношения и пр. Психически больной человек – это не только объект для ухода. Активно задействовать пациента в решении его проблем со здоровьем – главная задача ухаживающего персонала. В этом смысле уход за больным означает не только выяснение необходимых медицинских манипуляций, он означает намного больше: сопровождение, объяснение, побуждение к действию, вни- мание к проблемам больного.

Процесс ухода осуществляется поэтапно следующим образом: сбор информации, выявление проблем и ресурсов, определение целей ухода и оценка результатов. Оценка эффективности ухода основывается на результатах повторного сбора информации о состоянии пациента и дает возможность контроля и внесения необходимых поправок в процесс ухода.

Качественный уход возможен в случае партнерского взаимодействия между пациентом и ухаживающим персоналом, поэтому семейная медсестра должна владеть коммуникативными навыками, знанием медицинской психологии и определенными личностными качествами: уважением отдельного индивидуума, способностью к эмпатии (сопереживанию), выдержкой и др.

В общении с семьей больного следует помнить, что психическое расстройство одного из членов семьи оказывает существенное влияние на всех остальных и семью в целом. Это может быть эмоциональная реакция на стресс, связанный с неожиданным известием о болезни. Это может быть следствием длительного общения с психи- чески больным человеком, например, созависимость в семьях алкоголиков. Наконец, сама болезнь может быть порождением нездоровых внутрисемейных отношений. Так, при большинстве психическихрасстройств у детей и неврозов, причину нужно искать в семейных конфликтах. Таким образом, общение с семьей больного будет зависеть от характера его заболевания и особенностей самой семьи.

В дисфункциональных семьях акцент делается на внешнюю социальную поддержку и специализированную психотерапевтическую помощь. Членов семьи нужно проконсультировать, где и как можно ее получить. В относительно благополучных семьях следует привлечь к сотрудничеству всех членов. Необходимо рассказывать родственникам об особенностях протекания заболевания и его лечения, научить распознавать первые признаки ухудшения состояния. Специфика многих психических заболеваний заключается в том, что начальные их проявления и соответствующие изменения поведения расцениваются не как болезнь, а как лень, каприз или плохое настроение, воспитание, поэтому пытаются влиять на ситуацию переубеждением и перевоспитанием, что приводит лишь к обострению отклонений. Болезнь долго остается нераспознанной, и только резкое ухудшение состояния заставляет обратиться за медицинской помощью. Некоторые хронические заболевания требуют постоянного лечения (эпилепсия) или поддерживающей терапии в период ремиссии (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз). Родственники должны знать об особенностях приема лекарственных препаратов, о возможных побочных эффектах и способах их устранения. Довести до них эту информацию в доступной форме – задача врача общей практики и семейноймедсестры.

Чем более спокойной, теплой и доброжелательной будет обстановка в семье, тем меньше будет возникать проблем в общении с пациентом.

Следует учитывать, что резкое изменение мышления и сознания больного, затрагивающие его личность, могут нанести глубокую психологическую травму его родственникам. Родственникам необходима поддержка и внимание не меньше, чем пациенту.

**Психология работы с онкологическими больными**

Не только онкологам, но и врачам общей практики и семейным медсестрам часто приходится оказывать паллиативную помощь онкологическим больным, проводить лечение сопутствующих заболеваний. Отсутствие в штатах лечебных учреждений психологов, недостаточное количество психотерапевтов, низкая активность социальных работников обусловливают необходимость оказания первичной психологической помощи онкологическим больным и их семьям врачами первичного медико-санитарного звена.

Врач общей практики не всегда оценивает свое предназначение как специалиста, способного оказать психологическую помощь и поддержку людям в столь тяжелой психотравмирующей ситуации. Однако именно он продолжительное время сопровождает онкологического больного, именно на него падает тяжкий груз общения с отчаявшимися пациентами и с их иногда достаточно агрессивными родственниками. В большинстве случаев для практического врача самым трудным представляется не оказание медицинской помощи этой категории больных, а процесс общения с пациентом и его родственника- ми.

Эмоциональные реакции, связанные со смертью, могут быть индивидуальны. Однако существуют общие закономерности эмоционального переживания человеком горя и скорби, связанных с утратой. Это может быть утрата какой-либо функции организма, конечности или другой части тела близкого человека, и, наконец, самой жизни. Скорбь, горевание – это процесс, развернутый во времени и включающий несколько сменяющих друг друга стадий.

**Стадии горевания:**

1. Отрицание. Узнав правду, человек отвергает полученную информацию, как неприемлемую длясебя.
2. Реакция гнева. По мере осознания реальности появляется злость. Она может быть направлена на ухаживающий персонал, на семью, и проявляться в жалобах на плохой уход и отсутствие заботы.
3. Сделка или торг. Попытка любой ценой отдалить момент утраты.
4. Депрессия. Она наступает, когда человек полностью осознает неминуемую утрату и испытывает чувствогоря.
5. Принятие, смирение. Спокойное состояние, возникающее при условии возможности выразить все чувства, возникающие на предыдущихэтапах.

Эти стадии проходят как пациент, узнавший о своей неизлечимой болезни и близости смерти, так и семья такого пациента. Родным людям и семьям требуется различное количество времени для прохождения каждого этапа.

В период, когда пациент и его родственники переживают состояние агрессии, они обвиняют в возникновении заболевания едва ли не весь окружающий мир и могут позволить себе недоброжела- тельные высказывания по отношению к лечащему врачу. В связи с этим врачу очень важно воспринимать недоброжелательный тон или высказываемые ему замечания (зачастую необоснованные) с учетом того психологического состояния, в котором находятся пациент и его близкие. В таких ситуациях врачу не следует раздувать в себе «пожар» обиды на этих людей, не способных к справедливой, критической оценке его участия в диагностике заболевания или предыдущем лечении. Эмоции родственников, как правило, носят характер психологической защиты и обращены они не к врачу. Это своеобразная разрядка от переживаний за близкого человека. В таком случае необходимо вначале успокоить близких, а затем аргументировать свои действия, перечислить наиболее вероятные факторы, которые могли стать причиной развития заболевания (курение, продолжительное воздействие производственных вредностей, хронические воспали- тельные заболевания, иммунодепрессия идр.).

Проведение полноценной комплексной реабилитации пациента немыслимо без коррекции его психологического статуса, поскольку онкологическое заболевание (иногда даже пребывание в онкологической клинике с целью диагностики) может привести к развитию у больного невротического или депрессивного состояния, стать причиной психосоматической патологии, самоубийства. Поэтому в ходе обследования, лечения или в период реабилитации больного после радикального лечения необходимо контролировать его психологическое состояние и оказывать психотерапевтическую помощь (по возможности совместно с психотерапевтом). Не меньшее значение имеют рекомендации терапевта или врача общей практики, касающиеся рационального поведения членов семьи по отношению к больному.

В зависимости от особенностей личности пациенты по-разному относятся к процессу общения: стараются его избегать, поскольку ощущают жалость к себе, иногда брезгливость окружающих в связи с боязнью заразиться; другие понимают обременительность разговоров с ними и не хотят быть в тягость родственникам и врачам; в ряде случаев у них просто не хватает сил для общения (особенно после тяжелых, калечащих операций).

Облегчение пациенту может принести не только лекарство, но и правильная психологическая тактика в его сопровождении:

* 1. **Построение «пространстваобщения».**

Процесс общения выстраивается в трех планах: вербальном, невербальном (жесты, мимика), внутреннем (то, что подразумевается, вне зависимости от того, что проговаривается вслух). Как правило, пациент хочет знать не только диагноз, но и есть ли у него шанс по- правиться, какие методы лечения можно применить и вообще что еще можно сделать, чтобы изменить ситуацию. Если больной чувствует, что шансы на выздоровление минимальны, его интересует, сколько он еще можетпрожить.

Для врача это, безусловно, самые трудные вопросы. Чтобы обсуждать их с больным, нужны честность, такт и опыт. Больной часто обращает внимание не только на слова, которые говорит ему врач, но и на его мимику, жесты. Плотно сжатые губы, отведенный в сторону взгляд, мрачные интонации в голосе, которые могут быть обусловлены просто усталостью либо последствием разговора с другим пациентом или личными проблемами врача, иногда воспринимаются больным как смертельный приговор и резко нарушают контакт с врачом.

* 1. **Информирование пациента озаболевании.**

«Правдивость» у постели больного есть всеобщая тенденция. Это касается не только врачей занимающихся онкологическими больными, но и их родственников, обслуживающего персонала и священнослужителей. Мы стремимся сегодня к разъяснению больному его болезни. Оно должно, однако, проводиться осторожно, индивидуально и учитывать то, что больной действительно хочет знать. Предоставление пациенту ложноблагоприятного прогноза, «деонтологической легенды» не облегчает течение его болезни, поскольку не совпадает с реальной динамикой клиники заболевания. Полуправда или ложь дает больному лишь мнимую помощь, он «на собственной шкуре» ощущает физические изменения в организме и, испытав крушение надежды, вдвойне остро чувствует свое одиночество. Больной может даже понять, что терапия проводилась только для вида, а это усиливает его страх и чувствопокинутости.

Европейское совещание по правам пациента (Амстердам, 1994) приняло декларацию, которая определила право на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, включая медицинские факты, данные о возможном риске и преимуществах предлагаемых альтернативных методов лечения. Сообщение о диагнозе является необходимостьюидляврача. Соднойстороны,сокрытиедиагноза означает признание тотальной безнадежности и терапевтического бессилия. С другой стороны, как правило, при раннем обнаружении ракового заболевания иначе не добиться сотрудничества с пациентом в оперативном вмешательстве, радиотерапии и лечении цитостатиками. Относительно момента для сообщения диагноза все исследователи сходятся на том, что это не должно происходить в связи с первым же подозрением или первой консультацией.

* 1. **Тактика общения спациентом.**

Общение с пациентом должно начинаться с установления доверительных отношений, и только после этого можно проводить внушающее и убеждающее воздействие. Онкологические больные, как правило, немногословны, так как озабочены своим будущим, переработкой полученной информации и переоценкой жизненных ценностей. В отличие от психосоматических и невротических больных они очень ценят доброе отношение, ибо часто им уделяют меньше внимания как безнадежным или «неперспективным».

* 1. **Включение семьи в эмоциональную поддержкупациента.**

Психологическая помощь врача должна заключаться в правильной организации эмоциональной поддержки пациента с помощью семьи. В случае госпитализации больного такую роль иногда могут выполнять оптимистично настроенные пациенты, завершающие курс лечения (или лечившиеся с ним ранее, но сохранившие дружеские связи), своим примером и добрым словом нейтрализующие часть страхов больного. Надлежащая эмоциональная поддержка позволяет надеяться на положительный исход психотравмирующей ситуации.

Иногда в семье бытует представление о «заразности» онкологического заболевания. В связи с этим члены семьи невольно демонстрируют больному опасение заразиться, избегают физического кон- такта с ним. Это очень негативно влияет на него, может стать причиной отказа больного в постгоспитальном периоде от сексуальной жизни и вообще от контактов с людьми. Очевидна необходимость информирования родственников пациента о заболевании.

Последствия заболевания часто приводят к обострению всех от- ношений и противоречий в семье, иногда даже к ее разрушению. Кризисная ситуация, тяжелая болезнь близкого человека – индикаторы сплоченности семьи. Нередко в сложной, экстремальной ситуации проявляется социальная незрелость семьи, эгоизм отдельных ее членов, неадекватная реакция на болезнь. Их показателями являются степень поддержки своего близкого: регулярность посещений, помощь в повседневном уходе, сосредоточенность на потребностях пациента в большей степени, чем на потребностях остальных членов семьи.

Информацию о наличии у пациента онкологического заболевания можно сообщать только прямым родственникам. В тех случаях, когда с их стороны отсутствует поддержка больного, он сам прини- мает решение, кому и в какой форме ее сообщить.

Информацию о заболевании, его характере и вероятном прогнозе пациенту и его родным следует предоставлять практически одно- временно. Предварительное информирование родственников не оправдано, потому что оно достаточно часто приводит их в состояние аффекта, и они в этот период будут плохими помощниками для врача в психологической поддержке больного. Наоборот, их удрученный и расстроенный вид будет показывать больному, что от него что-то скрывают и прогноз у него плохой.

Весьма важным навыком врача является умение установить кон- такт с родственниками, поддержать их, включить их в обсуждение плана лечения, психологической реабилитации и ухода.

* 1. **Формирование новых жизненных смыслов у онкологическогобольного.**

В результате тяжелого заболевания у пациента нарушаются главные социальные связи (семейные, рабочие, досуг). Больной оказывается перед проблемой выбора ценностей, перспектив, стратегии и тактики поведения, с которыми он должен разобраться за короткий срок. Формирование новых личностных смыслов (новой системы ценностей, целей, потребностей) при онкологических заболеваниях происходит гораздо быстрее, чем при любых других, но очень болезненно. Нередко пациент к этому просто не готов и оказывается в пол- нойрастерянности.

Для улучшения качества жизни онкологического больного очень важно попытаться хотя бы частично восстановить социальные связи или компенсировать их другими. Если пациент до заболевания исполнял роль главы семьи, следует посоветовать родным не ограждать его от решения обыденных семейных проблем, а наоборот, чаще обращаться к нему за советами, даже в тех вопросах, которые можно было бы решить самостоятельно. В случае невозможности восстановления имевшихся ранее социальных связей необходимо переключить его на социально значимые цели, например передача жизненного опыта близким, общение с детьми и внуками, помощь им в учебе, занятия живописью, сочинение стихов, рукоделие, резьба по дереву, составление родословной для детей и внуков. Для больного важно максимально расширить его круг общения.

* 1. **Психологическая поддержка пациентов со стойкими дефектами.**

Особо следует выделить проблемы больных со стойкими дефектами, возникшими в результате лечения. Пациентам приходится пересмотреть свои социальные роли в связи с тем, что ярлык «ракового больного» часто вызывает чувство изоляции и отвержение знакомых и близких. Им необходима помощь в адаптации к жизни с новыми социальными ролями. Например, женщины, перенесшие мастэктомию, считают себя менее привлекательными; женщины, перенесшие рак половых органов, могут страдать от сексуальных расстройств. Однако супружеские пары, жившие в согласии до болезни, обычно справляются с возникающимитрудностями.

* 1. **Психологическая поддержка умирающего пациента и членов егосемьи.**

Врач обязан обеспечить не только диагностирование и лечение пациента, но и психологическую поддержку умирающему и членам его семьи. Для больного процесс умирания может быть связан со страхом смерти, чувством одиночества и вины, зависимости от членов семьи, потери достоинства из-за своей беспомощности. Часто для улучшения состояния пациента бывает достаточно внимательно его выслушать, выразить понимание его переживаний и проблем. При этом важно помнить, что любому пациенту необходим лучик надежды, не обязательно на исцеление, но хотя бы на ремиссию или несколько лишних дней жизни. Врач должен, насколько это возможно, обеспечить исполнение пожеланий пациента о месте смерти (дома либо в стационаре).

Все эти правила выполнимы только в случае безусловного принятия (умения принимать человека таким, какой он есть, со всеми его достоинствами и недостатками) врачом пациента и его родственников, истинно доброго, доверительного отношения к ним, соучастия, а не жалости. Врачу важно помнить, что само его присутствие у посте- ли тяжелобольного и умирающего может иметь успокаивающее и поддерживающее действие: «Помогают и те, кто лишь стоит и ждет». Именно немое взаимодействие, личная помощь даже в мелочах,

«простое» присутствие рядом, готовность оставаться партнеромдо конца существования этого партнерства ощущаются больным как наиболее ценные.

**Роль семейной медсестры в оказании помощи семье, где есть неизлечимо больной, очень велика.** Важно вникнуть в то, что родственники оказались в критической ситуации и нуждаются в поддержке не меньше, чем сам умирающий. Периодические визиты медицинского работника, его заинтересованность, участие, компетентные рекомендации по уходу за больным сами по себе уже носят поддерживающий характер.

Основные задачи семейной медсестры при работе с семьей, член которой находится на пороге смерти, заключаются в психологической поддержке умирающего, консультировании семьи по созданию условий для полного удовлетворения его потребностей; в обучении родственников приемам ухода и психологической подготовке семьи умирающего к неизбежной потере; в поддержке родственников в период утраты и горевания; в консультативной помощи по оформлению документов о смерти.

Оптимизм персонала, их вера в лечение также имеют очень важное значение. Даже при тяжелых состояниях можно достигнуть того, что больной сумеет приспособиться к новому состоянию.

Таким образом, работа с онкологическими больны- ми предполагает знание врачом общей практики и семейной медицинской сестрой социально-психологических предикторов развития онкопатологии, стадий личностного реагирования на онкологическое заболевание, индивидуально-психологических особенностей пациентов и механизмов психологической защиты, которые используют онкологическиебольные.

**Понятие о семейной терапии.**

**Инвалидность: понятие, порядок и условия оформления.**

На основе анализа комплексной медико-социальной характеристики семьи и с учетом Концепции общей врачебной практики (семейной медицины) разрабатываются формы и методы работы врача общей практики/семейной медсестры с семьей или основы семейной терапии.

**Семейная терапия** – это приемы, формы и методы диагностики, лечения, профилактики и реабилитации на уровне семьи с учетом медико-социальной характеристики семьи и вида патологии.

**Ведущие принципы семейной терапии*:*** всестороннее знание семьи; высокий профессионализм ВОП/СМ; взаимосвязь служб первичной медико-санитарной и социальной помощи на уровне семьи.

**Формы и методы работы врача общей практики/семейной медсестры** с семьей схематично включают в себя: рекомендации семье, обсуждение с семьей …, обучение семьи, контроль за семьей.

В зависимости от места и времени врачебные действия осуществляются на приеме, на дому, при госпитализации члена семьи, при выписке из стационара, при наступлении важных семейных событий (брак, роды, регистрация ребенка, поступление в школу и др.).

В сферу ответственности семьи за эффективность представляемой ей медико-социальной помощи входит выполнение ею медицинской функции. **Медицинская функция семьи** – это комплекс мер и действий членов семьи, направленных на поддержание здоровья. Она включает в себя: точное и своевременное выполнение рекомендаций медицинского персонала по лечению, профилактике и реабилитации больного члена, создание необходимых условий членам семьи в связи с их потребностью по состоянию здоровья, соблюдение требований здорового образа жизни, оптимальное выполнение обязательных функций, осознание роли и ответственности семьи за здоровье своих членов. Выполнение этих обязанностей выводит семью в ранг помощника врача общей практики и медперсонала вцелом.

Оценка деятельности врача общей практики/семейной медсестры учитывает три основных критерия: уровень здоровья семьи, качество работы ВОП/СМ и мнение семьи о работеВОП/СМ.

Оценка здоровья семьи зависит также от того, на какой стадии развития находится семья. На каждой стадии развития семьи из суммы факторов здоровья выделяется один доминирующий фактор в оценке здоровья семьи. Так, на первой стадии здоровье семьи определяет *готовность будущих супругов к созданию семьи* (состояние здоровья, социальная зрелость, наличие жилищных и материальных условий). На второй стадии здоровье семьи определяет*рождение ребенка* (здоровое зачатие, нормальное течение беременности, здоровье беременной, роды, здоровье новорожденного). На третьей стадии здоровье семьи определяет *здоровье детей и родителей* (здоровье детей при рождении, здоровье женщины-матери после родов, гармоничное развитие детей, здоровый образ жизни семьи). На четвертой стадии здоровье семьи определяет *здоровье пожилых.*

Семейная консультация и семейная терапия представляют собой весьма многообещающие подходы в лечении психосоматических заболеваний. Медработник, общаясь с семьей, решает вопросы отношения к проблемам здоровья, болезни, лечения и профилактики. Медик должен помочь семье не только приспособиться к уходу за больным и его лечению, но и активно направлять и корректировать реабилитацию, как физическую, так и психологическую.

Особое значение имеет работа с пожилыми людьми, которые гораздо чаще болеют и нуждаются в большей заботе. При этом надо донести до близких информацию о состоянии пожилого пациента и возможном течении болезни и быть снисходительными к капризам пациента, учитывая его возраст.

Медработник должен помочь членам семьи не закрывать глаза на болезнь, а объяснить роль каждого в сложившейся ситуации, ответить на все интересующие вопросы. Необходимо убедить семью быть более терпимым кбольному.

Обеспечение помощи семье, где есть больной человек, необходимо начинать именно с установления доверительных отношений и эмпатии, то есть оказывать эмоциональную поддержку. Эмоциональная поддержка для пациента - это принятие его родственниками, сослуживцами, медицинским персоналом, признание его личностной, человеческой ценности и значимости независимо от того, какими качествами он обладает, болен он, или здоров; пациент принимается та- ким, каков он есть, несмотря на то, что он может отличаться от других. Также необходимо помочь пациенту и его близким поверить в положительный исход болезни, ведь из веры возникает реальность.

Полезно заставить членов семьи задуматься над тем, как влияет болезнь на каждого из близких; как говорить друг с другом о болезни; каким образом придется изменить свою жизнь; как сложиться жизнь, когда больному станет лучше и какой помощи ждет семья от медработника.

В работе с семьей нужно учитывать влияние больного члена семьи на всю семью, а также меру воздействия семейного окружения на больного. При заболевании одного члена семьи, медработник, работающий с этой семьей, обязан следить за состоянием здоровья и жизнедеятельностью всей семьи. Он наблюдает, как семья влияет на про- явления заболевания. Это один из главных принципов семейной медицины: заболевание рассматривается не само по себе, а в связи с функцией всей семьи.

Необходимо всегда интересоваться отношением к больному других членов семьи, близкими родственниками больного, их занятиями, работой, учебой, даже при их отсутствии во время визита. По тому, как пациент описывает свое состояние, нужно оценивать отношение других членов семьи к его болезни, определять, собираются ли они помочь больному и что они думают о причинах болезни.

Больной человек, оставаясь наедине со своими проблемами, чувствует себя совершенно отъединенным. Надо дать понять пациенту, что он не одинок в своем горе. Необходимо дать совет близким, как можно больше уделять больному внимания и заботы. Помочь больному психологически преодолеть свой недуг можно также, предложив ему увлекательное занятие.

**Семья - служит основным источником социальной поддержки пациента**. Выделяют 3 группы критериев социальной поддержки:

* чувства (ощущение любви,уважения);
* подтверждение (ободрение того, как справляется со своей ситуацией пациент);
* помощь (деньгами, информацией, советом,временем).

**5. Медико-социальная помощь семье.**

Часто семья оказывается в ситуациях, когда ей необходима по- мощь государства, в связи с этим в России имеются органы, оказывающие медико-социальную помощь.

**Медико-социальная помощь представляет собой комплекс проводимых на государственном и муниципальном уровнях интегрированных мероприятий: медицинских, социальных, психологических, юридических, педагогических, направленных на укрепление социальной защищенности населения, особенно наиболее уязвимых его слоев.** Это межсекторальная сфера деятельности.

***Государственную социальную помощь*** можно понимать, как в широком, так и в узком смысле. В широком смысле под ней пони- маются все денежные выплаты определённым категориям граждан, которые в настоящее время наиболее нуждаются в ней. Сюда входят все социальные пособия и другие выплаты, установленные законодательством Российской Федерации. В узком смысле определение государственной социальной помощи непосредственно содержитсявФедеральномзаконе―Огосударственнойсоциальной помощи‖. Под ней подразумеваются определённые денежные выплаты (пособия, субсидии, компенсации), а также предоставление жизненно необходимых товаров определённому кругу лиц, а именно малоимущим семьям и малоимущим одиноко проживающим гражданам.

***Медико-социальная помощь оказывается*** в учреждениях здравоохранения, социальной защиты населения, а также в других учреждениях независимо от организационно-правовых форм деятельности.

В Федеральном законе РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" глава 4 полностью посвящена ***правам граждан на медико-социальную помощь***: граждане при заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях имеют право на медико-социальную помощь, которая включает в себя профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами.

Особое внимание уделяется организации и оказанию **медико- социальной помощи пациентам пожилого и старческого возраста.** Разработана и модернизируется в различных регионах страны Федеральнаяцелеваяпрограмма―Старшеепоколение‖,принятаяпо-становлением Правительства России № 70 от 29 января 2002 г, кото- раяпредусматривает:

* + создание широкой сети гериатрических больниц, больниц сестринского ухода, геронтологических и геронто-психиатрических центров, хосписов, домов-интернатов малой вместимости, отделений милосердия, домов ночного пребывания и другихучреждений;
	+ организацию и развитие отделений медико-социальной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях, специализированных гериатрических отделений на базе многопрофильныхбольниц;
	+ решение вопросов рационального питания лиц старших возрастных групп, выполнение ряда других, принципиально важных за- дач по улучшению положения пожилого населениястраны.

Социальное обслуживание осуществляется через систему социальных служб.

Понятие ***«социальная служба»*** определяется как система государственных и негосударственных структур, осуществляющих социальную работу и имеющих в своем составе специальные учреждения для оказания социальных услуг и органы управления ими.

Социальная служба, как инструмент социальной работы организует свою деятельность по двум направлениям: социальная защита и социальная помощь. Реализация деятельности социальных служб основывается на следующих подходах:

* + помощь должна носить реинтегрирующийхарактер;
	+ при оказании помощи осуществляют индивидуальный подход к запросуклиента;
	+ социальная помощь оказывается на основе принципа субсидарности;
	+ получатель помощи должен проявлять деятельностную активность;
	+ механизмы социальной помощи «включаются» тогда, когда исчерпаны иные способы поддержки (психологические, моральные, договорные,законодательные).

Система социальных служб включает государственную, муниципальную и негосударственную службы. К муниципальной социальной службе относятся учреждения и предприятия социального обслуживания, органы местного самообслуживания, в компетенцию которых входит организация и осуществление социального обслуживания. К негосударственной социальной службе относятся учреждения и предприятия социального обслуживания, создаваемые благотвори- тельными, общественными, религиозными и другими негосударственными организациями и частнымилицами.

**Одними из основных функций социальной службы являются:**

* + ***Функциясоциальнойпомощи***,котораявключает:выявление,

учет семей и отдельных лиц, наиболее нуждающихся в социальной поддержке (малообеспеченных граждан, семей с несовершеннолетними детьми и другими нетрудоспособными членами), оказание материальной (финансовой, натуральной) помощи и предоставление нуждающимся временного жилья и т.п.; профилактика бедности: создание семьям условий для самостоятельного обеспечения своего благополучия, семейного предпринимательства; надомные услуги нуждающимся в постороннем уходе (доставка продуктов, лекарств, транспортировка на лечение, наблюдение на дому за состоянием здоровья и т.д.); содействие развитию нетрадиционных форм дошкольного, школьного и внешкольного воспитания; организация временноговынужденногопребыванияребенкавнеродительскойсемьи,его дальнейшее устройство в детское учреждение, под опеку (попечительство), усыновление.

* + ***Функция консультирования*** включает: консультирование специалистов (юристов, социологов, педагогов, врачей, психологов и т.д.); участие в подготовке молодежи к выбору профессии; подготовку юношей и девушек к браку и сознательному родительству; родиельский медико-психологическийвсеобуч.
	+ ***Функция социального корректирования и реабилитации*** включает: социальную медико-психологическую реабилитацию несовершеннолетних с отклоняющимся поведением, безнадзорных детей и подростков, детей, оставшихся без попечения родителей; медико – социальную реабилитацию и реабилитацию детей и подростков с ограниченными возможностями и семей, их воспитывающих; функцию информирования населения, в рамках которой выделяются три на- правления - предоставление клиенту информации, необходимой для разрешения сложной жизненной ситуации; - распространение среди населения медико-психологических, педагогических и иныхзнаний.
	+ ***Функция участия в реализации чрезвычайных мер*** по преодолению последствий стихийных бедствий и социальных конфликтов: участие специалистов социальной службы в разработке чрезвычайных программ; формирование в рамках спасательных служб, организуемых на центральном и других уровнях, бригад социальных работников ит.д.

Таким образом, социальное обслуживание представляет собой деятельность социальных служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации. Сегодня значительная часть центров социального обслуживания – это многопрофильные учреждения, способные представить престарелым и инвалидам разнообразные по видам и формам услуги, включая социально-медицинские, социально- бытовые и торговые. Помощь в этих учреждениях оказывают социальные работники, психологи, юристы и др.

***Социальный работник*** занимается оказанием помощи и поддержки определенным незащищенным и слабозащищенным слоям населения: пенсионерам, одиноким старикам, инвалидам, беженцам, детям из неблагополучных семей, детям-сиротам, отказникам и тем, над кем оформлена опека или усыновление, лицам, испытывающим трудности с трудоустройством, получившим производственные трав- мы и т.д. Роль социального работника заключается в том, чтобы улучшить материально-бытовые условия жизни вверенных ему граждан, обеспечить их социально-правовую защиту.

***К видам деятельности социального работника относится:***

* отслеживание и выявление круга лиц, нуждающихся в помощи, наблюдении или консультировании;
* проведение приемов, бесед, консультаций;
* осуществление регулярных выездов на места нахождения подопечных, наблюдение за их жизнью и бытовыми условиями;
* определение степени и характер собственного вмешательства в проблему;
* занятие координированием и курированием деятельности ряда социальных структур (обращается в медицинские учреждения, органы правопорядка и т.д.);
* покупка продуктов питания, медикаментов, товаров повседневного спроса;
* при необходимости оказание посильной медицинской помощи; добиваться назначения льгот.

С целью облегчения получения льгот вводятся ***социальные карты***. Социальная карта - многофункциональная именная пластиковая карта, которая выдается получателю социальной поддержки, зарегистрированному в региональном регистре социальных карт. Региональный регистр социальных карт (регистр карт) информационный, содержащий информацию о выданных социальных картах, персональную информацию о держателях социальных карт и их правах на социальную поддержку, перечень видов и кодов социальной поддержки, а также информацию, необходимую для взаимодействия участников региональной системы социальныхкарт.

На социальной карте располагаются следующие обязательные приложения:

* + Идентификационное приложение, включающее: идентификационные данные социальной карты, содержащие номер и серию социальной карты; персональные данные держателя социальнойкарты.
	+ Социальное приложение, включающее: реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность держателя социальной карты; страховой номер индивидуального лицевого счета в системе персонифицированного учета Пенсионного фонда Российской Федерации; серию и номер полиса обязательного медицинского страхования; социальный идентификационный номер; код льготы получателя; информацию о форме (натуральная/денежная) социальной поддержки; виды социальной поддержки и сроки действия предоставляемых видов социальнойподдержки.
	+ Служебное приложение, включающее служебные данные изготовителя социальнойкарты.
	+ Социальная карта может содержать следующие дополнительные приложения: банковские приложения; приложения, связанные с обеспечением необходимыми лекарственными средствами; транс- портные приложения, связанные с предоставлением социальных ус- луг при проезде на всех видах городского пассажирского транспорта общего пользования (кроме такси, маршрутного такси), на автомобильном транспорте общего пользования на пригородных маршрутах (кроме такси, маршрутного такси), на железнодорожном транспорте пригородного сообщения, в метрополитене; иные приложения (платежные, идентификационные, медицинские и т.д.), непосредственно не связанные с предоставлением и учетом социальнойподдержки.

Законодательные акты устанавливают определенные социальные льготы и определяют категории населения, на которые распространяются льготы. Приведем категории граждан, имеющих право на льготы: инвалиды, участники Великой Отечественной войны и других боевых действий, члены их семей, ветераны труда, граждане, награжденные государственными наградами, граждане, подвергшиеся воздействию радиации, бывшие несовершеннолетние узники фашизма, реабилитированные граждане и их родственники, многодетные семьи, дети. Кроме перечисленных категорий граждан, право на получение льгот имеют военнослужащие, судьи, прокуроры, следователи, сотрудники органов ФСБ, таможни, налоговой полиции, милиции и другие.

В оказании социальной помощи участвуют также негосударственные общественные организации, к одним из крупнейших относятся - Комитет Красного Креста и Служба Милосердия, Общество инвалидов, ветеранские организации. Основные направления деятельности Красного Креста: оказание бесплатной адресной медико- социальной помощи и психосоциальная поддержка уязвимым слоям населения и осуществление ухода за одинокими пожилыми людьми, инвалидами, больными с различными заболеваниями, в том числе, за больными туберкулезом и ВИЧ-инфицированными на дому, в комнатах (центрах) медико-социальной помощи и палатах (отделениях) сестринского ухода; выполнение государственного социального заказа по реализации региональных целевых программ по охране здоровья и социальной поддержки населения РФ; предоставление образовательных услуг населению по программам: «Основы ухода в домашних условиях», «Первая помощь»; организация работы по санитарному просвещению; «Ведение здорового образа жизни и профилактика заболеваний».

**ИНВАЛИДНОСТЬ: ПОНЯТИЕ, ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОФОРМЛЕНИЯ**

**Инвалид** - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость социальной защиты.

Это легальное и наиболее общее определение понятия «инвалид» представлено в Федеральном законе «О социальной защите инвалидов» от 24.11.1995 г. в редакции от 01.03.2008 г. Детализация этого понятия представлена также в других законодательных актах, таких, как закон РФ «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» от 15.05.1991 г. в редакции от 01.03.2008 г., Федеральный за- кон «О ветеранах» от 12.01.1995 г. в редакции от 01.03.2008 г. и др.

**Ограничение жизнедеятельности** - полная или частичная утра- та лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать своѐ поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливают группу инвалидности. Признание лица инвалидом осу- ществляет федеральное учреждение медико-социальной экспертизы (органы службы медико-социальной экспертизы).

**Медико-социальная экспертиза** - определение в установлен- ном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты (включая реабилитацию) на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Медико-социальную экспертизу проводят, исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико- функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица.

**Порядок и условия признания лица инвалидом**

Порядок и условия признания лица инвалидом регламентируют- ся постановлением Правительства «О порядке и условиях признания лица инвалидом» РФ от 20.02.2006 г.

Для признания лица инвалидом необходимо наличие всех ниже- перечисленных условий:

* нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленного заболеваниями;
* ограничения жизнедеятельности;
* необходимости в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

**К основным видам нарушений функций организма человека относят:**

* нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторныхфункций);
* нарушения языковых и речевых функций: нарушения устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия) и письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи, нарушения голосообразования и другие изменения подобногохарактера);
* нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);
* нарушения статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений);
* нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета;
* нарушения, обусловленные физическим уродством (приводя- щие к внешнему уродству, деформации лица, головы, туловища, конечностей; аномальные отверстия в пищеварительной, мочевыделительной, дыхательной системах; нарушение размеровтела).

В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности, обусловленного стойким расстройством функций организма, возникшего в результате заболеваний, лицу, признанному инвалидом, устанавливают I, II или III группу инвалидности.

При установлении лицу группы инвалидности одновременно определяют степень ограничения его способности к трудовой деятельности (III, II или I степень ограничения) либо группу инвалидности устанавливают без ограничения способности к трудовой деятельности.

Инвалидность I группы устанавливают на 2 года, II и III групп - на 1 год. Для подтверждения или изменения группы инвалидности необходимо переосвидетельствование через 2 или 1 год.

Степень ограничения способности к трудовой деятельности (отсутствие ограничения способности к трудовой деятельности) устанавливают на такой же срок, что и группу инвалидности.

**Кто направляет пациента для прохождения медико-социальной экспертизы?**

Направить на медико-социальную экспертизу могут:

* лечебно-профилактическоеучреждение;
* орган, осуществляющий пенсионное обеспечение (в основном это территориальный орган Пенсионного фондаРФ);
* орган социальной защитынаселения.

Следует обратить внимание, что направление лица на медико- социальную экспертизу органами, осуществляется только при наличии у него медицинских документов, подтверждающих нарушения функций организма вследствие заболеваний.

**Для прохождения медико-социальной экспертизы необходим следующий пакет документов:**

* направление на медико-социальную экспертизу, выданное лечебно профилактическим учреждением. В данном направлении должны быть указаны данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органон и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведѐнных реабилитационныхмероприятий;
* заявление лица, направленного на прохождение медико- социальной экспертизы, или заявление его законного представителя. Заявление подают на имя руководителяучреждения;
* медицинские документы, подтверждающие нарушение здоровья (выписной эпикриз, результаты инструментальных исследований идр.).

**В какие органы нужно обратиться для прохождения медико- социальной экспертизы?**

Медико-социальную экспертизу проводят органы службы медико-социальной экспертизы. Как правило, экспертизу проводятв.бюропоместужительствапациента.Однаковслучаях,требующихспециальныхилиособосложныхвидовобследования,еѐмогутпроводитьвГлавномбюроилиФедеральномбюро.Направлениедляэтоговыдаѐтсоответственно бюро медико-социальной экспертизы поместужительства больного или Главное бюромедико-социальнойэкспертизы.Следует обратить внимание на тот факт,чтомедико-социальнуюэкспертизуможнопроводитьнадомувслучае,еслипациентнеможет явиться в соответствующее бюро по состояниюздоровья.Этодолжно быть подтвержденозаявлениемлечебно-профилактическогоучреждения,илиможетбытьрешенозаочнобюро(Главнымбюро, Федеральным бюро).

**Как оформляется решение органов медико-социальной экспертизы?**

Решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимает простое большинство голосов специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, на основе обсуждения результатов этой экспертизы. Данные медико- социальной экспертизы лица и решение проводивших еѐ специалистов заносят в протокол заседания и в акт освидетельствования лица, которые подписывают руководитель учреждения и специалисты, принимавшие решение, и заверяют печатью учреждения. Заключение консультанта, привлекаемого к проведению медико-социальной экспертизы, перечень документов и основные сведения, послужившие основанием для принятия экспертного решения, заносят в акт освидетельствования или приобщают к нему.

Решение объявляют лицу, проходившему экспертизу (или его законному представителю), в присутствии всех специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, которые в случае необходимости дают по нему разъяснения.

Лицу, признанному инвалидом, выдают:

* справку, подтверждающую факт установления инвалидности, с указанием группы инвалидности и степени ограничения способности к трудовой деятельности либо с указанием группы инвалидности без ограничения способности к трудовойдеятельности;
* индивидуальную программуреабилитации.

Лицу, не признанному инвалидом, по его желанию выдают справку о результатах освидетельствования.

Решения органов службы медико-социальной экспертизыобязательны для всех организаций вне зависимости от форм собственности, например, для отделений Пенсионного фонда, органов социальной защиты населения, органов государственной власти.

**Куда и в какие сроки можно обратиться с обжалованием решения бюро медико-социальной экспертизы?**

В случае несогласия с экспертным решением бюро медико- социальной экспертизы больной или его законный представитель может обжаловать его на основании письменного заявления. Заявление подают в учреждение, проводившее освидетельствование, или Главное бюро медико-социальной экспертизы.

Бюро медико-социальной экспертизы, проводившее освидетельствование,втрѐхдневныйсроксодняполучениязаявлениянаправляет это заявление со всеми имеющимися документами в Главное бюро медико-социальнойэкспертизы.

Главное бюро медико-социальной экспертизы не позднее месяца со дня поступления заявления проводит медико-социальную экспертизу лица и на основании полученных результатов выносит решение.

В случае обжалования гражданином решения Главного бюро главный эксперт по медико-социальной экспертизе по соответствующему субъекту Российской Федерации с согласия гражданина может поручить проведение его медико-социальной экспертизы другому составу специалистов Главного бюро.

Решение Главного бюро может быть обжаловано в месячный срок в Федеральное бюро на основании заявления, подаваемого гражданином (его законным представителем) в Главное бюро, проводившее медико-социальную экспертизу, либо в Федеральное бюро.

Федеральное бюро не позднее одного месяца со дня поступлении заявления проводит медико-социальную экспертизу гражданина и ни основании полученных результатов выносит соответствующее решение.

Решения бюро, Главного бюро, Федерального бюро могут быть обжалованы в суде гражданином (его законным представителем) и порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

**Как проводят переосвидетельствование инвалида?**

Переосвидетельствование инвалида проводят в том же порядке, и каком устанавливают инвалидность. Переосвидетельствование инвалидов I группы проводят 1 раз в 2 года, инвалидов II и III групп - 1 раз в год. Переосвидетельствование гражданина, инвалидность кото- ромуустановленабезуказаниясрокапереосвидетельствования,может проводиться по его личному заявлению (заявлению его законного представителя), либо по направлению лечебно-профилактического учреждения в связи с изменением состояния здоровья, либо при осу- ществлении Главным или Федеральным бюро контроля над решениями, принятыми соответственно бюро или Главным бюро.

Пройти переосвидетельствование можно заранее, но не более чем за два месяца до истечения установленного срока инвалидности. В этом случае заявление должно быть подано лично инвалидом или его законным представителем. Кроме этого, лечебно- профилактическое учреждение в связи с изменением состояния здоровья может выдать направление на прохождение переосвидетельствования ранее установленного срока.

При неявке инвалида в назначенный срок на переосвидетельствование в орган службы медико-социальной экспертизы будут приостановлены пенсионные выплаты на три месяца, начиная с 1 числа месяца, следующего за месяцем, в котором истѐк указанный срок.

Если при переосвидетельствовании в органе службы медико- социальной экспертизы будет подтверждена инвалидность гражданина до истечения вышеуказанного трехмесячного срока, выплата пен- сии по инвалидности возобновляется со дня, с которого это лицо вновь признано инвалидом. Если же инвалид запоздал с переосвидетельствованием по уважительной причине и ему установлена группа инвалидности, равноценная прежней за прошедшее время, то выплата пенсии по инвалидности возобновляется со дня, с которого лицо вновь фактически признано инвалидом, в том числе за пропущенный срок. При этом не имеет значения длительность периода, прошедшего после приостановления выплаты трудовой пенсии. Если при переосвидетельствовании установлена другая степень ограничения способ- ности к трудовой деятельности (выше или ниже), то выплата пенсии за пропущенное время возобновляется по прежней степени ограничения способности к трудовой деятельности. Решения о возобновлении выплаты пенсии принимает территориальный орган Пенсионного фонда автоматически после получения из территориального органа службы медико-социальной экспертизы выписки из акта переосвидетельствованияинвалида.

**Этика и деонтология в общей врачебной (семейной) практике.**

Медицинская деонтология (греч. deon, deontos - должное, над- лежащее + logos - учение) – это совокупность нравственных норм профессионального поведения медицинских работников.

Впервые понятие «деонтология» появилось в XVIII в. Этот тер- мин предложил английский философ и правовед, священник И.Бентам. В отечественную медицину термин «деонтология» (учение о должном поведении медиков, способствующем созданию наиболее благоприятной обстановки для выздоровления больного) ввел вы- дающийся хирург Н.Н.Петров, распространив принципы деонтологии на деятельность медицинских сестер.

Медицинская этика - это наука о нравственных началах в деятельности медиков. Предметом ее исследования является психоэмо- циональная сторона деятельности медиков.

Понятия «медицинская деонтология» и «медицинская этика» не тождественны. Медицинская этика - это раздел философской дисциплины этики, объектом исследования которого являются морально- нравственные аспекты медицины. Деонтология — учение о пробле- мах морали и нравственности, раздел этики.

Медицинская деонтология обобщает комплекс этических правил, норм, принципов, которыми руководствуется врач; совокупность соответствующих профессиональных, морально-этических и правовых принципов и правил, составляющих понятие врачебного долга.

История развития биоэтики – это история создания универсальной системы биоэтических принципов. **К числу базисных принципов биомедицинской этики относятся:**

а) милосердие (благодеяние);

 б) автономия;

в) справедливость, непричинение вреда;

г) полнота медицинской помощи.

Моральная ответственность медицинского работника подразумевает соблюдение им всех принципов медицинской этики.

Принципы непричинения вреда, благодеяния и справедливости вытекают из клятвы Гиппократа и соответствующим образом нацеливают медицинского работника. Непричинение вреда, ущерба здоровью пациента - есть первейшая обязанность каждого медицинского работника. Пренебрежение этой обязанностью в зависимости от сте- пени ущерба здоровью больного может стать основанием для при- влечения медицинского работника к судебной ответственности.

У всех народов всегда огромное значение имел и имеет принцип сохранения медицинской тайны. **Под врачебной тайной** понимают не подлежащие огласке сведения о болезни, интимной и семейной сторонах жизни больного, полученные от него самого или выявлен- ные в процессе его обследования и лечения. Не подлежат огласке также сведения о физических недостатках, вредных привычках, имущественном положении, круге знакомств и т.д. В Федеральном зако- не №323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011 г. правовому обеспечению врачебной тайны посвящена отдельная статья 13 (глава 2). Об этом говорится и в «Клятве» Гиппократа: «Чтобы я не увидел и не услышал касательно жизни людской, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной...». Целью сохранения врачебной тай- ны является предотвращение возможного причинения больному морального или материальногоущерба.

**Статья 13 «Соблюдение врачебной тайны» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ» гласит:**

* 1. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебнуютайну.
	2. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных частями 3 и 4 настоящейстатьи.
	3. С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачеб- ную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента,проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, ис- пользования в учебном процессе и в иных целях.
	4. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:
1. в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен вы- разить свою волю, с учетом положений пункта 1 части 9 статьи 20 на- стоящего Федеральногозакона;
2. при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений ипоражений;
3. по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденногоусловно-досрочно;
4. в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в соответствии с пунктом 2 части 2 статьи 20 настоящего Федерального закона, а также несовершеннолетнему, не достигшему возраста, установленного частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, для информирования одного из его родителей или иного за- конногопредставителя;
5. в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основа- ния полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправныхдействий;
6. в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к нейслужба;
7. в целях расследования несчастного случая на производстве и профессиональногозаболевания;
8. при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональныхданных; в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социальногострахования;
9. в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Таким образом, врачебная тайна должна быть сохранена не только врачами, но и другимимедицинскими работниками. Медицинский работник вправе раскрыть конфиденциальную информацию о пациенте только с согласия самого пациента. За разглашение профессиональной тайны медик несет личную моральную, а иногда и юридическую ответственность. Сохранение врачебной тайны есть не только важнейшее проявление морального долга, но и первая обязанность медицинскогоработника.

Не менее важным принципом в современном здравоохранении является **принцип информированного согласия**. Этот принцип означает, что любой медицинский работник должен максимально полно информировать больного, дать ему оптимальные советы. Только по- сле этого больной может сам выбрать свои действия. При этом может случиться, что его решение будет идти вразрез с мнением медиков. Однако принудительное лечение может осуществляться только по решению суда.

В нашей стране закон дает право пациенту получать всю ин- формацию. Предоставление неполной информации является обманом. Пациент имеет право не просто выслушать рассказ врача, но и ознакомиться с результатами обследования, получить любые выписки и копии документов. Эту информацию пациент может использовать для получения консультаций у других специалистов. Информация необходима для того, чтобы на ее основе пациент мог решить, на- пример, соглашаться ему на операцию или предпочесть консервативное лечение и т. д.

**Аспекты медицинской деонтологии рассматривают взаимоотношения и контакты по следующим направлениям:**

1. Медицинский работник (врач/медсестра) ипациент;
2. Медицинский работник – ближайшее окружение пациента (родственники пациента, соседи, сотрудники идр.).
3. Медицинский работник – медицинский работник, медицинский коллектив; должные отношения между медицинскими работниками.
4. Врач/ медсестра и общество, государство, право,закон.
5. Врач/медсестра и его отношение к самому себе, его самооценка и оценка им своей деятельности, своих достижений и ошибок. Медицинский работник и его образжизни.

Основой взаимоотношений является слово, что было известно еще в древности: «Лечить надо словом, травами и ножом», - считали древние целители. Умным, тактичным словом можно поднять на- строение больного, вселить в него бодрость и надежду на выздоровление и в то же время неосторожным словом можно глубоко ранить больного, вызвать резкое ухудшение его здоровья. Важно не только, что говорить, но и как, зачем, где говорить, как отреагирует тот, к кому обращается медицинский работник: пациент, его родственники, коллеги и т.д.

Одну и ту же мысль можно высказать по-разному. Одно и то же слово люди могут понять по-разному, в зависимости от своего интеллекта, личностных качеств и т.д. Не только слова, но и интонация, выражение лица, жесты имеют большое значение во взаимоотношениях с больным, его родственниками, коллегами. Медик должен обладать особой «чувствительностью к человеку», владеть эмпатией- способностью сострадать, ставить себя на место больного. Он должен уметь понять больного и его близких, уметь слушать «душу» больно- го, успокоить и убедить. В разговоре с больным недопустимы равнодушие, пассивность, вялость. Больной должен чувствовать, что его правильно понимают, что медицинский работник относится к нему с искренним интересом.

В общении с больным не следует забывать о следующих коммуникативных приемах: всегда внимательно выслушивать пациента; за- дав вопрос, обязательно дождаться ответа; излагать свои мысли про- сто, ясно, доходчиво, не злоупотреблять научными терминами; ува- жать собеседника, не допускать презрительных мимики и жестов; не перебивать пациента; поощрять стремление задавать вопросы, отве- чая на них, демонстрировать заинтересованность во мнении пациента; сохранять хладнокровие, быть терпеливым итерпимым.

**В настоящее время существуют следующие типы моделей взаимоотношений медицинского работника ипациента:**

информационная (научная, инженерная, потребительская). Медицинский работник (врач/медсестра выступает в качествекомпетентного эксперта-профессионала, собирая и предоставляя информацию о болезни самому пациенту. При этом пациент обладает полной автономией, имея право на всю информацию и самостоятельно выбирая вид медицинской помощи. Пациент может быть необъективным, поэтому задача медработника - разъяснить и под- вести больного к выбору верного решения;

интерпретационная. Медицинский работник выступает в роли консультанта и советчика. Он должен выяснить требования больного и оказать помощь в выборе лечения. Для этого врач должен интерпретировать, т.е. истолковать информацию о состоянии здоровья, обследовании и лечении, чтобы больной смог принять единственно правильное решение. Врач не должен осуждать требования больного. Цель врача - уточнить требования больного и помочь сделать правильный выбор. Эта модель похожа на информационную, но предполагает более тесный контакт врача и пациента, а не просто снабжение пациента информацией. Требуется терпеливая работа с пациентом;

совещательная. Врач хорошо знает больного. Все решается на основе доверия и взаимного согласия. Врач при этой модели выступает в роли друга и учителя. Автономия пациента при этом соблюдается, но она основана на необходимости именно данного лечения;

паттерналистская (от лат. pater - отец). Врач выступает в роли опекуна, но при этом ставит интересы больного выше собственных. Врач настойчиво рекомендует больному выбранное им лечение. Если больной не согласен, то последнее слово остается за врачом. Автономия пациента при этой модели минимальна (в системе отечественного здравоохранения чаще всего используется именно эта модель).

Важным вопросом медицинской деонтологии – вопрос об оптимальных взаимоотношениях медицинского работника и родственников больного. На тревожные и взволнованные расспросы ближайших родственников врач/медсестра обязаны дать соответствующие разъяснения и советы в надлежащей форме. Корректная и плодотворная беседа с родственниками больного, успешная выработка «единой линии» в отношении психологического воздействия на больного улучшает, проясняет, оптимизирует психологическую обстановку, а контакт врача с пациентом становится более тесным и душевным. Надо выяснить образование и профессии членов семьи, а нередко и круг вопросов, которые они хотят обсудить. Врач должен позаботиться о том, чтобы его информация для членов семьи была ясной, четкой, понятной, не превышала допустимых пределов и оказалась достаточно аргументированной. Контакты с друзьями больного, его соседями по дому, коллегами по работе врач общей практики, естественно должен приветствовать и поддерживать. Иногда беседа с соседями или сотрудниками очень существенно дополняет анамнез больного, обрисовывает обстоятельства его жизни, имеет для врача большую ценность как в диагностическом, так и в лечебном плане.

Ближайшие родственники должны быть своевременно оповещены о тяжелом, может быть, даже безнадежном состоянии больного. Но вместе с тем и другие врачи, и медицинские работники не вправе разглашать ставшими им известными сведения о болезни, интимной и семейной сторонах жизни больного. Когда же речь идет о случаях острых инфекционных заболеваний, отравлений, заболеваний затрагивающих интересы общества, молчание врача не только не простительно, но и уголовно наказуемо.

Взаимоотношения медицинского работника с коллегами и всем медицинским коллективом требует больших знаний и подготовки, культуры поведения и выдержки, воспитания и самовоспитания. Врач/медсестра, работающие в «Семейной амбулатории» или отделении общей врачебной практики постоянно связаны с медицинскими работниками центральной районной больницы, районной службой скорой помощи, с санитарной авиацией и т.д.

В медицинском коллективе врачу/медсестре предъявляется немало моральных требований. Стоит вспомнить древнееизречение:

«Никогда не отзывайся дурно о других врачах, ибо каждый имеет свой счастливый и несчастный час. Пусть прославляют тебя дела твои, а не язык!». Отношения между врачами, сестрами и младшими медицинскими работниками должны быть безукоризненными и основываться на абсолютном взаимномдоверии.

***Отношения "медсестра - пациент"***

Медицинская сестра обязана быть выдержанной и приветливой в общении с пациентом. Недопустимыми как фамильярность и панибратство так и чрезмерная сухость и официальность. Обращаться к больным следует на «Вы» и по имени иотчеству.

Нельзя в присутствии больных обсуждать поставленный диагноз, план лечения, говорить о заболеваниях соседей по палате.

Запрещается подвергать сомнению правильность проводимого лечения в присутствии больного.

Перед тяжелыми и болезненными процедурами медсестра должна разъяснить в доступной форме значение, смысл и необходимость их для успешного лечения и снять психоэмоциональ- ное напряжение.

***Отношения "медсестра - родственники (и близкие) пациента:*** Необходимо сохранять сдержанность, спокойствие и тактичность;

Лицам, ухаживающим за тяжелобольными разъяснять правильность выполнения процедур и манипуляций;

Беседовать только в пределах своей компетенции (не имеет право рассказывать о симптомах, о прогнозе заболевания, а должна направить к лечащему врачу);

Отвечать на вопросы спокойно, неторопливо, обучать правильному уходу за тяжелобольными.

***Отношения "медсестрa - врач":***

Недопустимы грубость, неуважительное отношение в общении; Исполнять врачебные назначения своевременно, четко и профессионально;

Срочно информировать врача о внезапных изменениях в состоянии больного;

При возникновении сомнений в процессе выполнения врачебных назначений в тактичной форме выяснить все нюансы с врачом в отсутствии больного;

Нельзя ни в какой форме допускать пренебрежительного или высокомерного отношения к коллегам;

К вышестоящему медицинскому руководству медсестра должна относиться с уважением, доброжелательностью и доверием, со- блюдать установленную субординацию и дисциплину.

**ИСКУССТВО БЕСЕДЫ С ПАЦИЕНТОМ**

***Беседа с подростком***

**Основные принципы ведения беседы с подростком:**

* 1. Консультируя подростка, врач/медсестра должны общаться с ним наедине, создавать доверительные отношения, соблюдать врачебную тайну, быть терпеливым, уметь расположить ксебе, давать подростку высказаться, не осуждать, успокаивать, объяснять, уважать его чувства и точку зрения; уметь чувствовать то, о чем подросток стесняетсяговорить.
	2. Медицинский работник деликатно должен уточнить характер взаимоотношений с родственниками и сверстниками, выяснить не употребляет ли подросток наркотики, алкоголь; не было ли случаев жестокого обращения с детьми всемье.
	3. Круг тем для беседы с подростком должен включать в себя: цель в жизни, самооценка, учеба, свободное время, настроение, половая жизнь, материальное положение, суицидальные намерения, конфликтыдома.
	4. В процессе беседы медицинский работник должен установить основные правила поведения подростка (не пить спиртных напитков, не употреблять нецензурные слова и т.д.), давать советы по питанию и уходу закожей.
	5. Работая с подростками, никогда не следует забывать о возможности депрессии и самоубийства: самоубийства – вторая по частоте причина смерти в этой возрастной группе. Суицидальные попытки бывают чаще у девушек (в 8-20раз).

Первый разговор по возможности не следует проводить в кабинете, где проводятся обследования; медицинский работник не должен наподобие интервьюера восседать за своим столом, так как это будет восприниматься подростком как дополнительный барьер. Помехи, такие как, например, телефонные звонки, должны по возможности устраняться, так как разговор не должен прерываться лишний раз. Медицинский работник должен проинформировать подростка о своей личности, своих функциях и методах. Если предполагается проведение физикального обследования, то подростку должна быть предоставлена возможность раздеться в защищенной атмосфере - месте для переодевания. Медицинский работник должен указать на возможность того, что родители могут присутствовать при обследовании. И, наконец, имеет большое значение и личное поведение медицинского работник: он должен показать заинтересованность, иметь время на то, чтобы быть мягким и чувствительным.

**Правила проведения разговора**

1. Приветствие пожатием руки, чтобы дать ощущение равноправия. Далее подростка следует попросить представитьчленов своей семьи, если таковые его сопровождают. Здесь в основном встает вопрос, что предпочесть - будет ли подросток находится один или с членами семьи.
2. Вопросы должны быть актуальны, чтобы разговор не превратился в не имеющий значения разговор. Поэтому возникает потребность установить и объяснить, у кого собственно возникли проблемы: у пациента или уродителей.
3. Очень важно не судить и не критиковать, пока не возникли доверительные взаимоотношения. Критиковать можно только специфическую активность, которая была описана, но никогда са- мого подростка. Разговор не должен быть докладом, докладчик принимает на себя право моральной оценки, опрашиваемый, таким образом дает признание из целого ряда чувстввины.
4. Компетенция подростка должна всегда получать должное уважение.
5. Врач в своем поведении должен по возможности оставаться нейтральным; не компанейским, но и не являться отражением родителей. Это нейтральное поведение ставит интервьюера по отношению к подростку в положение взрослого, находящегося вне семьи и семейныхотношений.
6. Центральное место занимает слушание. Вместе с тем, возникают некоторые трудности, так как еще существуют предубеждения в отношении поведения подростка. Под процессом слушания понимается абсолютное внимание и полная концентрация на раз- говоре. Из этого эмпатического поведения возникает необходимость отказаться от письменной фиксации во время разговора, так как они могут отвлечь от понимания общейситуации.
7. Не следует задавать никаких прямых или личностных вопросов. Вид вопросов направлен, как само собой разумеющееся, на какую-либо ситуацию. Вопрос всегда должен иметь открытый конец. Разговор ни в коем случае не должен превращаться в интервью в журналистском смысле, при котором пытаются разговорить опрашиваемого. Это не должно быть и настоящим опрашиванием, так как при этом опрашиваемый оказывается под давлением, а интервьюер озабочен в основном своими собственными вопросами, а не теми, которые ставитпациент.
8. Врач должен в речи приспосабливаться к подростку, чтобы он мог понять его. Врач должен подчеркивать позитивное и объединяться с позитивной частью.

***Беседа с пожилым человеком***

Уважение личности престарелых людей, заботливое отношение к ним – основные условия работы с ними. Большое значение имеет психологически правильное общение с пожилыми пациентами. Кроме современных лекарственных препаратов, в лечении пожилых больных огромную роль играет личный контакт, внимание, искренность, любовь изабота.

Искусство беседы с пожилым пациентом требует не только навыка, но и известного таланта. Это:

* способность не только слушать, но и слышатьпациента;
* умение вести с пациентом диалог, используя разные стили общения: эмоционально-нейтральный, сопереживающий, директивный. Элементы директивности необходимы при общении с любым больным. В конце концов, не пациент лечит врача, а врачпациента!
* беседа с пациентом должна идти «один на один», присутствие третьих лиц исключается. Некоторым больным следует напомнить о существовании врачебной тайны, иначе пациенты «забывают» важные моменты «интимного», «неприличного»характера;
* пациенту надо давать положительную информацию, настраивающую на перспективы пусть даже минимальногоулучшения;
* цивилизованный пациент должен быть осведомлен о характере болезни, степени участия семьи в реализации лечебныхпрограмм;
* пациента следует информировать о перспективах лечения: какие симптомы должны исчезнуть полностью, какие частично, а какие симптомы останутся, и с их существованием необходимо будет смириться;
* беседуя с пожилыми, не рекомендуется напоминать им о возрасте; разговор должен быть неспешным; вопросы следует задавать конкретные, требующие однозначного ответа; данные анамнеза при возможности лучше сверить с медицинской документацией (выписками из амбулаторной карты, стационарных историйболезни).
* давая рекомендации пожилым, следует избегать лишь одних устных рекомендаций. Пожилые пациенты высоко оценивают врачей, записывающих рекомендации по режиму, диете, медикаментозной терапии на листке бумаги.