

Министерство образования и науки Российской Федерации
ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет»
Институт социального образования
Факультет международных отношений и социально-гуманитарных коммуникаций
Кафедра технологий социальной работы

Организация социальной работы в реабилитационном центре для наркозависимых

Выпускная квалификационная работа

Квалификационная работа
допущена к защите
Зав. кафедрой технологий
социальной работы

_____ дата _____
А.В. Анисимова,
к.п.н., доцент

Руководитель ОПОП:
Королева С. В., к.п.н.,
доцент кафедры
технологий социальной работы

_____ дата _____
подпись

Исполнитель:
Кириленко Валентина Анатольевна,
студент _____ группы
очного отделения

_____ дата _____
подпись

Научный руководитель:
Беляева М.А., профессор
кафедры технологий социальной
работы

_____ дата _____
подпись

Екатеринбург 2016

Оглавление

Введение	3
Глава 1. Теоретические основы организации социальной работы в реабилитационном центре для наркозависимых	7
1.1. Наркозависимые как клиенты социальных служб	7
1.2. Основные направления реабилитации наркозависимых. Роль социальных работников	15
1.3. Организация социально-бытовой реабилитации как технологии социальной работы с наркозависимыми	26
Выводы по первой главе	35
Глава 2. Опыт организации социальной работы в реабилитационном центре для наркозависимых	37
2.1. Анализ деятельности реабилитационного центра «Урал без наркотиков»	37
2.2. Диагностика удовлетворенности клиентов социально-бытовыми условиями и рекомендации	44
Выводы по второй главе	57
Заключение	60
Список использованной литературы	64
Приложения	70

Введение

Актуальность избранной темы обусловлена одной из наиболее острых социальных проблем в России – количество лиц, страдающих от наркотической зависимости, растет в геометрической прогрессии. Реальная численность наркоманов по данным мониторинга на 2015 год составляет 5,99 миллионов человек. Ежегодно умирают около 70 тысяч наркоманов, большинство из них – молодые люди, едва достигшие 25 лет. В связи с этим, в социальной работе назрела необходимость в конкретных, реальных и эффективных мерах, направленных, прежде всего, на профилактику этого страшного порока современности.

По данным Всемирной организации здравоохранения, наркотики заняли первое место среди виновников преждевременной смерти людей и уже опередили сердечно-сосудистые заболевания и злокачественные опухоли. Во всем мире идет вал наркомании среди мужчин и женщин. За ними втягиваются в этот омут юноши, девушки, подростки и даже дети. Во многих странах наркомания признана социальным бедствием.

Негативные последствия наркоманизации общества очевидны: еще большее осложнение криминальной ситуации (добывание средств на наркотики в основном происходит преступным путем); заражение различными инфекциями (гепатит, СПИД и т. д.); высокий уровень смертности среди молодежи; рождение неполноценных детей и т. д.

В современной России созданы и с разной степенью эффективности функционируют немало государственных, коммерческих и общественных организаций, чья деятельность связана с проблемой зависимости от наркотиков. Их работа, в основном нацелена на физическую реабилитацию наркозависимых пациентов, и в значительно меньшей степени – на психологическую и социальную реабилитацию.

Проблема преодоления наркомании одна из самых наболевших и сложных в современном мире. Она является в первую очередь, социальной, и решать ее нужно различными путями: организационными, экономическими, юридическими, медицинскими (в том числе медико-биологическими, медико-психологическими и медико-социологическими).

Весь мир ведет борьбу с наркобизнесом, стараясь, прежде всего, ограничить доступность наркотиков. Однако опыт показывает, что одними законами и запретами решить эту проблему нельзя, поскольку не учитывается следующее. Во-первых, пока на наркотики существует спрос, всегда находится предложение. Во-вторых, нельзя не учитывать, что наркотики не могут исчезнуть, так как они довольно широко используются в медицине как обезболивающее средство и как препараты для лечения тяжелых психических заболеваний. В-третьих, наркомания тоже является болезнью, требующей помощи. Вследствие этого в 90-е гг. в России стала развиваться медико-социальная работа как качественно новое направление социальной работы в здравоохранении. В рамках медико-социальной работы особое место занимает социально-бытовая реабилитация наркозависимых, однако ее содержание пока в полной мере не обосновано.

Проблему реабилитации наркозависимых изучали такие ученые как Г.А. Карельский, Б.М. Левин, В.А. Никитин, А.Р. Хлопушин, Е.И. Холостова, Л.А. Шелепин и др.

Содержание социальной работы для наркозависимых освещали в своих работах: Н.Б. Сердюков, С.В. Тетерский, П.Д. Павленок, Е.А. Сигида, Л.С. Колесова, Н.П. Майорова, Н.А. Сирота и др.

Противоречие исследования: с одной стороны, есть потребность в современных организационных формах и методах социальной работы для наркозависимых в реабилитационном центре, с другой стороны, нет возможности и нет ответственных для организации данных форм и методов в реабилитационном центре.

Проблема исследования – каковы современные организационные формы и методы социальной работы для наркозависимых в реабилитационном центре?

Объект исследования – процесс реабилитации наркозависимых.

Предмет исследования – организация социальной работы с наркозависимыми в специализированном государственном учреждении.

Цель исследования – выявить и обосновать современные организационные формы и методы социальной работы для наркозависимых в реабилитационном центре.

Гипотеза исследования заключается в предложении что, вероятно, современные организационные формы и методы социальной работы для наркозависимых должны предусматривать:

- проведение диагностики удовлетворенности клиентов опросным методом;
- организацию взаимодействия с культурно-досуговыми и образовательными учреждениями, с помощью которых произойдет расширение спектра услуг, оказываемых специализированным учреждением;
- организацию социальной работы, в которой ведущей реабилитацией является социально-бытовая и социально-трудовая реабилитация, осуществляемая методами трудотерапии, социально-терапевтическими методами и др.

Для достижения цели исследования были поставлены следующие **задачи**:

- 1) рассмотреть характеристики наркозависимых как клиентов социальных служб;
- 2) раскрыть организацию социальной работы с наркозависимыми в период реабилитации;
- 3) проанализировать опыт деятельности специализированного учреждения, осуществляющего социально-бытовую реабилитацию наркозависимых;

4) оценить степень удовлетворенности клиентов социально-бытовыми условиями «Урал без наркотиков»;

5) разработать рекомендации, которые отвечают целям социально-бытовой и трудовой реабилитации клиентов.

Методы исследования:

- теоретические – анализ, синтез, обобщение, сравнение;
- эмпирические – наблюдение, анализ документов, анкетирование, математическая и графическая обработка данных.

База исследования – Государственное автономное учреждение здравоохранения «Наркологический реабилитационный центр «Урал без наркотиков» (ГАУЗ СО «НРЦ «Урал без наркотиков»), г. Екатеринбург, ул. Косотурская, 7.

Структура работы: введение, две главы, заключение, список использованной литературы состоит из 65 источников, также в работе имеется 3 приложения.

Глава 1. Теоретические основы организации социальной работы в реабилитационном центре для наркозависимых

1.1. Наркозависимые как клиенты социальных служб

Наркомания наносит непоправимый вред здоровью, так как способствует возникновению различных заболеваний. В 2005 г. в России погибли от наркомании 2600 человек, среди них половина – подростки [15]. За последние 10 лет число смертей от наркотиков увеличилось в 12 раз, среди детей – в 42 раза, причем в 65% случаев причиной смерти является передозировка наркотиков, в 30% – суицид, связанный с наркоманией. Заболевания, связанные с наркозависимостью, ежегодно составляют в России 20% всех госпитализаций и 10% всех смертей [41].

Наркомания – группа хронических заболеваний, вызываемых злоупотреблением лекарственных или нелекарственных наркотических средств и характеризующиеся патологическим влечением к этим средствам, развитием психической и физической зависимости, изменением (чаще повышением) толерантности к ним и выраженными медико-социальными последствиями [27].

Лиц, вовлеченных в потребление наркотиков, называют наркозависимыми, или наркоманами. Возраст большинства наркозависимых: 13-24 года, только 10% подростков – наркоманов доживает до 30 лет, а это значит, что под угрозой оказывается будущее страны [15].

Рост наркомании резко обостряет проблему СПИДа: 91% зарегистрированных в 2014 г. ВИЧ-инфицированных – наркоманы, а также сопутствующих наркомании заболеваний: инфекционных гепатитов (в России более 90% наркоманов болеют гепатитом), венерических заболеваний, туберкулеза [3].

Злоупотребление психоактивными веществами тяжелым бременем ложится на семью. Дети, злоупотребляющих наркотическими веществами родителей, в той или иной степени неполноценны: по данным мировой статистики, к таковым относят от 40 до 60% умственно отсталых детей [21]. Чем длительнее срок злоупотребления наркотическими веществами, тем выше вероятность рождения неполноценного ребенка. Характерно в этом плане следующее наблюдение педагога М.Я. Капустиной: в доме инвалидов ею было обследовано 137 умственно отсталых детей [22]. Из их числа лишь у 9 родителей были психически больными. У остальных 128 детей родители (в большинстве случаев отец) были алкоголиками, или же зачатие произошло в состоянии опьянения. У подростков с различными формами психических нарушений и отклонениями в поведении алкоголизм родителей выявляется в 50–60% случаев.

Детскими психиатрами г. Москвы в 2014 г. было проведено обследование состояния здоровья детей (всего 114) в 70 семьях, где родители злоупотребляют алкоголем [15]. При этом у 63 детей были выявлены нервно психические нарушения: у 15 – умственная отсталость, у 7 – эпилепсия, у 8 – другие психические заболевания, у 33 – неврозы с отклонениями в поведении.

На протяжении многих десятилетий для России были типичны злоупотребление алкоголем и алкоголизм. Однако в последние годы в стране произошли существенные изменения в структуре контингентов больных, обращающихся за медицинской помощью и состоящих на учете в наркологических диспансерах.

Наряду с явным преобладанием больных алкоголизмом совершенно очевидно, что по темпу роста заболеваемости наркомания занимает ведущее место. По данным Минздрава РФ, на конец 2005 г. в наркологических диспансерах состояли на учете около 1365000 человек, злоупотребляющих наркотическими средствами. Количество состоящих на учете больных наркоманиями выросло за 10 последних лет в 16 раз [15].

Особую тревогу вызывает резкое «омоложение» контингента больных наркоманиями. В России средний возраст начала употребления алкоголя среди мальчиков снизился до 12,5 года, среди девочек до 12,9 года; возраст приобщения к токсико-наркотическим веществам снизился соответственно до 14,2 года среди мальчиков и 14,6 года среди девочек. За 2005-2014 гг. число детей, больных наркоманией, увеличилось в 19,3 раза; больных токсикоманией – в 15,7 раза [2].

Обратимся к результатам тревожной статистики:

- в разных регионах России, по данным исследований, 44,8% несовершеннолетних и молодежи, т.е. 4910 тыс. чел., так или иначе знакомы с употреблением наркотиков;

- по некоторым данным, в стране сейчас насчитывается примерно 4 млн. людей, употребляющих наркотики, 76% из них – молодежь от 14 до 30 лет;

- уровень заболеваемости наркоманией среди подростков в 2,5 раза выше, чем среди всего населения, подростки в 6,3 раза чаще злоупотребляют наркотиками;

- один наркоман за год втягивает в «порочный круг» от 4 до 17 человек;

- получила распространение «семейная наркомания» и даже приобщение родителями малолетних детей к наркотикам. В реанимационные токсикологические отделения больниц попадают дети 5-7 лет [39].

Основной возраст первого знакомства с наркотиками – 11-14 лет (41%) и 15-17 лет (51%). В отдельных случаях возраст начала потребления наркотиков совпадает со временем начала учебы в школе. К подростковому возрасту свыше 10% школьников уже знакомы с действием наркотиков. К окончанию школы около 40% несовершеннолетних пробовали наркотики, а регулярно «сидят на игле» 9% мальчиков и 5% девочек [23].

Наркоманов рассматривают как асоциальную группу населения (молодежи). Однако контингент наркоманов очень неоднороден, что позволяет выделить несколько оснований для классификации различных типов групп:

1) в зависимости от места создания, существования:

- по месту жительства (из одного двора, улицы, микрорайона);
- по месту учебы;
- члены одной семьи: муж и жена, два брата, брат и сестра. (Это наиболее опасная тенденция, когда наркомания становится семейной болезнью);

2) состав группы по половому признаку:

- преимущественно мужская группа;
- смешанный состав по полу;

3) образовательный состав группы. Большая часть респондентов из числа наркозависимых – это люди с неполным средним образованием. И дело не только в молодости, сегодня часть руководителей учебных заведений (особенно школ и техникумов) видят смысл борьбы с наркоманией и алкоголизацией в исключении неблагополучных учащихся. Хотя последние и сами не имеют большого желания учиться;

4) в зависимости от употребления наркотиков:

- курят: анашу, план, драп и все производные конопли (гашишная наркомания). Основными проявлениями гашишного опьянения у подростков служат аффективные перепады от безудержного веселья до мгновения страха и ужаса, склонность к «эмоциональному заражению», потребность двигаться, общаться, высказываться;

- колются: ханка, опиум, эфедрин и др. лекарственные препараты, ЛСД (диэтиламид лизергиновой кислоты), героин. Основные проявления: расширение зрачков, тахикардия, повышение артериального давления. Иногда возникают симптомы, напоминающие ОРЗ. При длительном применении

развивается телесное истощение до дистрофического состояния. При применении ЛСД – галлюцинации;

- токсикоманят: хлорэтил, дихлорэтан, клей «Момент», «Ток», растворители и т.д. Однако, токсикомания в меньшей степени, по сравнению с другими наркотиками, носит групповой характер. При данном виде опьянения имеют место сужение сознания, торможение двигательных функций, быстрая смена настроения, тахикардия, галлюцинации и т.п. [38].

Данная классификация достаточно тесно коррелирует со следующей степенью наркотизации групп (частота применения и доза):

- однократное, «экспериментальное» потребление;
- эпизодическое потребление. В данном случае наркотик не представляет самостоятельного интереса и является, скорее, способом проведения досуга. Эпизодическое употребление наркотика свойственно в большей степени группам, где курят «травку» (драп, анашу, план и т.д.);

- систематическое употребление, когда наркотик становится самоцелью. Группы с систематическим употреблением наркотика ориентированы в большей степени на ханку, опиум, лекарственные препараты [32].

Первые две выше названные группы (однократное применение и эпизодическое) носят в основном социальный характер. У них может отсутствовать интерес к учебе (хотя далеко не всегда), активное желание приобрести какую – либо специальность. Но в будущем они хотят создать семью, «жить нормально».

Группа, где преобладает систематическое употребление алкоголя и наркотика, носит в основном асоциальный характер: ее члены занимаются воровством, квартирными кражами, вымогательством денег, вещей и т.д. Основные причины воровства и вымогательства – необходимость добыть деньги на алкоголь и наркотики.

Выраженность собственно наркологических проблем у перечисленных групп зависит от совокупности эндогенных (внутренних) и экзогенных (внешних) факторов, способствующих вовлечению клиента в наркотическую зависимость. Правовые проблемы могут возникнуть в связи с запретом употребления определенных ПАВ в обществе, проявлениями неадекватного поведения членов семьи, наличием статуса беженца или инвалида, а также совершением правонарушений в связи с конфликтами, участием в криминальных группах [35].

Специфической группой являются наркозависимые инвалиды, причем инвалидность в данном случае устанавливается не по основному заболеванию наркологического профиля, а по его осложнениям и сопутствующим заболеваниям. Для данной группы больных характерно наличие тяжелой и разнообразной патологии, сопровождающейся утратой трудоспособности в той или иной степени, в связи, с чем они постоянно нуждаются в лечении и медицинском наблюдении. Деграция личности, снижение интеллектуального уровня, патологическая адаптация к болезни, сильная психическая зависимость от ПАВ обуславливают наличие психологических и психических проблем. Социальная дезадаптация наркозависимых инвалидов проявляется во многих сферах – семейной и трудовой; вследствие имеется потребность в социальной опеке; некоторые из пациентов имеют криминальный анамнез или правовые проблемы. Для них характерны экономическая зависимость и материальная нужда [5].

При работе с больными наркоманией применяется междисциплинарный подход, который включает в себя работу психолога, нарколога, социального работника, равного консультанта, который осуществляется как параллельно, так и одновременно.

Социальная работа с наркозависимыми клиентами состоит из нескольких стадий: оценка, определение средств вмешательства, работа с клиентом выбранным методом.

В своей практике Р.М. МакОлифф и М.Б. МакОлифф выявляют степень биологической зависимости у клиента с помощью диагностики. Для этого используется следующая схема, позволяющая определить степень привыкания к наркотическим средствам:

- психологическая зависимость;
- навязчивые мысли;
- навязчивые эмоции;
- низкая самооценка;
- негативные установки;
- негативная система оценок;
- галлюцинации;
- физическое привыкание;
- нарушение памяти.

После выяснения картины наркотической зависимости разрабатывается план вмешательства в ситуацию клиента. Сегодня в практике зарубежной социальной работы сложились три основных подхода к решению данной проблемы: инсайт-ориентированный подход, поведенческий подход, подход, основанный на самопомощи [65].

Инсайт-ориентированный подход применяется в работе с госпитализированными клиентами, проходящими курс дезинтоксикации. Первичная помощь, оказываемая социальным работником, касается финансовых проблем и будущего места жительства клиента. В этот период возможны различные модели помощи, например, клиент-центрированная терапия. Одним из видов такой терапии является модель прояснения ценностей, предложенная Рэфсом и Харменом. В основе этой модели лежит понимание, что человек имеет возможность делать ценностные допущения. Ценности связаны с опытом, они не являются жесткими и постоянными. Это позволяет клиенту включать свободный набор ценностей исходя из своих возможностей и

своей ситуации, что в конечном итоге восстанавливает ценности, утраченные в результате интоксикации.

Поведенческий подход основан на изменении негативного или формировании позитивного поведения клиента. В качестве примера можно привести социобихевиористский метод, разработанный Эд.Томасом [65]. Основу этого метода составляет изучение поведения клиента, контролируемое стимулами. Классификация поведения основывается на оценке, определяются основные линии поведения в социуме, уточняются стимулы, предшествовавшие изменению поведения, оцениваются последствия, после чего выбирается способ вмешательства.

Группы самопомощи основаны на взаимоподдержке людей, имеющих сходные проблемы. По аналогии с группами Анонимных Алкоголиков (группы АА) формируются группы Анонимных Наркоманов (группы АН). Эти группы самопомощи используют те же принципы 12 шагов, что и группы АА. В процессе общения бывшие наркоманы рассказывают, как они стали наркоманами, к чему это привело, как они учились жить без наркотиков. Такое общение укрепляет волю только что вступивших на путь избавления от наркотической зависимости людей, внушает надежду.

Таким образом, анализ статистических данных свидетельствует, что в России наблюдается эпидемия наркотизма, особенно среди молодежи, что делает проблему наркомании важнейшей для общества, а наркозависимых следует рассматривать в качестве одной из приоритетных клиентских групп в рамках деятельности социальных служб. Но социальная группа наркозависимых – неоднородна. Различия заключаются в возрасте, наличии других факторов риска (инвалидности, например), в предпочтении тех или иных наркотических веществ, «стаже» их употребления, степени деградации личности. Эти различия необходимо учитывать в процессе реабилитации наркозависимых.

1.2. Основные направления реабилитации наркозависимых.

Роль социальных работников

Реабилитация наркозависимых, как масштабная проблема, в нашей стране впервые возникла в начале 90-х гг. XX в. До этого момента общество многие годы боролось с алкоголизмом, и считалось, что проблема наркомании в России больших размеров никогда не достигнет. Этот прогноз строился на том, что русский народ имеет другие традиции, свои социально-психологические и биологические особенности. Россию можно охарактеризовать, как пьющую страну, но не «наркоманскую».

В России предпринимались попытки радикальной борьбы с алкоголизмом, так в 1985 г. (при М. Горбачеве) были введены жесткие меры контроля над потреблением алкоголя. В основе этих мер лежало сокращение производства и продажи спиртных напитков. Это привело на первых порах к определенным результатам. Резко пошла на убыль заболеваемость алкоголизмом. Но затем произошел стремительный рост потребления наркотических средств, которые по своим последствиям оказались еще разрушительней, чем привычная нам алкоголизация населения.

По мнению Е.А. Чернова, в предупреждении и лечении наркомании должны быть три направления мер воздействия:

1) административные меры (борьба с распространением психоактивных веществ);

2) социальные меры (семья, школа, общество) – это профилактика употребления наркотических средств и профилактика рецидивов после лечения;

3) медицинские меры – это методы и средства терапевтического воздействия, основными принципами которого являются:

- добровольность;
- максимальная индивидуализация;

- комплексность;
- отказ от употребления психоактивных веществ [51].

На наш взгляд, преодоление наркомании в обществе предполагает сочетание профилактических и реабилитационных мер.

Социальная реабилитация – это совокупность мероприятий, осуществляемых государственными, частными, общественными организациями, направленных на защиту социальных прав граждан. Процесс социальной реабилитации представляет собой процесс взаимодействия личности и общества, которое включает в себя, с одной стороны, способ передачи индивиду социального опыта, способ включения его в систему общественных отношений, с другой стороны, процесс личностных изменений [12].

Реабилитация наркозависимых – это процесс избавления от наркотической зависимости и восстановление прежних способностей [12].

Реабилитация в наркологии – «это система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадаптацию больных, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления ПАВ, вызывающих зависимость» [12].

Целью реабилитации является «восстановление (или формирование) нормативного личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала». Эффективность реабилитации зависит от следующих взаимосвязанных составляющих: четко обозначенных целей, задач, принципов, дифференцированности и продолжительности реабилитационных программ, реабилитационной среды, реабилитационных технологий, материально-технического обеспечения, реабилитационного потенциала больных, квалификации кадров в области реабилитации, постреабилитационной психологической и социальной поддержки больных [24].

В реабилитации наркозависимых выделяют несколько направлений: медицинское, психологическое, педагогическое и социальное.

Медицинское направление реабилитации наркозависимых до недавнего времени было наиболее распространенным. Наркомания в этом направлении рассматривается как болезнь, а реабилитация ориентирована на лечение болезни, связанные с ней аффективные и поведенческие расстройства, предотвращение смертельных случаев, вызванных употреблением наркотиков. В основе данного направления лежит использование фармакотерапии, медикаментозное вмешательство и методы психотерапии [28].

В психологическом направлении злоупотребление наркотиками рассматривается как проблема личности. Основа данного направления – помощь в развитии необходимых жизненных навыков, таких как принятие решений, эффективное общение и тому подобное, способствующих удовлетворению базовых личностных и социальных потребностей. Данное направление реализуется за счет использования индивидуального и группового консультирования, методов психокоррекции [15].

Педагогическое направление рассматривает наркоманию как проблему воспитания, организации досуга, несформированности мотивационных потребностей. Реабилитационные программы данного направления ориентированы на организацию социально приемлемой деятельности, противодействующей употреблению наркотиков, и реализуются за счет использования методов коррекционного обучения, воспитательных мер и организации социально-психолого-педагогического сопровождения [24].

В основе социального направления лежит представление о несформированности основных социальных навыков, как о причине формирования наркомании. Реабилитационные программы социального направления реализуются социальными и правоохранительными структурами, с использованием методов, находящихся в их распоряжении.

При составлении программы медико-социальной реабилитации необходимо учитывать специфику медико-социального статуса различных групп пациентов наркологического профиля.

Работая с группой больных наркологического профиля, имеющих выраженные социальные проблемы, специалисты учитывают тяжесть наркологических расстройств, часто сопровождающихся личностными и психическими отклонениями, антисоциальными установками; анализируют социальную дезадаптацию в одной или нескольких фазах социального функционирования, криминальный анамнез, прохождение принудительного лечения в прошлом и актуальные проблемы [48].

Профилактические программы направлены на предупреждение потребления наркотиков, злоупотребления ими, а также предупреждение любых форм отклоняющегося поведения. Объекты целенаправленного воздействия – в основном дети и подростки в целом, и те группы, в которых риск приобщения к приему ПАВ особенно велик [24].

Решение проблем наркозависимых лиц осуществляется в учреждениях, которые реализуют профилактику и решение наркологических проблем. Это комплексные центры социального обслуживания населения, образовательные учреждения различных типов и видов, центры социальной помощи семье и детям и наркологические реабилитационные центры.

Для полноценной реабилитации страдающих наркотической зависимостью необходимо комплексное применение, как медицинской и психологической, так и социальной и профессионально-трудовой реабилитации в течение длительного периода времени. Только совокупностью существующих методов возможно добиться радикального изменения образа жизни наркозависимого и его социализации, а следовательно – стойкой и длительной ремиссии [28].

Некоторыми специалистами весь лечебно-реабилитационный процесс условно разделен на предреабилитационный, реабилитационный и постреабилитационный периоды.

Предреабилитационный – преимущественно медицинский – период продолжается 1-2 месяца [47].

Реабилитационный период подразделяется на три этапа: адаптационный (приспособление больных к условиям содержания и режиму реабилитационного учреждения), интеграционный (вхождение в реабилитационную программу) и стабилизационный (восстановление и стабилизация физического и психического состояния больного). В зависимости от уровня реабилитационного потенциала (УРП) больного реабилитация проводится амбулаторно (при высоком УРП) или в реабилитационном стационаре (при среднем и низком УРП). Продолжительность адаптационного этапа колеблется от 1-2 недель при высоком УРП до 2-4 недель при среднем и низком УРП. Интеграционный этап продолжается соответственно от 2-3 недель до 1-1,5 месяцев. Стабилизационный этап проводится в течение 8-10 месяцев [26].

Постреабилитационный период осуществляется силами реабилитационной бригады в амбулаторных условиях. Подчеркивается необходимость преемственности медицинских и реабилитационных мероприятий.

Для достижения длительной ремиссии реабилитация наркозависимых должна проводиться в условиях их добровольной изоляции от прежнего окружения (в реабилитационных центрах) и составлять от 1 до 1,5 лет. Как отмечает А.Г. Гофман, именно столько времени чаще всего требуется для исчезновения влечения к наркотику и изменения отношения к его потреблению [14].

Как в нашей стране, так и за рубежом широко применяется реабилитация наркозависимых в терапевтических сообществах по программе «12 шагов»

(Приложение 1). Основную психотерапевтическую нагрузку в реализации этой программы несут консультанты – бывшие больные, преодолевшие зависимость от ПАВ, которые представляют авторитетную ролевую модель для злоупотребляющих наркотическими препаратами.

Реабилитация зависимых от психоактивных веществ предполагает использование следующего ряда принципов при ее реализации:

- добровольное согласие на участие в реабилитационных мероприятиях. Данный принцип предполагает получение согласия реабилитанта (или его законного представителя, если реабилитант не достиг еще совершеннолетнего возраста) на участие в реабилитационном процессе. Согласие целесообразно зафиксировать подписанием между больной наркоманией (или его законным представителем) – с одной стороны и реабилитационным учреждением – с другой, договора или контракта, с указанием прав и обязанностей сторон, условий, по которым возможно досрочное расторжение договора;

- прекращение приема психоактивных веществ. Принципиальным является формирование мотивации (установки) пациента на полный отказ от всех основных видов психоактивных веществ;

- конфиденциальность. Все участники реабилитационного процесса должны уважать право больного наркоманией на неразглашение информации относительно его участия в реабилитации. Передача информации третьим лицам возможна только с согласия самих реабилитантов или их законных представителей, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством;

- системность реабилитационных мероприятий. Реабилитационные программы строятся на объединении и координации комплекса воспитательных, образовательных, психологических, медицинских и иных реабилитационных мероприятий и на интеграции усилий всех заинтересованных лиц. Системность реабилитационного процесса

обеспечивается согласованными усилиями специалистов различного профиля, взаимодействующих в одной структуре (команде, бригаде);

- этапность реабилитационных мероприятий. Процесс реабилитации строится поэтапно с учетом объективной оценки реального состояния больного наркоманией и его закономерной динамики. Выделяются следующие основные этапы реабилитации:

- 1) начальный этап (вхождение в реабилитационную программу);
- 2) развернутый этап;
- 3) завершающий этап (выход из реабилитационной программы);

- позитивная направленность реабилитационных мероприятий. Позитивно ориентированным воздействиям отдается приоритет перед негативно ориентированными санкциями и наказаниями. Вместо хронических конфликтных взаимоотношений с нормативным социумом у больного наркоманией должна вырабатываться позитивная личностная направленность. Это достигается путем ориентации реабилитационных мероприятий на принятие, поддержку и поощрение. Создается атмосфера, обеспечивающая личностный рост и развитие;

- ответственность. В ходе реабилитационного процесса больные наркоманией становятся все более самостоятельными, обучаются принятию и осуществлению ответственных решений, освобождаются от гиперопеки. Большое значение имеет самостоятельное ответственное решение об отказе от психоактивных веществ;

- включение в реабилитацию основных значимых других лиц. Этот принцип предполагает консультирование, диагностику и коррекцию проблем, существующих у членов семьи и значимых других лиц из ближайшего окружения больного наркоманией. Участие значимых других лиц в процессе реабилитации специально оговаривается в контракте для работы с реально существующими проблемами;

- реорганизация жизненной среды и формирование реабилитационной среды. Предполагается осуществление многосторонней поддержки социально-приемлемого поведения и соответствующих изменений образа жизни больного наркоманией через воздействие на все компоненты жизненной среды. Сам по себе процесс реабилитации требует создания специальной реабилитационной среды, оказывающей терапевтическое воздействие на данное лицо;

- дифференцированный подход к реабилитации различных групп больных наркоманией. Предполагается наличие спектра дифференцированных реабилитационных программ и включение в них данных лиц с учетом их реабилитационного потенциала и в соответствии с показаниями и противопоказаниями;

- непрерывная поддержка больного наркоманией. Лицу, злоупотребляющему психоактивными веществами, оказывается комплексная социальная и личностная поддержка как на протяжении периода участия в реабилитационной программе, так и после ее завершения [48].

При работе с наркозависимыми лицами применяется мультидисциплинарный подход, включающий в себя работу нарколога, психолога, социального работника, который осуществляется параллельно и одновременно [26].

Холостова Е. И. определяет социальную работу как профессиональную деятельность, которая имеет целью содействие людям, социальным группам в преодолении личностных и социальных трудностях посредством поддержки, защиты, коррекции и реабилитации [47].

В настоящее время социальная работа является «разновидностью социальной деятельности», имеющей своей целью оптимизировать осуществление субъектной роли людей во всех сферах жизни общества в процессе совместного удовлетворения потребностей, поддержания жизнеобеспечения и деятельного существования личности. Социальная работа

как технология вошла в число видов социальной деятельности, направленной на оказание помощи людям, содействие им в их затруднениях [27].

Социальная работа в наркологии – одно из актуальных направлений социальной работы в здравоохранении. Социальные работники в наркологии имеют широкое поле деятельности. На домедицинском этапе они участвуют в программах первичной профилактики зависимости от ПАВ как в организованных, так и в неорганизованных контингентах; выявляют лиц, входящих в группы риска, и работают с ними; содействуют в привлечении к лечению лиц, нуждающихся в нем, устанавливают контакт с семьями таких лиц, оказывают им консультативную помощь и иную поддержку [48].

Одной из приоритетных задач современных специалистов по социальной работе в области наркологии является активное воздействие на больного уже в начале процесса лечения. Поэтому имеет смысл, в контексте социальной работы, объединить медицинский и послемедицинский этапы работы и обозначить его медико-социальным этапом работы с наркозависимыми, на котором медики и социальные работники должны действовать сплочённой командой. На этом этапе возникает проблема необходимости преодоления естественного психологического отчуждения, существующего между медицинским персоналом, традиционно исповедующим медикоцентрический подход, основанный на наборе формализованных профессиональных знаний, и специалистами по социальной работе, действующими другими методами. Сближение позиций возможно, как с помощью специальных образовательных программ, обеспечивающих дополнительные профессиональные знания у социальных работников, так и через осознание медицинскими работниками всех нюансов социально-психологического состояния своих пациентов [23].

Залогом эффективности социальной работы в решении проблем наркозависимого лица является постоянная связь лечебного процесса с деятельностью по коррекции его социального статуса. Отсюда вытекает необходимость сближения позиций наркологов и социальных работников,

прежде всего с помощью грамотной организации совместного лечебно-реабилитационного процесса. Данный процесс должен быть закреплён в соответствующих нормативных документах, должностных инструкциях и положениях. Одной из основных целей специалистов по социальной работе в реабилитации становится помощь наркоману в осознании особенностей его болезни – он должен помочь человеку, попавшему в зависимость и его семье, научиться полноценно жить несмотря на эту болезнь, не испытывая чувства вины и обречённости [32].

При анализе комплекса социальных проблем, связанных с употреблением ПАВ, целесообразно вычленять те из них, которые формируются на доклиническом, преклиническом и клиническом уровнях, и те, которые являются второстепенными. Это важно в плане определения направленности и содержания отдельных технологий социальной работы в этой сфере, дифференциации её специфических видов, ориентированных на различные контингенты и группы населения [21].

Универсальная технология социальной работы с наркозависимыми клиентами включает несколько стадий: оценка проблем клиента, отбор средств вмешательства, работа с клиентом выбранным методом [52].

Для выявления степени биологической зависимости у клиента необходимо применять методики, которые позволяют определить степень привыкания к наркотическим средствам. Они позволяют определить следующие параметры:

- психологическую зависимость;
- персеверацию (навязчивое воспроизведение одних и тех же движений, мыслей, представлений. Выступает как произвольная форма воспоминания, когда образы спонтанно возникают в сознании. Различают моторные, сенсорные и интеллектуальные персеверации);
- навязчивые эмоции;
- низкую самооценку;

- негативные ригидные установки;
- галлюцинации (восприятия, возникающие без наличия реального объекта при психических, некоторых инфекционных заболеваниях, интоксикациях, травмах головного мозга);
- физическую толерантность;
- физическое привыкание;
- нарушение памяти [52].

Социальная работа с наркозависимыми клиентами предполагает широкий спектр направлений работы:

- 1) выявление наркозависимых лиц;
- 2) формирование у наркозависимых лиц мотивации на участие в реабилитационных программах и стремление к жизни без ПАВ;
- 3) социальное сопровождение наркозависимых лиц при амбулаторном лечении (восстановление в трудовых и профессиональных отношениях, организация посещения курсов по подготовке или переквалификации по востребованным профессиям, обеспечение комфортных условий для работы и лечения);
- 4) восстановление социально-полезных связей наркозависимого лица;
- 5) организация досуга;
- 6) социальное сопровождение (патронаж) в постреабилитационный период [47].

В процессе работы с наркозависимым лицом специалисту по социальной работе необходимо выявить основной спектр проблем клиента и затем составить программу медико-социальной реабилитации.

Таким образом, преодоление наркомании предполагает сочетание профилактических и реабилитационных мер. В реабилитации наркозависимых выделяют несколько направлений: медицинское, психологическое, педагогическое и социальное. Одной из приоритетных задач современных специалистов по социальной работе в области наркологии является активное

воздействие на больного уже в начале процесса лечения. Залогом эффективности социальной работы в решении проблем наркозависимого лица является постоянная связь лечебного процесса с деятельностью по коррекции его социального статуса.

1.3. Организация социально-бытовой реабилитации как технологии социальной работы с наркозависимыми

Наркомания – медико-социальная проблема, поэтому требует комплексного подхода как в клиническом, так и в социальном плане [51].

Нельзя изолированно формировать сознание человека, не изменяя сознания окружающей среды. А это значит, что для борьбы с наркоманией также, как и с другими социальными болезнями, необходимо создание здоровой социальной обстановки, политической стабильности, оздоровления общеэкономической и духовно-нравственной атмосферы в нашей стране.

Борьба с наркоманией в нашей стране ведется в двух основных направлениях: профилактика и лечение (больничная и за больничная амбулаторная помощь).

Основное направление нашей медицины – это профилактика наркомании. Надо проводить борьбу с наркоманами не только там, где они есть, но и там, где могут появиться.

Профилактика – это сложная система комплексных государственных и общественных, социально-экономических и правовых, методико-санитарных, психолого-педагогических и психологических мероприятий [35].

По сути она представляет комплекс мероприятий, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья людей, их творческого долголетия, устранение различных причин заболеваний, улучшение условий труда, быта и отдыха, охрану окружающей среды.

Весь комплекс профилактических мероприятий условно делится на три этапа:

первичная профилактика – это в основном социальная профилактика, массовая и самая эффективная. Она прежде направлена на сохранение и развитие условий, способствующих здоровью человека и предупреждения воздействия различных неблагоприятных факторов. Основа этого типа профилактики – утверждение здорового образа жизни каждого человека и всего общества. здоровый образ жизни означает полноту включения человека в различные формы и способы социальной деятельности согласно оптимального и гармоничного развития всех его подструктур – телесной, психической, социальной [35].

Целенаправленная работа профилактики наркомании, борьба за здоровье человека должно начинаться с раннего детства. по данным анонимного анкетирования, в некоторых регионах 89-90% школьников 5-11 классов имеют знакомых и друзей, употребляющих наркотические вещества, 35-36% наркотики предлагают попробовать, 42-43% уже пробовали (практически каждый второй) и 20% хотели бы попробовать, что это такое, хоть раз в жизни. Маленькие дети начинают формировать свои понятия о наркотических средствах и последствиях их злоупотребления. Подготовка профилактических мероприятий для детей младшего возраста эффективнее чем попытка изменить сравнению прочно укоренившееся представление о наркотических средствах у подростков старших классов.

Однако главная ответственность за воспитание ребенка обычно лежит на родителях. Правильное воспитание заключается в том, чтобы родители осознали, который глубокое влияние они оказывают на детей и их поведение. Родители – это первые воспитатели, формирующие взгляды, склонности и индивидуальные у ребенка [40].

Статистически установлено, что большинство наркоманов воспитывались в неблагополучных семьях. Трудно представить, как могут воспитывать детей

родители, страдающие хроническим алкоголизмом или наркоманией. Даже если пытались представить, что ребенку в такой семье уделено должное внимание (что маловероятно), то все равно детям свойственно копировать поведение своих родителей, особенно в дошкольный период, когда они ищут образец соответствующего для ситуации поведения. Помочь таким людям могут активно, действуя совместно медицинские работники, преподаватели школ, средних специальных учебных заведений, работники правоохранительных органов. Родители не должны занимать пассивную позицию – они обязаны постоянно проводить воспитательную работу, беседы, обсуждения [33].

Увлеченность молодых людей в любой области знаний или искусства (поэзии, литературе, музыке, живописи и др.) – один из действенных путей нормальной, ничем не нарушенного психофизического развития, отдаляет юношей и девушек от наркотических средств.

Правильным воспитанием можно приглушить склонность к употреблению наркотических веществ. Поэтому при воспитании «трудных» детей и подростков необходим максимум внимания и заботы по профилактике возможного развития наркомании.

Вторичная, или социально-медицинская, профилактика направлена на выявление наиболее ранних изменений в организме с целью осуществления немедленного и комплексного лечения, оздоровления микро социальной среды и применения различных воспитательных мероприятий. Очень важно, чтобы антинаркотическая информация охватывала все семьи. Реальные шансы на лечение зависят от того, на какой стадии заболевания начато лечение. Поскольку наркоманы не могут резко прекратить прием наркотиков, то они пытаются постепенно уменьшать дозу. Однако из этого ничего не выходит. Навсегда отказаться от наркотиков надо сразу – раз и навсегда. Сложность проблемы лечения заключается в том, что у больных наркоманией очень трудно выработать установку на лечение [35].

Надо знать, что больной, добровольно явился на лечение не привлекается ни к административной, ни к уголовной ответственности. В этом случае получается врачебная тайна. О заболевании не сообщают за функцию и помощника и консультанта. Во время беседы врач вызывает у больного воспоминания и ассоциации, связанные с теми моментами в жизни, которые повлекли душевный дискомфорт. В этом случае происходит переоценка ценностей, осознание причины болезни, изменение отношения к ней. Тогда причина якобы теряет актуальность, перестает существовать. На этом строится психотерапевтическое лечение больного.

Процесс лечения не простой, он длительный, и к сожалению, последствия лечения зависят не только от возможностей медицинской науки. Необходимость лечения должен быть осознана больным, его желание избавиться тяжелого недуга должно быть сильным.

Активное стремление больного наркоманией к выздоровлению – одно из условий эффективности лечения.

Куда должен обратиться больной наркоманией за медицинской помощью? В нашей стране в системе здравоохранения действует наркологическая служба, цель которой оказывать специализированную помощь больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией. Также, можно обратиться в наркологический диспансер – это организационно-методический центр, объединяющей все структурные единицы наркологической службы. Существуют городские и областные наркологические диспансеры. Кабинет наркологического диспансера размещены в административных районах города. На некоторых крупных промышленных предприятиях существуют наркологические пункты [41].

Организатором наркологической помощи населению является врач-нарколог. Он обнаруживает больных наркоманией, обследует их, берет на диспансерный учет, проводит амбулаторное лечение, при необходимости направляет в наркологический стационар.

В обязанности врача-нарколога входит также организация и проведение профилактической работы. Он осуществляет связь с учреждениями и предприятиями, расположенными в районе обслуживания.

В последние годы в системе наркологической службы организованы наркологические кабинеты анонимного лечения. Больной, который обратился к такому наркологическому кабинету, не сообщает своих паспортных данных. Сведения о его лечении в этом кабинете не поступают в другие лечебные и административные учреждения, т.е. больного не берут на диспансерный учет. Кабинет анонимного лечения организовано во всех крупных городах [51].

Третья, или медицинская, профилактика направлена на предупреждение прогрессирования заболевания, перехода его в тяжелую стадию, предупреждение обострений и осложнений, а также снижение уровня инвалидности и смертности. На данном этапе развития медицины на земном шаре не имеет какого-либо одного радикального метода лечения от наркотической зависимости. Существует много методов лечения от наркомании. К ним относятся как фармакологические, так и психотерапевтические, а также дополнительные методы лечения, основанные на так называемой поведенческой терапии. Сроки лечения могут быть разными [35].

Сейчас в учреждениях разработаны определенные принципы и подходы к лечению наркомании:

- 1) добровольность – это один из основных факторов эффективности лечения;
- 2) индивидуальность. Она определяется тем, что в каждом конкретном случае учитывают удельный вес медикаментозных и не медикаментозных методов лечения, обусловленных различным соотношением биологических и социально-психологических факторов в развитии болезни;

3) комплектность. Является одним из главных принципов лечения, сочетающий различные методы лечения, сочетающий различные методы лечения, сочетающий различные методы лечения на всех его этапах [1].

С помощью стационарного лечения удается соблюсти главное правило – воздержание от наркотика с первых дней лечения. Стационарное лечение проводят в наркологических учреждениях и только при отсутствии таковых – психиатрических [5]. После выписки из стационара каждый больной должен находиться под диспансерным наблюдением врача-нарколога для проведения против рецидивной, поддерживающей терапии и периодически проходить курс психотерапии, физиотерапии, общеукрепляющего лечения, гидротерапии.

Социально-бытовая реабилитация наряду с социально-средовой реабилитацией входит в понятие социальной реабилитации, которая представляет комплекс мер, направленных на создание и обеспечение условий для наркозависимых, восстановление социального статуса и утраченных связей [21].

Социально-бытовая реабилитация – формирование новых или восстановление утраченных человеком трудовых и профессиональных навыков и впоследствии его трудоустройство [24].

Социально-бытовая реабилитация направлена на восстановление функций самообслуживания, достижения своей цели – реабилитации и восстановление социальных связей личности. Так же, социально-бытовая реабилитация содержит в себе восстановление трудоспособности и осознания себя, как личности.

Основные направления деятельности по социально-бытовой реабилитации:

- выявление реабилитационного потенциала клиента (оценка уровня творческой активности, оценка уровня мотивации к профессиональной деятельности, сопоставление зависимости с возможностями и видами адаптации в социуме):

- развитие социально-бытовых навыков (обучение самообслуживанию, пользованию бытовой техникой);
- проведение занятий по социально-коммуникативной адаптации и профилактике дезадаптации (создание клубов общения, проведение массовых мероприятий с целью восстановления коммуникативных связей клиента);
- социально-педагогическая коррекция, включающая в себя ряд мероприятий по восстановлению социально-бытовых навыков (занятия по индивидуальным программам) [21].

Есть некоторые формы реабилитации:

1) психологическая форма реабилитации – это воздействие на психическую сферу больного, на преодоление в его сознании представления о бесполезности лечения. Эта форма реабилитации сопровождает весь цикл лечебно-восстановительных мероприятий;

2) педагогическая реабилитация – это мероприятия воспитательного характера. Проводятся мероприятия, предусматривающие их подготовку к различным доступным им видам деятельности, создающие также уверенность в том, что приобретенные знания в той или иной области окажутся полезными в последующем трудоустройстве;

3) социально-экономическая реабилитация – это целый комплекс мероприятий: обеспечение пациента необходимым и удобным для него жилищем, находящимся вблизи места работы, поддержание уверенности клиента в том, что он является полезным членом общества;

4) профессиональная реабилитация предусматривает презентации образовательных учреждений из разных направлений. После данной презентации остаются брошюры, которые забирают реабилитирующиеся интересующих их учреждений. Это делается все для того, чтоб после успешной реабилитации, клиент мог поступить в университет, основываясь на своих интересах [24].

В реабилитационных центрах широко используется метод трудовой терапии, основанный на тонизирующем и активизирующем воздействии труда на психофизиологическую сферу человека. Длительная бездеятельность расслабляет человека, снижает его энергетические возможности, а работа повышает жизненный тонус, являясь естественным стимулятором.

Трудовая терапия как метод восстановительного лечения имеет важное значение для постепенного возвращения больных к обычному жизненному ритму. Большую роль трудовая терапия играет при заболеваниях и травмах костно-суставного аппарата, предотвращая развитие стойких анкилозов (неподвижность суставов) [21].

Особое значение трудовая терапия приобрела при лечении психических болезней, которые часто являются причиной длительной изоляции больного от общества. Трудовая терапия облегчает взаимоотношения между людьми, снимая состояние напряженности и беспокойства. Занятость, концентрация внимания на выполняемой работе отвлекают пациента от его болезненных переживаний [49].

Значение трудовой активизации для душевнобольных, сохранения их социальных контактов в ходе совместной деятельности так велико, что трудовая терапия как вид медицинской помощи раньше всех была использована в психиатрии. Кроме того, трудовая терапия позволяет приобрести определенную квалификацию.

Бытовая реабилитация – это предоставление реабилитирующемуся осознать всю сущность бытовой среды, найти занятие по его интересам, которое будет занимать его время и не давать думать о наркотиках.

В последнее время большое значение придается спортивной реабилитации. Участие в спортивно-реабилитационных мероприятиях позволяет преодолевать страх перед обществом, формировать культуру отношения к слабому, быть достаточно свободным и независимым [46].

Одним из методов социально-бытовой реабилитации является трудовая терапия. Трудовая терапия – это метод лечения, основанный на использовании трудовых процессов, главным образом для восстановления, развития или компенсации утраченных, либо исходно недостаточных функций [24].

Трудовые движения стимулируют физиологические процессы и функцию основных систем больного, мобилизируют его волю, дисциплинируют и приучают к концентрации внимания, создают бодрое настроение, освобождают от мыслей и побуждений, возникающих на почве бездействия и праздного времяпрепровождения, отвлекают от ухода в болезнь.

Трудовая терапия возбуждает психическую активность, направляя ее в русло предметной, осмысленной, результативной и дающей удовлетворение деятельности. Она заключается в том, что пациенты под руководством трудинструктора несколько часов в день работают на улице или занимаются домашним хозяйством. Цель этого направления – открыть в себе новые качества, развить новые навыки, получить удовольствие от работы [22].

Трудовая терапия в реабилитационном центре организуется с использованием необходимого оборудования и помещений и может представлять собой как простые технологии, так и реальное производство. Практически во всех реабилитационных центрах имеется приусадебный огород. Наркозависимые занимаются выращиванием овощей, убирают помещения, территорию, сами стирают белье, одежду и т.п. При возможности достигается самообеспечение реабилитационного центра продуктами питания на базе собственных животноводческих ферм, огородов с теплицами, садов. Труд не является самоцелью. Занятия трудом направлены на то, чтобы привить реабилитируемым молодым людям привычку к систематической работе, они должны усвоить все необходимые навыки самообслуживания [24].

В реабилитационных центрах наркозависимые, как правило, получают какие – то профессионально значимые навыки, например, мужчины – навыки строительных работ, женщины – навыки кроя и шитья.

«Бригады» пациентов могут получать заказы от местной администрации на различные работы вне территории центра (в парках, в лесу, на фермах, в строительстве и т.п.). Пациенты, получив необходимую подготовку, могут включаться в деятельность близлежащих предприятий.

Персонал при организации досуга пациентов должен поощрять их творчество, носящее конструктивно-содержательный характер, и одновременно ненавязчиво осуществлять контроль [28].

При организации трудотерапии в рамках реабилитационного процесса необходимо учитывать действующие для наркозависимых граждан ограничения по занятости отдельными видами профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности [29].

Согласно Постановлению Правительства РФ «О перечне отдельных профессий, куда закрыт доступ наркозависимым гражданам» от 24.05.11 г. устанавливаются ограничения для больных наркоманией: это работа с использованием «секретных» сведений, работы в детских учреждениях, все виды деятельности в области атомной энергии, аварийно-спасательные работы, медицинская деятельность и пр. Всего в списке 28 профессий [36].

Таким образом, социально-бытовая реабилитация и трудовая реабилитация переплетаются в своем содержании и принципах. Лечение трудом, т.е. трудовая терапия, является составной частью социально-бытовой реабилитации, направленной как на восстановление биологических, так и социальных функций наркозависимого.

Выводы по первой главе

Анализ тревожной ситуации эпидемии наркотизма в России, особенно среди молодежи, подтверждает, что наркомания – важнейшая социальная проблема. Ее решение осуществляется в учреждениях, которые реализуют профилактику и реабилитацию наркозависимых. Это сеть начала

формироваться в 90-е гг. XX в. и сегодня включает комплексные центры социального обслуживания населения, образовательные учреждения различных типов и видов, центры социальной помощи семье и детям и наркологические реабилитационные центры.

Социальная работа с наркозависимыми является важной частью медико-социальной реабилитации и состоит из нескольких стадий: оценка проблем клиента, отбор средств вмешательства, работа с клиентом выбранным методом, в том числе в рамках социально-бытовой реабилитации.

Социально-бытовая реабилитация наряду с социально-средовой реабилитацией входит в понятие социальной реабилитации, которая представляет комплекс мер, направленных на создание и обеспечение условий для наркозависимых, восстановление социального статуса и утраченных связей. Также, научиться самостоятельно заботиться о себе и добывать продукты (выращивать овощи, чему также учат в данном центре). Одним из методов социально-бытовой реабилитации является трудовая терапия. Трудовая терапия – это метод лечения, основанный на использовании трудовых процессов, главным образом для восстановления, развития или компенсации утраченных, либо исходно недостаточных функций.

Социально-бытовая реабилитация направлена на восстановление функций самообслуживания, достижения своей цели – реабилитации и восстановление социальных связей личности за счет восстановления трудоспособности.

Глава 2. Опыт организации социальной работы в реабилитационном центре для наркозависимых

2.1. Анализ деятельности реабилитационного центра «Урал без наркотиков»

Комплексная работа с наркозависимыми осуществляется в единственном на территории Свердловской области наркологическом реабилитационном центре «Урал без наркотиков». Нами была проанализирована деятельность данного учреждения.

Наркологический реабилитационный центр «Урал без наркотиков» создан 4 июля 2012 года, главный врач – Поддубный А.В.

Центр призван оказывать наркологическую и психологическую помощь, медико-социальную реабилитацию жителям Свердловской области, а также проводить мероприятия по восстановлению профессиональных, трудовых навыков пациентов, оказывать содействие в поиске жилья и в трудоустройстве своих пациентов (Приложение 2).

Целью ГАУЗ СО «НРЦ «Урал без наркотиков» является реализация комплекса медицинских (лечебных), психологических, социальных, образовательных и трудовых мер, направленных на восстановление физического и психического состояния больных, коррекцию способности приспособления к окружающей среде, полноценного функционирования в обществе без употребления психоактивных веществ, вызывающих наркологическое заболевание.

Центр «Урал без наркотиков» осуществляет широкий спектр задач, связанных с реабилитацией наркозависимых, которые непосредственно осуществляются штатом специалистов центра, в том числе и специалистом по социальной работе, либо под его руководством:

1) оказание наркологической помощи лицам, страдающим психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ;

2) проведение медико-социальной реабилитации;

3) формирование у пациентов ответственности за свое поведение, навыков здорового образа жизни с установками на трезвость и отказ от употребления психоактивных веществ и тренировка этих навыков в реальных ситуациях самообслуживания, коммуникации, взаимодействия, трудовой и досуговой деятельности;

4) проведение мероприятий по восстановлению профессиональных и трудовых навыков пациентов, стабилизации трудовых отношений;

5) оказание помощи пациентам в вопросах оформления необходимых документов и решения проблем с жильем, трудоустройством;

6) анализ эффективности оказываемой реабилитационной помощи во время пребывания больных в реабилитационном центре и после выписки из него;

7) осуществление взаимодействия с организациями, оказывающими социальную помощь, по оказанию комплексной социальной поддержки пациентов в вопросах трудоустройства, обеспечения жильем.

Исходя из вышесказанного, стоит отметить, что реализация социально-бытовой реабилитации является одной из задач учреждения.

Социальной реабилитации в данном учреждении является взаимодействие с другими реабилитирующимися, с которыми пациенты «Урала без наркотиков» принимают участие в спортивных мероприятиях как на своей территории, так и на территории соперников. Так же проводятся семинары с уже вышедшими реабилитирующимися из данного центра и конечно же, проводятся беседы с родными. Все это делается для того, чтоб клиент поверил в себя и окружающую среду и за пределами центра, в дальнейшем, мог

отказаться от наркотических веществ и обосновался в нашем мире как абсолютно здоровый человек с новой историей жизни.

В реабилитационном центре «Урал без наркотиков» осуществляется различный спектр методов реабилитации, способствующих не только решению проблемы потребления наркотических веществ, но и ресоциализации клиента в контексте трудовых отношений. Рассмотрим более подробно методы реабилитации:

- «терапия» занятостью и организация досуга;
- социо-терапевтические технологии;
- духовно-ориентированные технологии.

Терапия занятостью представляют собой две взаимосвязанные технологии, которые используются на всех этапах реабилитации и в постреабилитационном периоде. К первой технологии относятся: самообслуживание, трудотерапия, учеба, спорт, кружки по интересам и др. Следует учитывать, что «терапия» занятостью и режим дня являются одной из основ реабилитационного процесса, направленного на развитие у пациента таких качеств, как организованность, дисциплинированность, ответственность, терпеливость, сила воли, умение ценить личное свободное время, уважение к персоналу и пр. Поэтому они должны соблюдаться строго и неукоснительно. Весь персонал реабилитационного учреждения (стационар, амбулатория) обязан объяснять пациентам значение «терапии занятостью» и необходимость соблюдения режима дня, правил и норм поведения.

Организация досуга направлена на предотвращение состояния «безделья», при котором у наркологического больного возникает целый ряд эмоциональных расстройств и негативных ассоциаций, в том числе и обостряется патологическое влечение к ПАВ, что приводит к неадекватным формам поведения и рецидивам болезни. Эта технология включает: систематическое ведение тематического дневника, выполнение домашних заданий, чтение преимущественно рекомендуемой литературы (особенно в

первые недели реабилитации), прогулки, дозированные спортивные занятия (футбол, волейбол, карате, занятия в тренажерном зале и др.).

На практике изучен метод организации досуга и «терапия» занятостью. Изучен режим и распорядок дня наркозависимых лиц в реабилитационном центре, проанализированы способы организации свободного времени. Распорядок дня наркозависимых лиц предполагает периодическую смену видов деятельности, умственные нагрузки сменяются физическими, данный режим способствует не только гармоничному протеканию процесса выздоровления, но и закалке силы воли.

Социо-терапевтические технологии, представляют предмет непосредственной деятельности социальных работников, работу которых координирует специалист по социальной работе. В этом блоке технологий в центре специалистами осуществляется следующий набор услуг: юридическая помощь, обеспечение психологической и социальной поддержки, психотерапевтическая поддержка семьи. Однако, реализация услуг по организации учебы (обучения), приобретению реабилитантами профессии и трудоустройства осуществляется частично.

Реализация социо-терапевтических технологий в определенной мере гарантируется Приказом Министерства здравоохранения России №500 от 22 октября 2003 год [45]. В данном нормативно-правовом акте вспомогательные социальные требования к реабилитации в условиях реабилитационного учреждения включают:

- создание условий для трудовой деятельности, профессионального обучения (при необходимости и возможностях – учебы), занятий спортом, творческой деятельностью, проведения культурно-массовых и содержательных досуговых мероприятий (в случаях осуществления реабилитационных программ в амбулатории, больные вовлекаются, мотивируются в названные виды деятельности);

- обеспечение реабилитируемых больных постоянной занятостью, создание условий для трудовых процессов и выработка способностей к регулярному труду, относятся к основным принципам медико-социальной реабилитации. В рамках данной работы специалисты осуществляют организацию концертов, приуроченных к определенным праздникам, конкурс КВН, организацию различных кружков по интересам.

В рамках выполнения курсовой работы мы были задействованы в организации концерта, посвященного Международному дню здоровья. В период подготовки к мероприятию, совместно со специалистом по социальной работе был разработан план проведения мероприятия, и мы приняли участие в рабочих совещаниях и репетициях концерта.

Наши наблюдения показывают, что специалист социальной работы данного центра осуществляет разнообразную социально-психологическую, коррекционную и обучающую работу, а именно в его задачи входит:

- приобщение больного к труду, учебе и творческой деятельности;
- коррекция поэтапной адаптации больных к условиям реабилитационного учреждения;
- психокоррекция поведенческих расстройств;
- контроль за поведением, овладением трудовыми навыками, успехами в работе, учебе и пр.;
- помощь в восстановлении нарушенных семейных отношений и социальных связей, в решении социально-бытовых проблем;
- содействие в трудоустройстве, профессиональном обучении, продолжении учебы после выписки из реабилитационного стационара или в период реабилитации в условиях амбулатории;
- консультирование по правовым вопросам;
- оказание содействия включению пациентов и их родственников в группы самопомощи и взаимопомощи – анонимных наркоманов (НА), анонимных алкоголиков (АА), Ал-Атин, Нар-Анон;

- психотерапевтическая работа с родственниками больных по вопросам созависимости;
- обеспечение информацией: о лечебных и реабилитационных наркологических учреждениях; о реабилитационных программах; об общественных организациях и религиозных конфессиях, занимающихся проблемами наркомании; о возможностях приобретения популярной литературы и методических материалов по антинаркотической тематике; о культурно-массовых мероприятиях против наркотиков и пр.
- проведение культурно-массовых, спортивных и досуговых мероприятий, способствующих реабилитации больных;
- привлечение выздоравливающих больных и их родственников в реабилитационную и профилактическую деятельность в качестве волонтеров и добровольных помощников.

Третий вид технологий, применяемых в Центре, духовно-ориентированные технологии – религия, этика и эстетика жизни, гуманизм как форма жизненной практики, широко используются для реабилитации наркологических больных. Опыт наркологической практики показывает, что многие синдромальные нарушения, личностные психологические нарушения и травмы, порой неподдающиеся лечению традиционными методами и технологиями современной наркологии, достаточно успешно нивелируются путем использования гуманитарных или религиозных концепций, установок, направлений. Мировоззренческие, высоконравственные и религиозные убеждения играют значительную роль в предотвращении срывов и рецидивов заболевания, в становлении длительных ремиссий. В этой связи очень важно в структуре мировоззренческих позиций вычленять и способствовать развитию аксиологических установок, как системы взглядов, основанных на понимании и утверждении сакральных моральных принципов (ценности человеческой жизни, добра, зла, любви, веры, труда и пр.).

Изменяясь, постепенно обретая нравственное и особенно духовное очищение, наркологическим больным значительно легче противостоять и биологическими проявлениями болезни.

Периодически в рамках реализации духовно-ориентированной технологии реабилитационный центр раз в месяц посещает представитель Русской Православной Церкви – Отец Алексей, который проводит духовные беседы с реабилитантами центра.

Социальной реабилитацией в данном учреждении является взаимодействие с другими клиентами реабилитационных центров, с которыми пациенты «Урала без наркотиков» принимают участие в спортивных мероприятиях как на своей территории, так и на территории соперников.

Таким образом, реабилитационный процесс в НРЦ «Урал без наркотиков» осуществляется комплексно, в него включено множество специалистов в области медицины, психологии и социальной работы. В качестве партнеров привлекаются служители церкви.

Наркологический центр применяет разнообразный спектр методов и технологий реабилитации: «терапия» занятостью и организация досуга; социотерапевтические и духовно-ориентированные технологии, которые способствуют успешной ресоциализации наркозависимых лиц.

Проанализировав опыт деятельности наркологического реабилитационного центра «Урал без наркотиков», можно сделать вывод, что социально-бытовая реабилитация наркозависимых лиц осуществляется через организацию досуга, а трудовая реабилитация выражается в помощи наркозависимым в дальнейшем трудоустройстве и получении образования. Центр имеет методические разработки, которые позволяют специалистам организовать эффективную реализацию методов социально-бытовой и трудовой реабилитации с их последующим мониторингом. В параграфе 2.2 представлены его результаты.

2.2. Диагностика удовлетворенности клиентов социально-бытовыми условиями и рекомендации

Исследование (анкетирование) проводилось в период с 18 января по 14 февраля 2016 г. Цель данного исследования – выявление степени удовлетворенности социально-бытовыми условиями, созданными в реабилитационном учреждении «Урал без наркотиков». В процессе анкетирования было опрошено 30 человек (Приложении 3).

Из общего числа опрошенных клиентов большинство полностью удовлетворены жилищно-бытовыми условиями (85%), это в 4 раза больше тех, кто частично удовлетворен (15%). Не было выявлено тех, кто не доволен. Согласно этим данным, можно сделать вывод о том, что жилищно-бытовые условия в реабилитационном центре «Урал без наркотиков» находятся на высоком уровне (Рисунок 1).

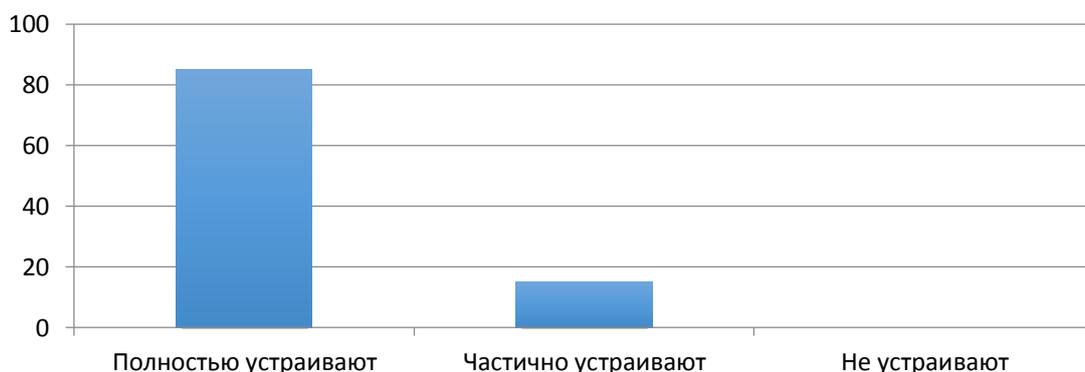


Рис. 1. Жилищно-бытовые условия

При ответе на следующий вопрос клиенты реабилитационного центра «Урал без наркотиков» разделились на две группы: 69% опрошенных считают, что возможность трудоустройства полностью соответствует требованиям законодательства РФ, а 31% отмечают, что возможность есть, но ее можно реализовать не в полной мере. На данном вопросе не было выявлено тех, кто считает, что возможность трудоустройства в учреждении не соответствует

законодательству РФ. Согласно исследованию по данному вопросу, требования законодательства РФ в связи с трудоустройством в учреждении, по мнению наркозависимых, соблюдены (Рисунок 2).

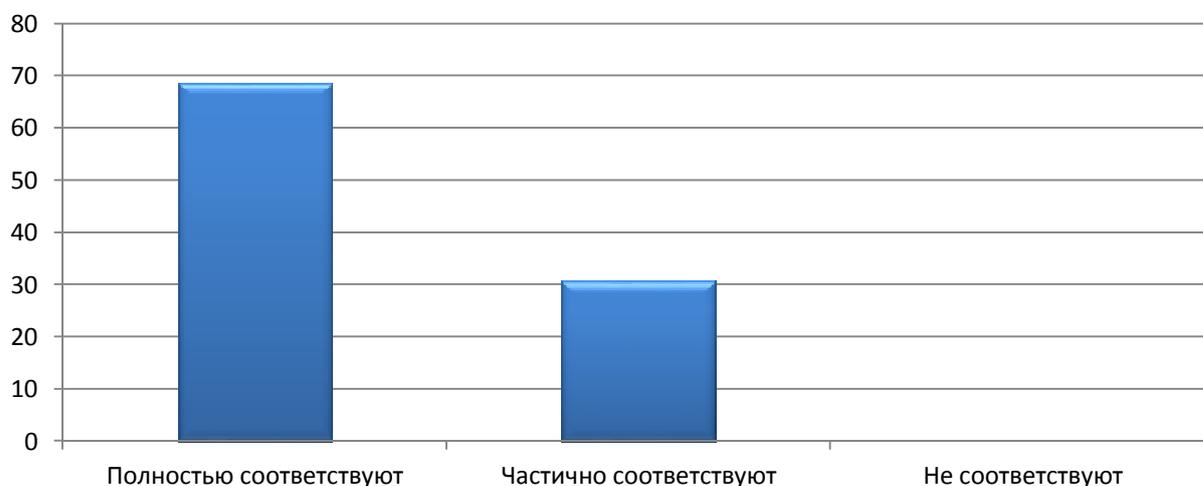


Рис. 2. Трудоустройство в учреждении в соответствие с требованиями законодательства

Работой медицинской части учреждения «Урал без наркотиков» не удовлетворены 11% зависимых, частично удовлетворены 47%, что на 5% превышает количество тех, кто полностью удовлетворен оказанием медицинской помощи. Данные опроса говорят о необходимости улучшения качества оказания медицинской помощи в учреждении (Рисунок 3).

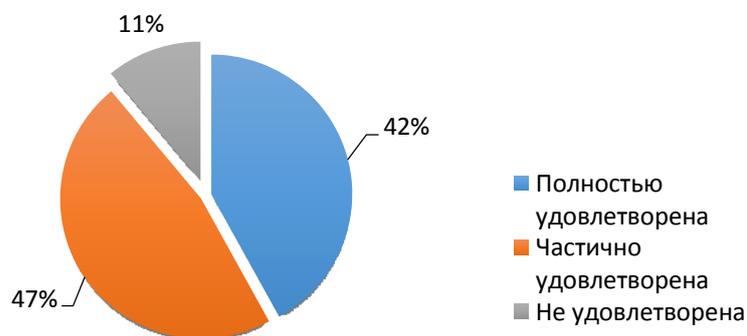


Рис.3. Работа медицинской части

Работа столовой «Урал без наркотиков» находится на уровне выше среднего. Об этом свидетельствуют данные опроса наркозависимых. Не было выявлено тех, кто не удовлетворен работой столовой. Большинство реабилитирующихся полностью удовлетворены качеством приготовления пищи и меню (70%), 30% – частично удовлетворены (Рисунок 4).

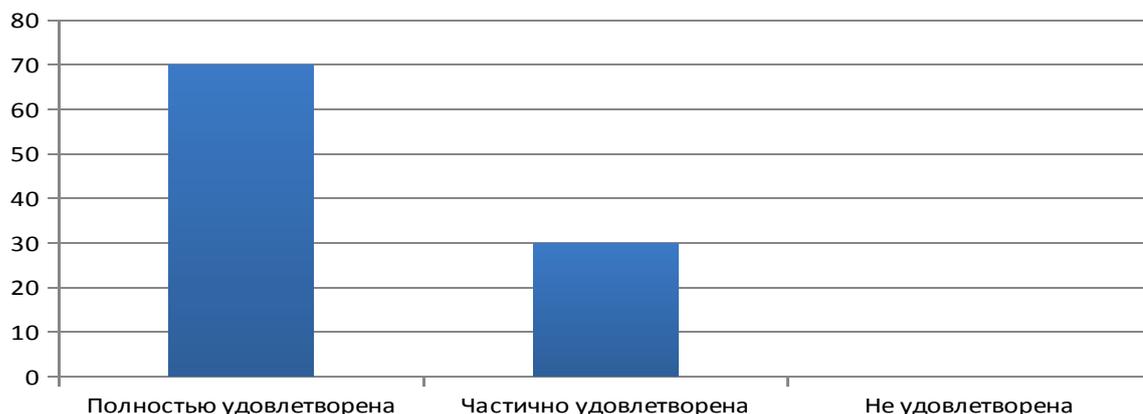


Рис. 4. Работа столовой

Из общего числа опрошенных 1/5 часть беспокоятся за свою личную безопасность, что в процентном соотношении составляет 20%, частично удовлетворены 22%, полностью удовлетворены 58%. В связи с этим, сотрудникам учреждения необходимо усилить работу по обеспечению личной безопасности реабилитирующихся (Рисунок 5).

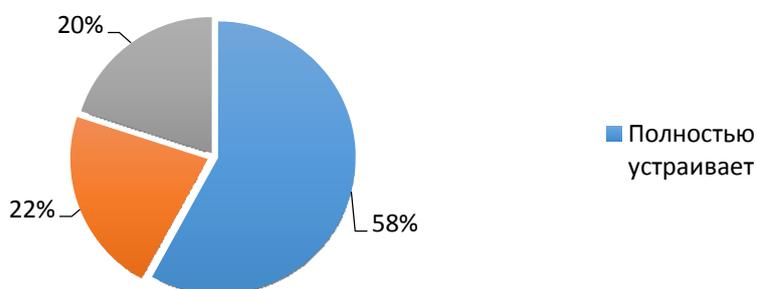


Рис. 5. Обеспечение личной безопасности

Из 30 опрошенных 29 полностью или частично удовлетворены отношением сотрудников к ним, что в процентном соотношении составляет около 90%. Только 1 человек недоволен отношением сотрудников. Согласно этому, можно сделать вывод о том, что сотрудники проявляют достаточное внимание к реабилитирующим (Рисунок 6).

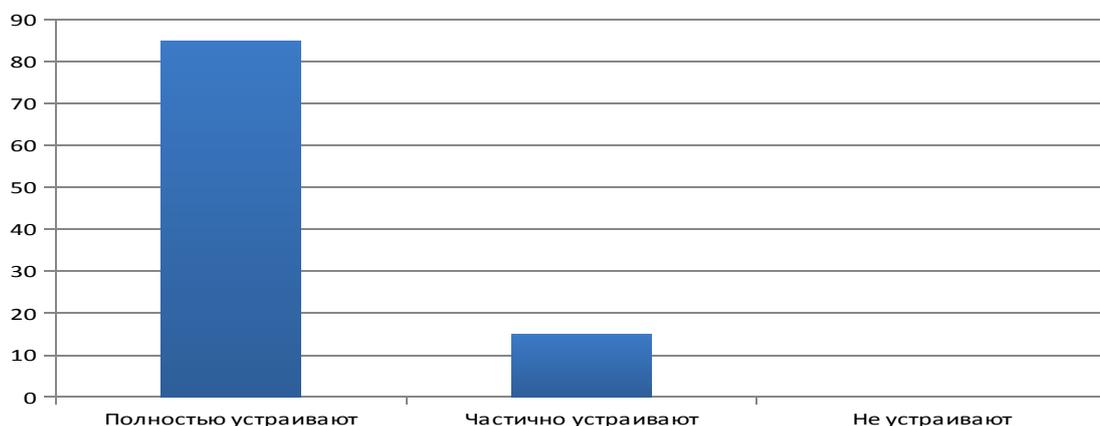


Рис. 6. Отношение сотрудников к реабилитирующим

Из общего числа опрошенных клиентов большая часть удовлетворена условиями (полностью (60%) и частично (34%)), созданными в учреждении для занятия спортом, занятий художественной самодеятельностью и кружками. Однако есть и те, кто не удовлетворен (6%). Из этого следует, что необходимо обратить внимание на решение данного вопроса (Рисунок 7).

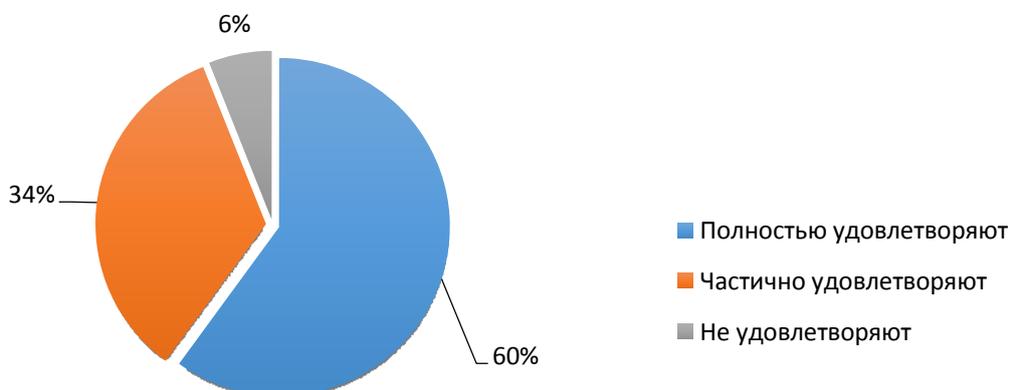


Рис. 7. Условия, созданные в учреждении для занятия спортом и кружками

Из опрошенных реабилитирующих учреждения «Урал без наркотиков», большая часть доверяют родственникам (50%), затем воспитателям (25%), психологу (16%), никому (5%), руководству (4%). Нет доверия к друзьям-осужденным и правозащитным общественным организациям (Рисунок 8).

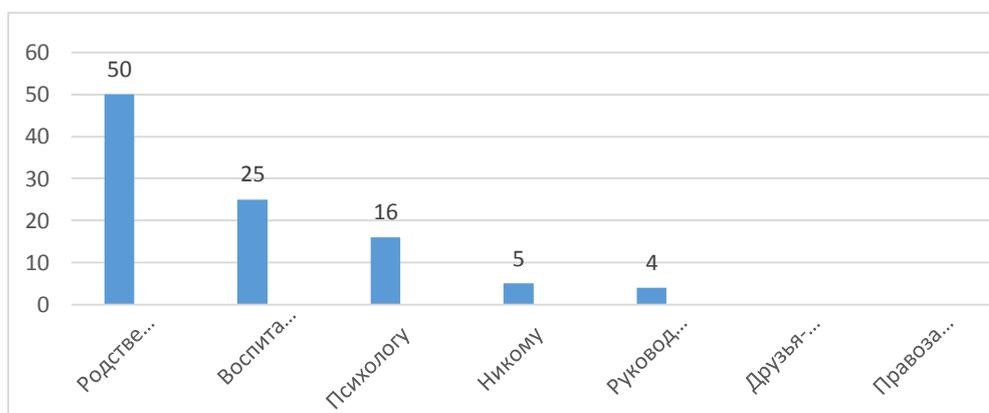


Рис. 8. Кому Вы доверяете, находясь в реабилитационном центре

Администрация совместно с сотрудниками учреждения быстро, оперативно и своевременно разрешают конфликтные ситуации между реабилитирующими. Об этом свидетельствуют результат опроса (Рисунок 9).

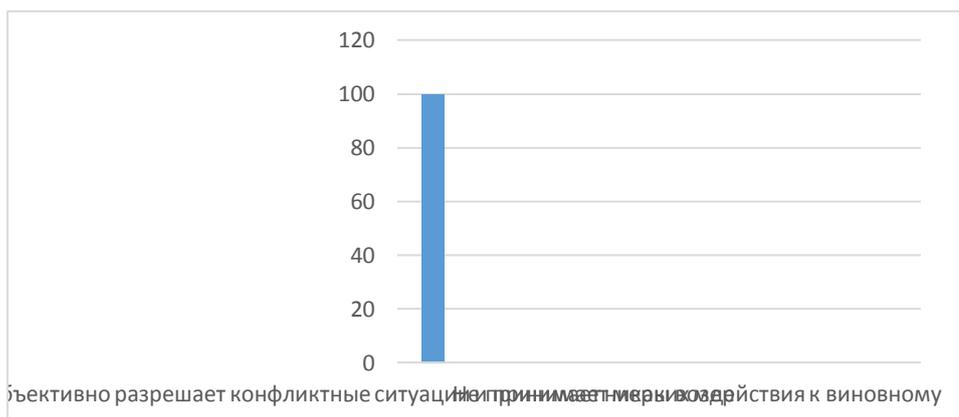


Рис. 9. Действия администрации центра при разрешении конфликтов между реабилитирующими

За последние полгода деятельность администрации учреждения стала более продуктивной. Об этом свидетельствуют следующие данные: 65% реабилитирующихся, считают, что стало лучше, стало хуже 12% и ничего не изменилось 23% (Рисунок 10).

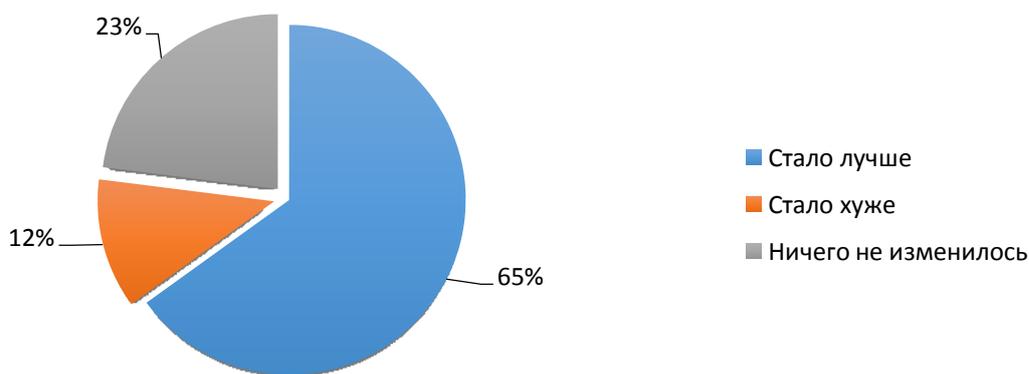


Рис. 10. Перемены в работе учреждения за последние полгода

Анализируя возраст участвовавших в исследовании реабилитирующихся, можно сделать вывод, что основная масса – наркозависимых средних лет, а именно от 18 лет до 40 лет, что составляет 75% всех опрошенных наркозависимых в центре «Урал без наркотиков» (Рисунок 11).

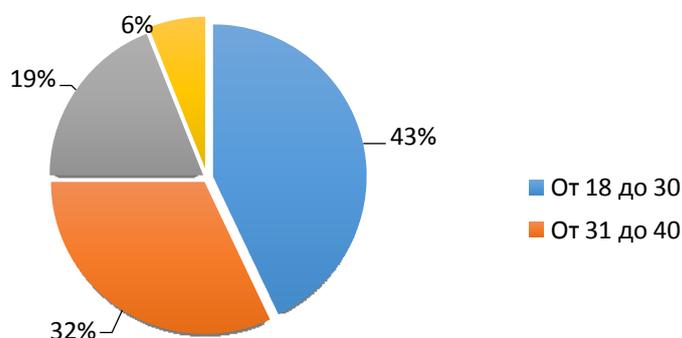


Рис. 11. Возраст реабилитантов, участвовавших в исследовании

Из общего числа опрошенных реабилитирующих большинство имеют среднее основное образование (44%), 25% имеют полное среднее образование, 16% среднее специальное, 10% имеют высшее образование. Вариант «другое» 5%, указав в скобках «неоконченное высшее образование» (Рисунок 12).

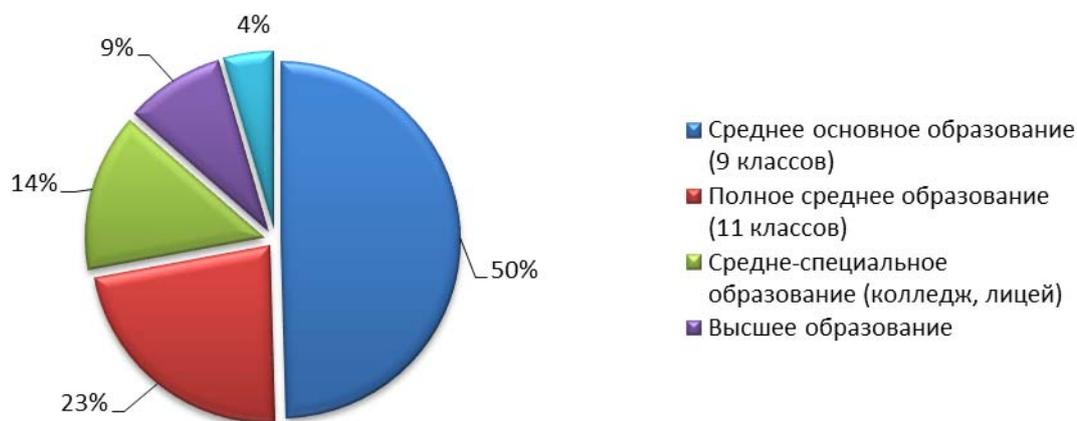


Рис. 12. Образование клиентов, участвовавших в исследовании

Таким образом, анкетирование показывает, что реабилитирующиеся удовлетворены жилищно-бытовыми условиями и трудоустройством в данном учреждении; большинство реабилитирующих устраивает качество приготовления пищи и меню (т.е. работой столовой); отношение сотрудников к реабилитантам хорошее; действия администрации и сотрудников учреждения (при разрешении конфликтов) одобряются, а также стоит отметить, и в целом, за последние полгода деятельность учреждения стала более продуктивной.

Но, также есть факторы, которые необходимо улучшить. По данным исследования, необходимо улучшить качество оказания медицинских услуг, усилить работу по обеспечению личной безопасности реабилитирующих, и необходимо обратить внимание на решение вопроса с условиями, созданными для занятия спортом, художественной самодеятельностью и кружками, а также

необходимо обратить внимание на организацию мероприятий, которые после курса реабилитации помогут трудоустроиться клиенту.

На основе проведенного исследования, мы разработали рекомендации, которые представляют собой комплекс мероприятий (Таблица 1), направленных на социально-бытовую и трудовую реабилитацию, на организацию социальной работы, а именно на освоение или восстановление утраченных профессиональных и трудовых навыков, а в дальнейшем – трудоустройство.

У реабилитантов после курса реабилитации имеются затруднения при устройстве на работу и мероприятия, которые мы предлагаем, помогут им в дальнейшем с трудоустройством. Например, после окончания курсов и успешной сдачи экзаменов, клиент получает сертификат о прохождении курса, на который работодатель обратит внимание и есть вероятность, что возьмет на работу. Также, можно работать на дому, получая заработок от проделанной работы (пошив одежды, ремонт одежды, игрушки и посуда из дерева, шкатулки, украшения, статуэтки и т.д.). Например, благодаря курсам «Мастера по тканям», можно экономить на покупке одежды, то есть шить одежду для себя и для своей семьи.

Таблица 1

Тематический план и организация мероприятий

№ п/п	Тема	Кол-во занятий	Сроки проведения	Исполнители
1.	Профориентационная лекция от Центра занятости населения «Работа – путь к успеху»	1	Конец сентября – начало октября 2016 года	Специалист и профконсультант Центра занятости населения Чкаловского района, а также волонтеры-студенты УрГПУ
2.	Курсы по швейному мастерству для начинающих «Мастера по тканям»	25 занятий по 2 часа	С начала октября до середины декабря 2016 года	Преподаватель-модельер «Колледжа

				швейного производства»
3.	Курсы резьбы по дереву для начинающих «Дерево успеха»	15 занятий по 2 часа	С октября до декабря 2016 года	Мастер резьбы по дереву и мастер-помощник «Столярной мастерской прикладного творчества «Резьба по дереву»
4.	Мастер-класс «Геометрическая резьба по дереву»	1	Середина декабря 2016 года	Мастер резьбы по дереву и руководитель «Дома культуры «Дровосек»
5.	Всего	42 часа		

Рассмотрим предложенные формы работы и их организацию.

Для организации данных мероприятий, необходимо взаимодействие с различными культурно-досуговыми и образовательными учреждениями (Схема 1), которые, непосредственно, будут проводить курсы, лекции и мастер-классы, которые направлены на организацию социальной работы и на социально-бытовую и социально-трудовую реабилитацию.



Схема 1. Взаимодействие центра с культурно-досуговыми и образовательными учреждениями

Программа рассчитана на три месяца. Это связано с тем, что курс реабилитации наркозависимых имеет продолжительность 5-7 месяцев. Первые 3 месяца являются самыми сложными для реабилитантов – предреабилитационный (медицинский) и начало реабилитационного периода. В связи с тем, что происходит ломка, стресс, адаптация к новым условиям, поэтому мы рекомендуем проводить разработанные нами мероприятия, начиная с третьего месяца реабилитационного периода (в нашем случае, следующий курс реабилитации начинается в июне 2016 года, поэтому мы предлагаем проводить мероприятия с конца сентября 2016 года).

Первое занятие (Занятие 1. Профориентационная лекция от Центра занятости населения «Работа – путь к успеху») представляет собой лекцию и нацелено на формирование представлений о положении на рынке труда, также на организацию социальной работы и на оказание содействия в поиске подходящей вакансии.

Задачи:

- рассказать о деятельности Центра занятости;
- познакомить с техникой постановки на учёт по безработице;
- кратко рассказать об актуальных профессиях и положении на рынке труда.

Оборудование: кабинет для проведения лекции, материалы и информационная презентация от Центра занятости населения, компьютерное оборудование (ноутбук, проектор), информационные брошюры от УрГПУ.

Исполнители: специалист и профконсультант Центра занятости населения Чкаловского района (г. Екатеринбург, ул. Ляпустина, д. 11), а также волонтеры-студенты УрГПУ (г. Екатеринбург, пр. Космонавтов, 26).

Сроки проведения: конец сентября – начало октября 2016 года.

Ход лекции:

- рассказ о деятельности Центра занятости, о его структуре, целях и задачах;

- рассказ о правах клиента, который прошел реабилитацию;
- обзор основных документов, которые необходимы при устройстве на работу, при постановке на учет по безработице;
- составление резюме;
- обзор актуальных профессий на рынке труда;
- профориентационное выступление студентов УрГПУ о направлениях очной и заочной формы обучения;
- компьютерное тестирование клиентов на профориентацию;
- ответы на вопросы, которые возникли у клиентов.

Второе занятие (Занятие 2. Курсы резьбы по дереву для начинающих «Дерево успеха») преследует цель: освоение основных видов резьбы по дереву, далее получение сертификата о прохождении данного курса, необходимого при устройстве на работу и на организацию социальной работы.

Задачи:

- освоить основные виды резьбы по дереву;
- организовать социально-бытовую и трудовую реабилитацию с помощью курсов «Дерево счастья»;
- показать перспективы полученных знаний и умений;
- получить сертификат об окончании курсов «Дерево счастья».

Оборудование: кабинет для проведения занятий, рабочее место, отрезок доски, нож-косяк, карандаш, линейка.

Исполнители: преподаватель-модельер «Колледжа швейного производства» (г. Екатеринбург, ул. Репина, 78).

Сроки проведения: с начала октября до середины декабря 2016 года.

В ходе обучения:

1) основная часть: клиент познакомится с техникой безопасности при работе ручным режущим инструментом; научится работать с инструментом и подготавливать его к работе; научится проектировать рисунки и чертежи; изучит основные приемы выполнения резьбы; узнает, как и где применять

полученные знания и умения; выполнит практическое занятие: выполнение фоторамки;

- 2) сдача экзаменов по теоретической части курсов;
- 3) выполнение практической итоговой работы;
- 4) получение сертификата о прохождении курса «Дерево успеха».

Третье занятие (Занятие 3. Курсы по швейному мастерству для начинающих «Мастера по тканям») посвящено освоению первичных профессиональных навыков по раскрою, шитью изделий и исправлению дефектов, направлено на организацию социальной работы и на получение сертификата, необходимого при устройстве на работу.

Задачи:

- направить умения клиентов в профессиональную деятельность для дальнейшего получения денежного дохода;
- организовать социально-бытовую и трудовую реабилитацию с помощью данных курсов;
- получить сертификат о прохождении курса «Мастера по тканям».

Оборудование: кабинет для проведения курсов, оборудованное рабочее место, швейные машинки, ткань, нитки, иглы, сантиметровая лента, листы для чертежей.

Ход курса:

- 1) организационный момент:

вводная беседа о значимости данных курсов, о возможностях использования полученных навыков, о дальнейшем трудоустройстве и краткий обзор тем, которые входят в курс «Мастера по тканям»;

- 2) основная часть:

в процессе обучения клиенты:

- приобретут навыки работы с современной швейной техникой (швейная машина, оверлок);
- освоят основные машинные швы;

- познакомятся с влажно-тепловыми работами (оборудование и приспособления для влажно-тепловых работ, клеевые методы обработки деталей одежды);
 - освоят технологию обработки ткани;
 - узнают общие сведения о структуре человека;
 - научатся самостоятельно снимать мерки с фигуры, а также конструировать, моделировать, шить юбки, платья, блузы и брюки;
- 3) сдача экзаменов по теоретической части курсов;
 - 4) выполнение практической итоговой работы;
 - 5) получение сертификата о прохождении курса «Мастера по тканям».

Четвертое занятие (Занятие 4. Мастер-класс «Геометрическая резьба по дереву») предполагает организацию условий для приобретения и практического освоения навыков работы по дереву в технике геометрической резьбы.

Задачи:

- закрепить основные полученные знания в период курсов;
- освоить приемы выполнения геометрической резьбы по дереву;
- развить творческие способности;
- воспитать интерес к декоративно прикладному творчеству.

Оборудование: кабинет для проведения занятий, рабочее место, отрезок доски, нож-косяк, карандаш, линейка.

Исполнители: мастер резьбы по дереву и руководитель «Дома культуры «Дровосек» (г. Екатеринбург, ул. Тверитина, 38).

Сроки проведения: середина декабря 2016 года.

Ход мастер-класса:

- вспомнить и закрепить полученные знания и умения из курсов;
- познакомиться с новым видом техники «Геометрическая резьба»;
- познакомиться с применением данной техники;
- выполнение чертежей выбранной работы;

- итоговое выступление и защитное слово своей работы.

Ожидаемые результаты: знания и сертификаты, полученные на курсах, облегчат трудоустройство реабилитантам; клиенты научатся самостоятельно организовывать себя и свой досуг, раскроют творческие способности и направят их в трудовую деятельность.

Таким образом, предлагаемая нами программа рассчитана на 3 месяца реабилитационного периода и включает в себя направления социально-бытовой и социально-трудовой реабилитации, а также направления организации социальной работы. Организация намеченных мер предусматривает взаимодействие центра с рядом партнеров – Уральский государственный педагогический университет, колледж швейного производства, столярная мастерская прикладного творчества «Резьба по дереву», Дом культуры «Дровосек», благодаря которым происходит расширение спектра социальных, социально-бытовых и социально-трудовых услуг специализированного учреждения. В результате у наркозависимых планируется сформировать новые социально-бытовые и трудовые навыки, которые помогут им в трудоустройстве и организации собственного быта.

Выводы по второй главе

Проанализировав опыт деятельности наркологического реабилитационного центра «Урал без наркотиков», можно сделать вывод, что социально-бытовая реабилитация наркозависимых лиц осуществляется через организацию досуга, а трудовая реабилитация выражается в помощи наркозависимым в дальнейшем трудоустройстве и получении образования. Центр имеет методические разработки, которые позволяют специалистам организовать эффективную реализацию методов социально-бытовой и трудовой реабилитации с их последующим мониторингом.

В реабилитационном центре «Урал без наркотиков» осуществляется широкий спектр задач, связанных с реабилитацией наркозависимых, которые непосредственно осуществляются штатом специалистов центра, в том числе и специалистом по социальной работе, либо под его руководством; также осуществляется различный спектр методов реабилитации, способствующих не только решению проблемы потребления наркотических веществ, но и ресоциализации клиента в контексте трудовых отношений.

Наши наблюдения показывают, что специалист социальной работы данного центра осуществляет разнообразную социально-психологическую, коррекционную и обучающую работу.

По результатам анкетирования мы сделали вывод о том, что реабилитирующиеся удовлетворены жилищно-бытовыми условиями и трудоустройством в данном учреждении, но необходимо улучшить качество оказания медицинских услуг, усилить работу по обеспечению личной безопасности реабилитирующихся, улучшить условия для занятий спортом и досуговой деятельности, а также улучшить организацию мероприятий, которые после курса реабилитации помогут трудоустроиться клиенту.

На основе проведенного исследования, мы предложили комплекс мероприятий. Наши рекомендации направлены на социально-бытовую и трудовую реабилитацию, а именно на освоение или восстановление утраченных профессиональных и трудовых навыков, а в дальнейшем – трудоустройство.

Предлагая комплекс мероприятий, мы ожидаем, что знания и сертификаты, полученные на курсах, облегчат трудоустройство реабилитантам; клиенты научатся самостоятельно организовывать себя и свой досуг, раскроют творческие способности и направят их в трудовую деятельность.

Стоит отметить, что у реабилитантов после курса реабилитации имеются затруднения при устройстве на работу и мероприятия, которые мы предлагаем, помогут им в дальнейшем с трудоустройством. Например, после окончания курсов и успешной сдачи экзаменов, клиент получает сертификат о

прохождении курса, на который работодатель обратит внимание и есть вероятность, что возьмет на работу. Также, можно работать на дому, получая заработок от проделанной работы (пошив одежды, ремонт одежды, игрушки и посуда из дерева, шкатулки, украшения, статуэтки и т.д.). Например, благодаря курсам «Мастера по тканям», можно экономить на покупке одежды, то есть шить одежду для себя и для своей семьи.

Предлагаемая нами программа рассчитана на 3 месяца реабилитационного периода и включает в себя направления социально-бытовой и социально-трудовой реабилитации, а также направления организации социальной работы. Организация намеченных мер предусматривает взаимодействие центра с рядом партнеров – Уральский государственный педагогический университет, колледж швейного производства, столярная мастерская прикладного творчества «Резьба по дереву», Дом культуры «Дровосек», благодаря которым происходит расширение спектра социальных, социально-бытовых и социально-трудовых услуг специализированного учреждения. В результате у наркозависимых планируется сформировать новые социально-бытовые и трудовые навыки, которые помогут им в трудоустройстве и организации собственного быта

Заключение

Наркомания – группа хронических заболеваний, вызываемых злоупотреблением лекарственных или нелекарственных наркотических средств и характеризующиеся патологическим влечением к этим средствам, развитием психической и физической зависимости, изменением (чаще повышением) толерантности к ним и выраженными медико-социальными последствиями. Лиц, вовлеченных в потребление наркотиков, называют наркозависимыми, или наркоманами.

Анализ статистических данных свидетельствует, что в России наблюдается эпидемия наркотизма, особенно среди молодежи, что делает проблему наркомании важнейшей для общества, а наркозависимых следует рассматривать в качестве одной из приоритетных клиентских групп в рамках деятельности социальных служб. Но социальная группа наркозависимых – неоднородна. Различия заключаются в возрасте, наличии других факторов риска (инвалидности, например), в предпочтении тех или иных наркотических веществ, «стаже» их употребления, степени деградации личности. Эти различия необходимо учитывать в процессе реабилитации наркозависимых.

Преодоление наркомании в обществе предполагает сочетание профилактических и реабилитационных мер. В реабилитации наркозависимых выделяют несколько направлений: медицинское, психологическое, педагогическое и социальное. Одной из приоритетных задач современных специалистов по социальной работе в области наркологии является активное воздействие на больного уже в начале процесса лечения. Залогом эффективности социальной работы в решении проблем наркозависимого лица является постоянная связь лечебного процесса с деятельностью по коррекции его социального статуса.

Социально-бытовая реабилитация наряду с социально-средовой реабилитацией входит в понятие социальной реабилитации, которая

представляет комплекс мер, направленных на создание и обеспечение условий для наркозависимых, восстановление социального статуса и утраченных связей.

Социально-бытовая реабилитация направлена на восстановление функций самообслуживания, восстановление трудоспособности и осознания себя, как личности.

В данном исследовании доказано, что социально-бытовая реабилитация и трудовая реабилитация переплетаются в своем содержании и принципах. Лечение трудом, т.е. трудовая терапия, является составной частью социально-бытовой реабилитации, направленной как на восстановление биологических, так и социальных функций наркозависимого.

В реабилитационном центре «Урал без наркотиков» социально-бытовая реабилитация наркозависимых лиц осуществляется через организацию досуга, а трудовая реабилитация выражается в помощи наркозависимым в дальнейшем трудоустройстве и получении образования. Центр имеет методические разработки, которые позволяют специалистам организовать эффективную реализацию методов социально-бытовой и трудовой реабилитации с их последующим мониторингом.

Наркологический центр применяет разнообразный спектр методов и технологий реабилитации: «терапия» занятостью и организация досуга; социотерапевтические и духовно-ориентированные технологии, которые способствуют успешной ресоциализации наркозависимых лиц.

Используя анкетирование, мы оценили степень удовлетворенности клиентов социально-бытовыми условиями реабилитационного центра «Урал без наркотиков». Оказалось, что респонденты удовлетворены жилищно-бытовыми условиями и трудоустройством в данном учреждении; большинство устраивает качество приготовления пищи и меню (т.е. работой столовой); отношение сотрудников к реабилитантам хорошее; действия администрации и сотрудников учреждения (при разрешении конфликтов) одобряются, а также стоит отметить, что за последние полгода деятельность учреждения стала более

продуктивной. Но есть факторы, которые необходимо улучшить: качество оказания медицинских услуг, усилить работу по обеспечению личной безопасности реабилитирующихся, улучшить условия для занятий спортом и досуговой деятельности, а также улучшить организацию мероприятий, которые помогут трудоустроиться клиентам Центра.

На основе проведенного исследования, мы предложили комплекс мероприятий. Наши рекомендации направлены на социально-бытовую и трудовую реабилитацию, а именно на освоение или восстановление утраченных профессиональных и трудовых навыков, а в дальнейшем – трудоустройство.

Предлагая комплекс мероприятий, мы ожидаем, что знания и сертификаты, полученные на курсах, облегчат трудоустройство реабилитантам; клиенты научатся самостоятельно организовывать себя и свой досуг, раскроют творческие способности и направят их в трудовую деятельность.

Стоит отметить, что у реабилитантов после курса реабилитации имеются затруднения при устройстве на работу и мероприятия, которые мы предлагаем, помогут им в дальнейшем с трудоустройством. Например, после окончания курсов и успешной сдачи экзаменов, клиент получает сертификат о прохождении курса, на который работодатель обратит внимание и есть вероятность, что возьмет на работу. Также, можно работать на дому, получая заработок от проделанной работы (пошив одежды, ремонт одежды, игрушки и посуда из дерева, шкатулки, украшения, статуэтки и т.д.). Например, благодаря курсам «Мастера по тканям», можно экономить на покупке одежды, то есть шить одежду для себя и для своей семьи.

Предлагаемая нами программа рассчитана на 3 месяца реабилитационного периода и включает в себя направления социально-бытовой и социально-трудовой реабилитации, а также направления организации социальной работы. Организация намеченных мер предусматривает взаимодействие центра с рядом партнеров – Уральский государственный педагогический университет, колледж швейного производства, столярная

мастерская прикладного творчества «Резьба по дереву», Дом культуры «Дровосек», благодаря которым происходит расширение спектра социальных, социально-бытовых и социально-трудовых услуг специализированного учреждения. В результате у наркозависимых планируется сформировать новые социально-бытовые и трудовые навыки, которые помогут им в трудоустройстве и организации собственного быта.

Полагаем, что наша цель и задачи достигнуты, но проблема реабилитации наркозависимых требует дальнейшего изучения.

Список использованной литературы

1. Александровский Ю.А., Кюне Г.Э. Общие принципы терапии психических больных. Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 2011. 57 с.
2. Альтушер В.Б., Надеждин А.В. Наркомания: дорога в бездну. М.: Просвещение, 2005. 5 с.
3. Белогуров С.Б. Наркотики и наркомания. Книга для всех. СПб.: Университетская книга, 1997. 112 с.
4. Березин С.В., Лисецкий К.С. Психология ранней наркомании. Самара: Самарский ун-т, 2010. 64 с.
5. Блинков Ю.А., Ткаченко В.С., Клушина Н.П. Медико-социальная экспертиза лиц с ограниченными возможностями / Серия «Учебники, учебные пособия». Ростов-н/Д: Феникс, 2007. 320 с.
6. Богомолов А.В., Наркобароны появились еще при Хрущеве // Комс. правда. 2013. №18. 14 с.
7. Бойко М. Е. Наркогордыня: о деятельности реабилитационных центров / Независимая газета. 2011. № 262. 8 с.
8. Воловик В.М., Вид В.Д. Психофармакология и психотерапия // Фармакотерапевтические основы реабилитации психических больных. М.: Медицина, 2009. 53 с.
9. Вольхина И. После наркотиков на судьбе остаются «рубцы» // Областная газета. 2009. № 7. 7 с.
10. Ганин Д. Город под кайфом // АиФ. 2013. №12. 22 с.
11. Гаранский А.Н. Наркомания в России: состояние, тенденции, пути преодоления: пособие для педагогов и родителей. М.: ВЛАДОС – ПРЕСС, 2003. 100 с.

12. ГАУЗ СО Областной специализированный центр медико-социальной реабилитации больных наркоманией «УРАЛ БЕЗ НАРКОТИКОВ». [Электронный ресурс]. URL: <http://uralbeznarkotikov.ru/>
13. ГОСТ 54990-2012. Национальный стандарт РФ «Социальное обслуживание населения. Реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя. Основные виды социальных услуг» [Электронный ресурс]: информационно-правовой портал. URL: <http://www.garant.ru>
14. Гофман А. Г., Мейроян А.А. Что губит нас: монография. СПб.: 2008. 208 с.
15. Грязнов А.Н., Новиков В.В. Концепция терциарной социализации личности алкоголика и наркомана // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия психологические науки «Акмеология образования». 2008. № 4. С. 12 –22.
16. Гульдан В.В., Шведова М.В. Психологический анализ мотивообразующих факторов наркотизации подростков // Саморазрушающее поведение у подростков. Л.: Издательство Ленингр. психоневрологического института. 2010. С. 64-71.
17. Дернер К., Плог У. Заблуждаться свойственно человеку. СПб.: ПНИИ им. В.М. Бехтерева, 2007. 520 с.
18. Диченко А.В. Борьба с незаконным оборотом наркотиков в КНР: история, современность, международный аспект. 2012. № 2. С. 136-143.
19. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности. СПб.: 2003. С. 386-389.
20. Ерышев О.Ф. Жизнь без наркотиков. СПб: Пионер; М.: Астрель. 2001. 13 с.
21. Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»: от 2 июля 1992 г. N 3185-1. М.: Эксмо, 2009.

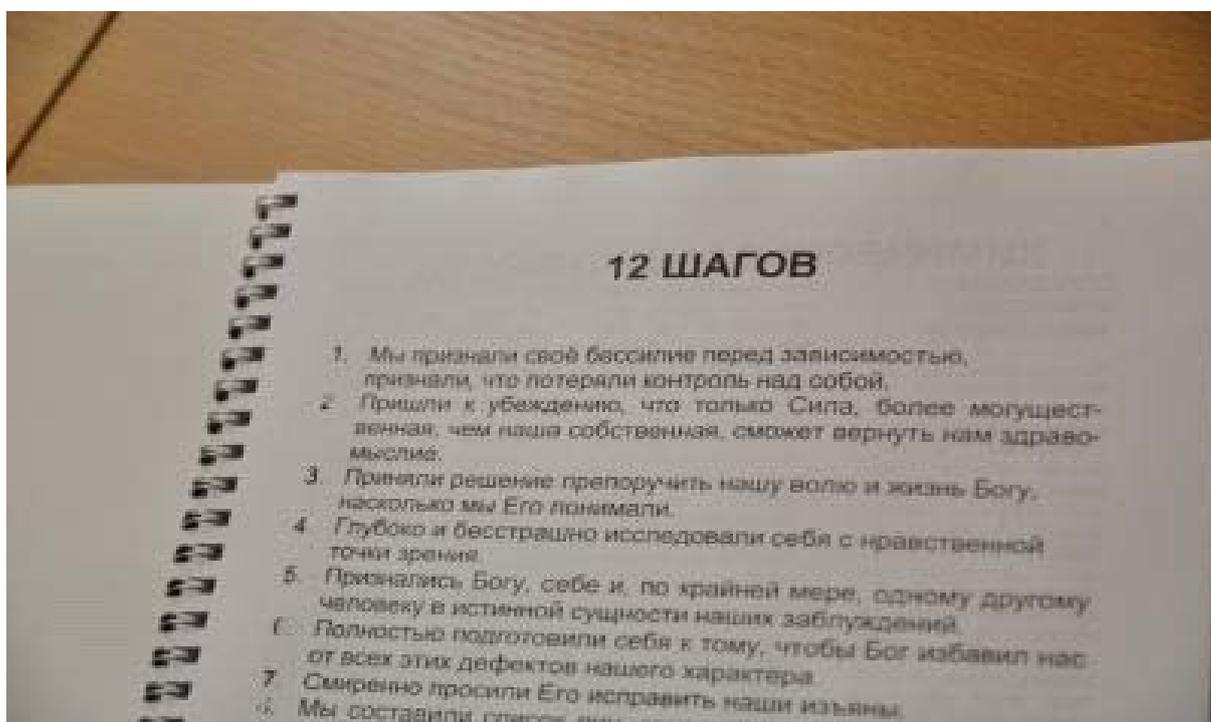
22. Збарская И. А. О некоторых итогах обследования населения отдельных регионов Российской Федерации по вопросам употребления табака, алкоголя и наркотиков / Вопросы статистики. 2010. № 5. С. 68-75.
23. Здоровая страна. Комплексное лечение наркомании и алкоголизма в Оренбурге [Электронный ресурс]. URL: <http://rehabmsk.ru/info/profilaktika-narkomanii.html/>
24. Зуев А. М. Наркомания и жизнь несовместимы // ОБЖ. Основы безопасности жизни. 2010. № 9. С. 43-49.
25. Иванец Н.Н. Наркология – предмет и задачи // Лекции по клинической наркологии. М.: Российский благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркомании», 2010. 45 с.
26. Иванова Е.Б. Как помочь наркоману: монография. 2009. 187 с.
27. Иванова О.В. Остаться в живых // Областная газета. 2010. № 3. 6 с.
28. Иванова С.В. Организация реабилитации наркозависимых детей и подростков в условиях общеобразовательной среды. СПб.: ИСП и П, 2006. 40 с.
29. Карпов А.М., Шакирзянов Г.З. «Самозащита от курения» образовательно-воспитательные основы профилактики и психотерапии курения. 2001. 51 с.
30. Кобякова А. Поправки в закон // Журнал для тех, кто хочет уберечь детей от наркотиков. 2013. № 3. С. 19-59.
31. Лапко А.Н. Наркомания как социальное явление // Закон и право. 2004. № 9. С. 68-73.
32. Левитина Е. А. Жизнь без наркотиков / Искра Хингана (Облучье). 2010. С. 1, 5.
33. Ленон Дж. Учебник по лечению злоупотребления наркотиками. 2003. 42 с.
34. Литвинович, М. Группа риска // Русский журнал. 2010. № 6. 6 с.
35. Личко А.Е. Потогенез, клиника, лечение алкоголизма. М.: Медицина. 2009. 215 с.

36. Ляхович А. В. Психоактивные вещества: профилактика наркомании (токсикоманий) / Основы безопасности жизни. 2011. № 7. С. 29-35.
37. Машков В.Н. Лечебная физическая культура в клинике нервных болезней. М.: Медицина. 2002. 13 с.
38. Менделевич В.Д. Наркомания и наркология в России в сфере общественного мнения и профессионального анализа. М.: Медицина. 2007.
39. Наркомания статистика [Электронный ресурс]. URL: <http://www.netnarkoticov.ru>.
40. Нет наркотикам. Информационно-публицистический ресурс [Электронный ресурс]. URL: http://www.narkotiki.ru/oinfo_1312.html#4.
41. Никифоров И.А. О проблеме наркомании в РФ // Проблемы контроля наркотических средств и профилактика наркомании. 2012. 86 с.
42. Павленок П. Д. Деятельность по предотвращению и избавлению несовершеннолетних и молодёжи от наркотической зависимости // Социальная работа с лицами и группами девиантного поведения: учебное пособие. 2010. С. 64-70.
43. Павленок П. Д. Наркомания и токсикология как формы девиантного поведения: теория и практика работы по предотвращению и избавлению от наркотической зависимости // Социальная работа с лицами и группами девиантного поведения: учебное пособие. П. Д. Павленок. 2010. С. 59-69.
44. Попов В.А. Наркоситуация в России как социально-педагогическая проблема / Педагогика. 2011. № 3. С. 45-50.
45. Постановлению Правительства РФ «О перечне отдельных профессий, куда закрыт доступ наркозависимым гражданам» от 24 мая 2011 года.
46. Причины появления наркомании в России [Электронный ресурс]. URL: <http://nodrugs.ru>.
47. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. Л.: Медицина, 2011. 332 с.
48. Резапкина Г.В. Психология и выбор профессии. 2012. 98 с.

49. Рылова Э. Противодействие наркомании – неотъемлемая часть нашей государственной политики // Журнал для тех, кто хочет уберечь детей от наркотиков. 2013. №3 (15). 14 с.
50. Сборник ежегодной научно-практической областной конференции по профилактике алкогольной, наркотической и других зависимостей среди молодежи с привлечением специалистов других субъектов Российской Федерации: [Электронный ресурс]. URL: <http://narkostop.irkutsk.ru>.
51. Семейное законодательство Российской Федерации. М.: Вершинина. 2003. 160 с.
52. Социальная работа с наркозависимыми клиентами [Электронный ресурс]. URL: <http://studme.ru>.
53. Технологии социальной работы: учебник для вузов. М.: РГСУ. 2011. С. 86-94.
54. Торшин А. М. Проблема наркомании становится реальной угрозой. 2011. № 23. С. 9-10.
55. Уголовный кодекс Российской Федерации. М.: Эксмо, 2007. 192 с.
56. Указ Губернатора Свердловской области от 4 июля N 484-УГ: О создании государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «Областной специализированный центр медико-социальной реабилитации больных наркоманией «Урал без наркотиков»: [Электронный доступ]. URL: <http://base.garant.ru/20904333/>.
57. Устав ГАУЗ СО «ОСЦМСРБН «Урал без наркотиков».
58. Фридман Л.С. Наркология. М.: Бином; СПб.: Невский Диалект, 2000. 83 с.
59. Холостова Е.И. Социальная работа: история, теория и практика: учебник. М.: Юрайт, 2012. 900 с.
60. Холостова Е.И. Теория социальной работы: Учебник. М.: Юрист, 2001. 334 с.
61. Христов Х. Интоксикационные психозы // Руководство по психиатрии. М.: Медицина. 2008. 218 с.

62. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е., Валентик Ю.В. Терапевтическое сообщество. 2002. С. 48-56.
63. Чернов Е. А. Проблема наркомании [Электронный ресурс]. URL: [//http://www.netda.ru/fian/fian6.htm#01](http://www.netda.ru/fian/fian6.htm#01).
64. Шмелева С.В. Содержание и методика социально-медицинской работы: учеб. Пособие для студ. Высш. Учеб. Заведений. М.: Академия, 2010. 224 с.
65. Ямшанов Б. Вина или беда? Российская газета. 2010. № 5328. 15 с.

Программа «12 шагов»



Программа 12 шагов

Первый Шаг. Мы признали свое бессилие перед алкоголем, признали, что неспособны управлять своей жизнью.

Второй Шаг. Мы пришли к убеждению, что только Сила, более могущественная, чем мы сами, может вернуть нам здравомыслие.

Третий Шаг. Мы приняли решение передать нашу волю и нашу жизнь под защиту Бога, как мы его понимаем.

Четвертый Шаг. Мы произвели глубокий и бесстрашный анализ всей своей жизни.

Пятый Шаг. Мы признали перед Богом, перед собой и каким-либо другим человеком истинную природу наших заблуждений.

Шестой Шаг. Мы полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог избавил нас от наших слабостей и недостатков.

Седьмой Шаг. Мы смиренно попросили Бога избавить нас от наших слабостей и недостатков.

Восьмой Шаг. Мы составили список всех людей, которым причинили зло, и приготовились попросить у них прощения и возместить ущерб.

Девятый Шаг. Мы попросили прощения и возместили ущерб, кроме тех случаев, когда это могло кому-либо принести вред.

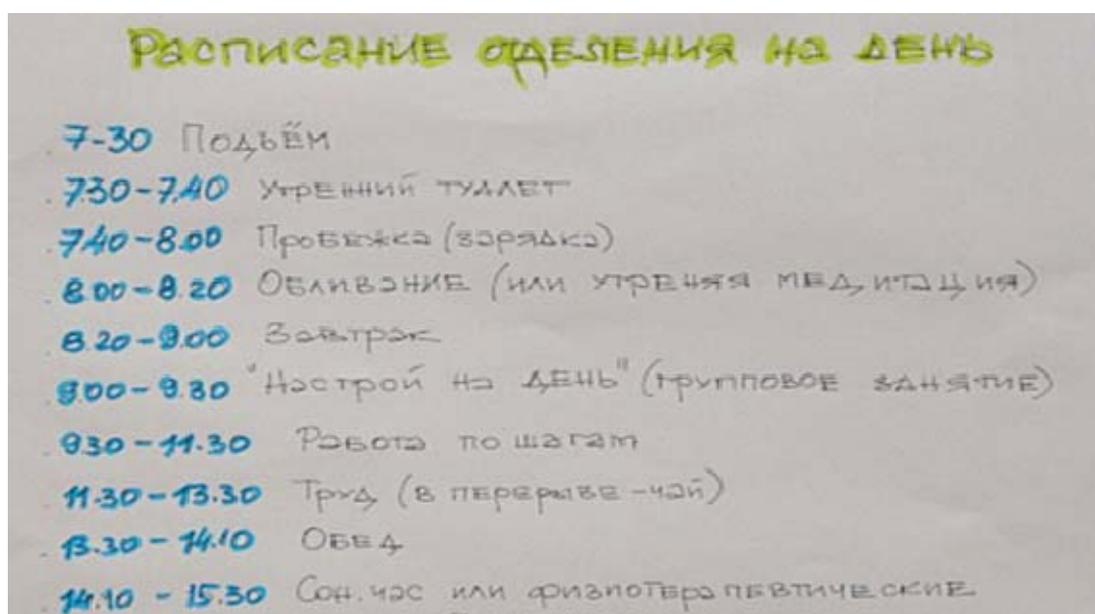
Десятый Шаг. Мы постоянно осуществляем самоконтроль и, когда допускаем ошибки, сразу исправляем их.

Одиннадцатый Шаг. Мы стремимся путем молитвы и медитации углубить соприкосновение с Богом, молясь лишь о знании Его воли и о даровании нам силы для исполнения ее.

Двенадцатый Шаг. После духовного возрождения в результате выполнения предыдущих шагов, мы стараемся поделиться нашим опытом с алкоголиками, которые все еще страдают, и применять принципы Программы во всех наших делах.



Реабилитационный центр «Урал без наркотиков»



КОМАНДА СПЕЦИАЛИСТОВ

Антон Владимирович Подлубный
главный врач

«Мы поставили себе в том, чтобы создать на базе «Урала без наркотиков» замкнутую систему оказания наркологической помощи. Обратившись к нам, пациенты могут получить любую помощь, в которой они нуждаются: консультативно-диагностическую, психотерапевтическую, психосоциальную, лечение, а отделениями наркологии, пограничной реабилитационный курс, а также услуги по дальнейшей ресоциализации».

Александр Анатольевич Амбракочин
заведующий отделением, врач психиатр-нарколог высшей категории

Елена Евгеньевна Дресвикина
врач психиатр-нарколог высшей категории

ОТДЕЛЕНИЕ ПОГРАНИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

г. Екатеринбург, ул. Косотурская, 7

Контактные телефоны отделения:
+7 (343) 231-18-18
+7 (343) 231-18-21

сайт: uralbeznaprotikov.ru
телефон горячей линии:
8-800-3333-118

г. Екатеринбург, пр. Ленина, 7
тел.: +7 (343) 358-11-91

ОТДЕЛЕНИЕ ПОГРАНИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

г. Екатеринбург, ул. Косотурская, 7

Наркотики: живи плохо, умри молодым

НАРКОМАНИЯ – это проблема, которая касается каждого. Наркотики не щадят никого и поражают все слои общества. Если Вы узнали, что ваш близкий человек наркоман, вы должны понимать, что пути нет: или – либо детство, либо медленная смерть. Потому что наркомания – это тяжелая болезнь. Наркотически зависимый человек не в состоянии справиться с болезнью самостоятельно.

Зависимому человеку до последнего кажется, что он контролирует ситуацию: лечу – употребляю, лечу – нет. Не верьте ни одному слову наркомана. Не слушайте его уверенно о том, что он может бросить в любой момент. Не верьте, что деньги, которые он у вас просит, нужны ему на одежду, еду, лекарства, личные нужды – все личные нужды его вернутся только около новой дозы.

Ему все равно, если от него отвернутся друзья, исчезнут деньги, семья и работа. Он не обращает внимания на проблемы со здоровьем – истощение организма, СПИД, гепатит, заражение крови. Ему выплевывать на проблемы с законом, на чувство усталости и безысходности. Говорит, что человек изменил до дна.

Как убедить близкого отказаться от употребления наркотиков?

- Никак, пока он сам этого не осознает. Но совместная терапия родных, друзей и близких наркомана – хорошая перспектива, что возможна другая жизнь.
- Тысячи людей перестали употреблять наркотики. И вешние сроки и дозы – не помеха, если есть желание жить без зависимости. Однако быстро вылететь от наркомании невозможно, поэтому наберитесь терпения и мужества.
- Помочь на всех стадиях лечения вам смогут в наркологическом реабилитационном центре «Урал без наркотиков».
- Большое количество людей смогли избавиться от этой зависимости и теперь помогают это делать другим. Такие люди работают в наркологическом реабилитационном центре «Урал без наркотиков», их называют равными консультантами, и они в любой момент готовы прийти к вам на помощь.

Что такое «Урал без наркотиков»?

«Урал без наркотиков» – это первый в области государственный наркологический реабилитационный центр, созданный по инициативе Губернатора Свердловской области Евгения Куйвашова летом 2012 года.

Деятельность центра направлена на сохранение жизни и здоровья человека, лечение, реабилитацию и возвращение зависимых в общество. Это мы называем полным восстановлением в правах после прохождения реабилитации.

«Урал без наркотиков» – это:

- Добровольное бесплатное лечение
- Надежное государственное учреждение
- Команда высококвалифицированных специалистов
- Новейшие методики лечения

Какую помощь можно здесь получить?

1. Зависитесь на бесплатный индивидуальный прием к врачу-психиатру-наркологу, психологу и равному консультанту (социальному работнику).
2. Посетить бесплатные занятия терапевтических групп для наркозависимых, анонимных алкоголиков или родственников зависимых.
3. Получить направление на реабилитацию в реабилитационный центр.
4. После успешного окончания срока реабилитации получить помощь в восстановлении документов, поиске жилья, получении профессиональных навыков, трудоустройстве.

АНКЕТА

Уважаемые пациенты!

Государственное автономное учреждение «Урал без наркотиков» проводит социологическое исследование, целью которого является выявление степени удовлетворенности социально-бытовыми условиями, созданными в центре. Просим Вас принять участие в анкетном опросе, заполнив данную анкету.

Инструкция: прочитав вопрос, выберите и отметьте (закрасьте кружок) тот вариант ответа, который подходит Вам.

При необходимости, пожалуйста, напишите свой вариант ответа. Анкета анонимна, информация будет использоваться в обобщенном виде.

1. Вас устраивают жилищно-бытовые условия, созданные в учреждении?

- Полностью устраивают
- Частично устраивают
- Не устраивают

2. Насколько возможность трудоустройства соответствует требованиям законодательства РФ?

- Полностью соответствует
- Частично соответствует
- Не соответствует

3. Вы удовлетворены работой медицинской части данного учреждения?

- Полностью удовлетворен
- Частично удовлетворен

7. Удовлетворяют Вас условия, созданные в учреждении для занятия спортом, художественной самодеятельностью и кружками?

- Полностью удовлетворяют
- Частично удовлетворяют
- Не удовлетворяют

8. Кому Вы доверяете, находясь в местах лишения свободы?

- Руководству
- Воспитательной службе
- Психологу
- Родственникам
- Другам-осужденным
- Общественным правозащитным организациям

9. Как действует администрация учреждения при разрешении конфликтов между осужденными?

- Объективно разрешает

- Не удовлетворен
- 4. Вы удовлетворены работой столовой?**
- Полностью удовлетворен
 - Частично удовлетворен
 - Не удовлетворен
- 5. Вас устраивает существующее обеспечение Вашей личной безопасности?**
- Полностью устраивает
 - Частично устраивает
 - Не устраивает
- 6. Вы удовлетворены отношением сотрудников к Вам?**
- Полностью удовлетворен
 - Частично удовлетворен
 - Не удовлетворен
- конфликтные ситуации и принимает меры воздействия к виновному
- Не принимает никаких мер
- 10. Происходят какие-либо перемены в работе учреждения за последние полгода?**
- Стало лучше
 - Стало хуже
 - Ничего не изменилось
- 11. Сколько Вам лет?**
- От 18 до 30
 - От 31 до 40
 - От 41 до 50
 - Старше 50
- 12. Какое образование Вы имеете?**
- Среднее основное образование (9 классов)
 - Полное среднее образование (11 классов)
 - Средне-специальное образование (колледж, лицей)
 - Высшее образование (ВУЗ)
 - Другое (укажите какое)

СПАСИБО!