

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ГУМАНИТАРНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

Кафедра общей и клинической психологии

И. В. ПАНТЮК

Методы и технологии социальной работы

Конспект лекций

**Минск
БГУ
2014**

УДК 364
П 166

Рекомендовано Советом гуманитарного факультета
БГУ 05 мая 2014 г., протокол № 8

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Заведующий кафедрой социальной работы Брестского государственного университета им. А. С. Пушкина, канд. психологических наук, доцент В. А. Москалюк;

заведующий кафедрой менеджмента и организации здравоохранения Белорусского государственного университета, канд. экон. наук, доцент И. С. Полоник.

Пантюк, И. В. Методы и технологии социальной работы : конспект лекций / И. В. Пантюк ; БГУ, Гуманитарный фак., Каф. общей и клинической психологии. – Минск : БГУ, 2014. – 301 с. : ил. – Библиогр.: с. 296–300.

Рассмотрены современные методы и технологии социальной работы. Учебное пособие раскрывает теоретико-методологические основы технологии социальной работы, инструментарий работы с различными категориями граждан по обеспечению их социальной защиты. В соответствии с Государственным образовательным стандартом по специальности 1–86 01 01 Социальная работа (по направлениям) в данном пособии выделены модули (разделы): «Теоретические основы технологии социальной работы», «Технологии социальной работы в различных сферах жизнедеятельности общества» и «Междисциплинарные технологии и методы социальной работы». Охарактеризована деятельность и функции специалиста по социальной работе в решении правовых вопросов, в образовании, в специализированных учреждениях здравоохранения. Представлены структуры медицинских специализированных служб, оказывающих социальные услуги в Республике Беларусь.

Пособие написано в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта по специальности 1–86 01 01 Социальная работа (по направлениям) и предназначено для студентов, магистрантов и преподавателей высших учебных заведений, изучающих курс «Методы и технологии социальной работы». Оно будет полезно для всех, кто интересуется проблемами использования технологий в социальной сфере.

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Социальные технологии — это система знаний об оптимальных способах преобразования и регулирования социальных отношений и процессов в жизнедеятельности людей, а также сама практика алгоритмического применения оптимальных способов преобразования и регулирования социальных отношений и процессов. Технологии социальной работы — это одна из отраслей социальных технологий, ориентированных на социальное обслуживание, помощь и поддержку граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Информационно-технологическая революция, охватывающая все сферы человеческой деятельности, превращается в мощный ускоритель социального прогресса, повышения уровня и качества жизни людей. Социальные нововведения порой оказывают большее влияние, чем внедрение технических новшеств. Одним из основных видов социальных инноваций, оказывающих серьезное воздействие на характер социальных отношений в обществе, на их гармонизацию, являются социальные технологии. Особую актуальность приобретают разработка и умелое использование социальных технологий применительно ко всем уровням структуры управления, в том числе и для деятельности социальных служб. Вооружение кадров комплексом методов и способов социальной работы позволяет оптимально использовать имеющиеся в распоряжении ресурсы и эффективно организовывать работу на порученном участке.

С утверждением в обществе такой отрасли деятельности, как социальная защита населения, активно развивается инфраструктура социальной работы, расширяется сеть подготовки специалистов для ее организации и проведения. Это обстоятельство вызывает к жизни острую потребность технологизации социальной работы не только как важнейшего условия высокого профессионализма, но и как условия систематизации практического опыта и его ускоренной передачи новым поколениям специалистов, которые находятся пока на студенческой скамье.

Социальная работа требует и глубокой технологической подготовки, выражающейся в наличии навыков в области социально-психологического и ситуационного анализа, социально-организационной диагностики условий жизнедеятельности различных групп населения, проведения конкретно-социологических исследований, прогнозирования и выявления тенденций развития социальных процессов, оптимального

выбора инструментария, регулирующего их протекание. Учебный курс «Методы и технологии социальной работы» призван готовить специалистов, способных выполнять разнообразные виды деятельности.

Современный специалист социальной работы — это профессионал, глубоко разбирающийся в вопросах социальных отношений, в правовых гарантиях граждан, тонко улавливающий нравственно-психологические проблемы жизнедеятельности людей и способный грамотно оказать им соответствующую ситуации помощь.

Кроме теоретических знаний, социальная работа требует и глубокой технологической подготовки, выражающейся в наличии навыков в области социально-психологического и ситуационного анализа, социально-организационной диагностики условий жизнедеятельности различных групп населения, проведения конкретно-социологических исследований, прогнозирования и выявления тенденций развития социальных процессов, оптимального выбора инструментария, регулирующего их протекание. Важными критериями профессионализма социального работника являются организаторские способности, высокая общая и правовая культура, психолого-педагогический такт.

На учебный курс «Методы и технологии социальной работы» в Государственной образовательной программе подготовки специалистов социальной работы возлагается достижение его **главной цели** — формирование технологической компетентности и методического профессионализма у будущих специалистов.

Задачи курса:

— формирование у студентов системы знаний о технологическом обеспечении деятельности специалиста по социальной работе в организациях, оказывающих социальную помощь и поддержку населению;

— овладение теоретическими основами социальной работы с различными группами населения по месту жительства и на предприятиях;

— формирование практических навыков и умений у будущих специалистов управленческой и организаторской работы, комплексного воздействия на состояние и поведение различных групп населения и отдельных граждан в экстремальных и конфликтных ситуациях;

— развитие профессионально-значимых качеств у обучаемых, необходимых для освоения технологических основ деятельности: толерантности, креативности, альтруизма;

— развитие творческого мышления, умения анализировать и оценивать конфликтные ситуации, грамотно определять пути и способы оптимального разрешения социальных проблем.

Предметом изучения курса являются методы, выработанными различными социальными науками и синтетически используемые в социальной работе как междисциплинарной области теории и практики; знания о содержании и конкретных формах, методы и приемы социальной работы при оказании социальных услуг, о поддержке и социальной помощи гражданам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации; алгоритм деятельности, в результате которой достигается определенная социальная цель и преобразуется объект воздействия; новые методы социального обслуживания.

Учебный курс «Методы и технологии социальной работы» призван готовить специалистов, способных выполнять разнообразные виды деятельности. Для этого студенту необходимо:

- овладевать методикой и технологией социального прогнозирования и проектирования, процедурой и методами внедрения социальных инноваций в практику;

- познавать особенности социальной экологии, методы оценки состояния окружающей среды, овладевать экологической культурой;

- изучать специфические проблемы геронтологии, организовывать медико-социальное обслуживание инвалидов, людей пожилого и старческого возраста;

- развивать умение применять научные знания о природе социальных девиаций при работе с девиантами и представителями групп риска;

- осваивать технологию работы по решению проблем занятости населения и непосредственно с безработными и мигрантами — оказанию им моральной и материальной поддержки, помощи в трудоустройстве и социальной реабилитации;

- учиться применять знания специальных разделов психологии и педагогики, методы социальной статистики в социальной работе;

- овладевать методикой исследовательской работы при анализе явлений и процессов социальной сферы, умением использовать результаты исследования в практике социальной работы.

Для преподавания дисциплины выделены в 20 часов лекционных и 32 часов лабораторных занятий на гуманитарном факультете, на 2 курсе специальности «социальная работа». Итоговой формой контроля знаний является зачет.

Преподавание базируется на знаниях, полученных на предыдущих теоретических дисциплинах: «Введение в социальную работу», «Теория социальной работы», «Этика социальной работы», «Медико-социальные основы здоровья» и др., предусматривает преемственность с другими дисциплинами, относящимися к административно-управленческому и

экономическому направлению (общественное здоровье и здравоохранение, медико-социальные основы здоровья, медицинская этика, экономика здравоохранения и др. и позволяет обеспечивать выполнение общеобразовательной программы,

В этом курсе решаются следующие **учебно-воспитательные задачи**:

— овладение теоретическими основами технологии социальной работы с различными группами населения по месту жительства и на предприятиях;

— развитие творческого мышления, умения анализировать и оценивать конфликтные ситуации, грамотно определять пути и способы оптимального разрешения социальных проблем;

— формирование практических навыков и умений управленческой и организаторской работы, комплексного воздействия на состояние и поведение различных групп населения и отдельных граждан в экстремальных и конфликтных ситуациях.

В соответствии с Государственным общеобразовательным стандартом по социальной работе выпускник должен:

знать:

- общие теоретические проблемы и содержание технологий социальной работы, основы технологий социальной работы с различными категориями населения;

- анализ оценки нестандартных ситуаций, пути и способы оптимального разрешения социальных проблем;

- требования к профессиональным результатам, касающимся конкретных методов и технологий социальной работы, способы проверки их эффективности, планирования и отчетности;

уметь:

- выявлять объект социальной работы по признакам социального неблагополучия, устанавливать контакты и собирать необходимую для работы информацию;

- описывать социальный статус и формулировать социальный диагноз лицам, имеющим ограничения жизнедеятельности и социальную недостаточность;

- устанавливать причины социальной дезадаптации;

- определять характер и объем необходимой социальной помощи и услуг;

- выступать посредником и координировать деятельность различных государственных, общественных, благотворительных, милосердных, религиозных и других организаций и учреждений по оказанию помощи людям и социальным группам;

- владеть практическими навыками социальной работы с семьей и трудовым коллективом клиента, обобщать результаты, готовить отчеты и предложения по совершенствованию и обновлению методов и технологий;

- владеть практическими навыками по культурологической компетентности, научно-исследовательской работе в рамках выполнения и оформления курсовой и дипломной работы.

Учебное пособие раскрывает теоретико-методологические основы технологии социальной работы, инструментарий работы с различными категориями граждан по обеспечению их социальной защиты. В соответствии с Государственным образовательным стандартом по специальности 1-86 01 01 Социальная работа (по направлениям) в данном пособии выделены модули (разделы): «Теоретические основы технологии социальной работы», «Технологии социальной работы в различных сферах жизнедеятельности общества» и «Междисциплинарные технологии и методы социальной работы».

РАЗДЕЛ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

ЛЕКЦИЯ № 1 ВВЕДЕНИЕ В ПРЕДМЕТ

Вопросы:

ЦЕЛЬ, ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧИ КУРСА

СУЩНОСТЬ, ПРИНЦИПЫ И ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ ТЕХНОЛОГИЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

КЛАССИФИКАЦИЯ, СПЕЦИФИКА, ФУНКЦИИ СОЦИАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Цель, предмет, задачи курса

Социальные технологии — это система знаний об оптимальных способах преобразования и регулирования социальных отношений и процессов в жизнедеятельности людей, а также сама практика алгоритмического применения оптимальных способов преобразования и регулирования социальных отношений и процессов. Технологии социальной работы — это одна из отраслей социальных технологий, ориентированных на социальное обслуживание, помощь и поддержку граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Современный специалист социальной работы — это профессионал, глубоко разбирающийся в вопросах социальных отношений, в правовых гарантиях граждан, тонко улавливающий нравственно-психологические проблемы жизнедеятельности людей и способный грамотно оказать им соответствующую ситуации помощь. Его профессиональная деятельность, будучи связанной с регуляцией человеческих отношений, призвана органично реализовывать целый ряд взаимосвязанных специфических и достаточно сложных функций, а именно: нравственно-гуманистическую, организационно-управленческую, информационно-коммуникативную (в том числе рекламнопропагандистскую), аналитико-прогностическую, организационно-методическую, регуляционно-профилактическую, социоинтегративную и др.

Кроме теоретических знаний, социальная работа требует и глубокой технологической подготовки, выражающейся в наличии навыков в области социально-психологического и ситуационного анализа, социально-организационной диагностики условий жизнедеятельности различных групп населения, проведения конкретно-социологических исследований, прогнозирования и выявления тенденций развития социальных процессов, оптимального выбора инструментария, регулирующего их протекание. Важными критериями профессионализма социального работника

являются организаторские способности, высокая общая и правовая культура, психолого-педагогический такт.

Понятие «технология» (с греческого *tekhne* – искусство, мастерство, умение) — определяется как совокупность приемов и способов получения, отработки или переработки какого-либо продукта. Технология это описание производственных процессов, инструкций по внедрению, технологические правила, требования, карты, графики [БСЭ.– 1976.– т. 25.– с. 235]. Технология — это наука, изучающая основные закономерности, действующие в процессе производства и используемые для получения изделий требуемого качества, заданного количества и номенклатуры при минимальных материальных, энергетических и трудовых затратах.

Понятие «технология производства» включает в свое содержание несколько аспектов:

- конкретный способ воздействия на предмет соответствующими орудиями производства;
- техническую реализацию экономически эффективных условий производства (т.е. применение техники, которая соответствует определенному уровню производства);
- создание режима наибольшего благоприятствования для обеспечения стабильных параметров производства, что способствует улучшению качества.

В случае если все эти аспекты объективизируются на должном техническом и оптимальном технологическом уровне, тогда достигается желаемый эффект — новая технологическая структура, т.е. *новый способ производства* на более высоком уровне. Создание и применение новых технологий детерминует экономические изменения, т.е. меняется материально-экономический фундамент общества. На основе стабилизировавшейся экономики в обществе происходят социальные сдвиги, которые постепенно трансформируют все сферы человеческой жизни, а затем и общества в целом, меняя его ценности, ориентации, структуры (происходит деление на богатых и бедных).

Метод — способы взаимодействия специалиста и подопечного с целью решения конкретной социальной проблемы. Методика — отрасль социальной знаний; совокупность форм, методов, приемов социальной деятельности. Форма — способ организации процесса, отражающий внутреннюю связь его различных элементов и характеризующий взаимоотношения социального работника с подопечными. Признаки технологии — прогнозируемость, тиражируемость, процессуальность, диагностируемость результата.

На протяжении всей истории человечества позитивные социальные

изменения происходят под влиянием новых технологий, которые воздействуют на развитие и преобразование важнейших сфер жизнедеятельности человека — производство, науку, социальную структуру, управление и т.д.

В условиях, когда новые технологии не функционируют в должной мере, тогда экономика оказывается разбалансированной, в обществе происходит трансформация с превалированием тенденций негативной направленности: общество расслаивается по источнику и размерам доходов, отсутствует консолидация вокруг благородной идеи, вместо творческой реализации способностей — борьба за выживание, большая часть населения находится в состоянии социально-психологического кризиса, падает духовность общества, растет преступность, усиливается социальная напряженность. Процессы, происходящие в обществе подчиняются статистическим закономерностям, причины и следствия связаны в них отношениями вероятности. Однако в социальные процессы вовлечено множество индивидов, наделенных разумом и волей. Поэтому люди не просто объекты воздействия закономерностей, но и своевольные субъекты социальных изменений.

Возникновения ряда глобальных перемен современности требует разработки новых технологий их решения с привлечением специалистов. История человечества — это история применения тех или иных способов управления людьми, побуждения их к тем или иным видам деятельности. Термин «управление» имеет активное, регулирующее, направляющее, влиятельно-деятельностное значение. **Виды управления** определяются особенностями объекта, которым намеряются управлять: *техно-технологическое* управление (изучается техническими науками), *биологическое* (изучается естественнонаучными науками), *социальное* управление (изучается социальными, организационными и экономическими науками). Главная особенность социального управления — объектом и субъектом управления является человек, группа людей. Процесс управления распадается на несколько потоков воздействия на людей. Тому, кому приходится работать с людьми, преобразовывать их поведение, социальные связи, структуру личности, должен хорошо осознавать всю сложность объекта своей деятельности.

Направленность социальной работы на активизацию потенциала собственных жизненных сил, возможностей человека или группы людей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, обуславливает необходимость активно внедрять технологии и методы индивидуальной работы, цель которой заключается в том, что человек с помощью специалиста определил свою собственную жизненную программу, развил желание ее

реализовать. **Социальные технологии** — это совокупность методов, приемов воздействия для решения той или иной социальной проблемы, воздействие на социальные процессы и системы с целью их преобразования, оптимизации. Цель социальных технологий — возвращение индивиду способности к социальному функционированию.

Предметом изучения курса — являются современные технологии помощи населению, включая деятельность социальных служб, организаций и ведомств. **Предметом изучения** курса являются методы, выработанные различными социальными науками и синтетически используемые в социальной работе как междисциплинарной области теории и практики;

знания о содержании и конкретных формах, методы и приемы социальной работы при оказании социальных услуг, о поддержке и социальной помощи гражданам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации;

алгоритм деятельности, в результате которой достигается определенная социальная цель и преобразуется объект воздействия;

новые методы социального обслуживания.

На учебный курс «Технология социальной работы» в Государственной образовательной программе подготовки специалистов социальной работы возлагается достижение его **главной цели** — формирование технологической компетентности и методического профессионализма у будущих специалистов.

Задачи курса:

— формирование у студентов системы знаний о технологическом обеспечении деятельности специалиста по социальной работе в организациях, оказывающих социальную помощь и поддержку населению;

— овладение теоретическими основами социальной работы с различными группами населения по месту жительства и на предприятиях;

— формирование практических навыков и умений у будущих специалистов управленческой и организаторской работы, комплексного воздействия на состояние и поведение различных групп населения и отдельных граждан в экстремальных и конфликтных ситуациях;

— развитие профессионально-значимых качеств у обучаемых, необходимых для освоения технологических основ деятельности: толерантности, креативности, альтруизма;

— развитие творческого мышления, умения анализировать и оценивать конфликтные ситуации, грамотно определять пути и способы оптимального разрешения социальных проблем.

Учебный курс «Технология социальной работы» призван готовить специалистов, способных выполнять разнообразные виды деятельности.

Для этого студенту необходимо:

— овладевать методикой и технологией социального прогнозирования и проектирования, процедурой и методами внедрения социальных инноваций в практику;

— познавать особенности социальной экологии, методы оценки состояния окружающей среды, овладевать экологической культурой;

— изучать специфические проблемы геронтологии, организовывать медико-социальное обслуживание инвалидов, людей пожилого и старческого возраста;

— развивать умение применять научные знания о природе социальных девиаций при работе с девиантами и представителями групп риска;

— осваивать технологию работы по решению проблем занятости населения и непосредственно с безработными и мигрантами — оказанию им моральной и материальной поддержки, помощи в трудоустройстве и социальной реабилитации;

— учиться применять знания специальных разделов психологии и педагогики, методы социальной статистики в социальной работе;

— овладевать методикой исследовательской работы при анализе явлений и процессов социальной сферы, умением использовать результаты исследования в практике социальной работы.

В соответствии с Государственным общеобразовательным стандартом по социальной работе выпускник должен:

знать:

- общие теоретические проблемы и содержание технологий социальной работы, основы технологий социальной работы с различными категориями населения;

- анализ оценки нестандартных ситуаций, пути и способы оптимального разрешения социальных проблем;

- требования к профессиональным результатам, касающимся конкретных методов и технологий социальной работы, способы проверки их эффективности, планирования и отчетности;

уметь:

- выявлять объект социальной работы по признакам социального неблагополучия, устанавливать контакты и собирать необходимую для работы информацию;

- описывать социальный статус и формулировать социальный диагноз лицам, имеющим ограничения жизнедеятельности и социальную недостаточность;

- устанавливать причины социальной дезадаптации;

- определять характер и объем необходимой социальной помощи и услуг;
- выступать посредником и координировать деятельность различных государственных, общественных, благотворительных, милосердных, религиозных и других организаций и учреждений по оказанию помощи людям и социальным группам;
- владеть практическими навыками социальной работы с семьей и трудовым коллективом клиента, обобщать результаты, готовить отчеты и предложения по совершенствованию и обновлению методов и технологий;
- владеть практическими навыками по культурологической компетентности, научно-исследовательской работе в выполнении и оформлении курсовой и дипломной работы.

Сущность, принципы и основные понятия технологий социальной работы

Сущность социальных технологий понимается в двух аспектах: как способ применения теоретических выводов в решении практических задач; как совокупность приемов, методов и воздействий, которые применяются для достижения цели в процессе социального развития, для решения конкретных проблем. Мировой опыт свидетельствует, что с помощью социальных технологий можно разрешать социальные конфликты, снимать социальную напряженность, предотвращать катастрофы, блокировать рискованные ситуации, выполнять оптимальные управленческие решения и т.д. Решение непростых задач требует их дробления, выработки стратегии и тактики, технологизации. На основе технологизации формируют социальную политику государства.

Технологии социальной работы как процессу присуща определенная протяженность во времени, которая охватывает промежуток времени от формулирования цели или задачи до ее практического решения, что составляет заверченный цикл взаимодействия организаторов социальной работы и их клиентов. *Устойчивая, повторяющаяся, последовательная во времени смена содержания деятельности с единым замыслом — сущностная характеристика технологического процесса.*

Во-первых, основу технологического процесса составляет алгоритм действий (операций).

Алгоритм — это программа решения задач, точно предписывающая, как и в какой последовательности операций получить результат, определенный исходными данными. Этот термин происходит от латинского слова «algorithm!». Так звучало на латинском языке имя хорезмского ма-

тематика IX столетия аль-Хорезми, трактат которого в средние века был распространен в Европе. Тогда время алгоритмом называли десятичное счисление и *искусство* счета в этой системе. В настоящее время этот термин не только широко применяется в электронно-вычислительной технике, но и все чаще используется в социально-экономических исследованиях.

Современный смысл понятия «алгоритм» не ограничивается последовательностью операций с числами, но включает и логические операции, в том числе при выработке управленческих решений, при формулировании целей и задач, при обработке информации и т.д. В применении к социальной работе этот термин понимается как последовательность воздействий, направленных на *преобразование объекта социальной работы и перевод его в искомое состояние*.

Во-вторых, существенным компонентом технологического процесса являются операции.

Операция — это простейшее действие, направленное на достижение конкретной, не разлагаемой на более простые, осознанной цели (подцели). Совокупность операций, объединенных общей целью (подцелью), составляет процедуру технологического процесса.

Важной характеристикой операции является степень соответствия ее результата поставленной цели (или подцели). На результат действий, как известно, могут оказывать влияние неконтролируемые факторы, связанные со спецификой социальной среды. Среди них можно выделить экономическое положение, господствующие социально-психологические явления, а также субъективные факторы, обусловленные особенностями личности или социальной группы. Поэтому результат каждой операции, а следовательно, всего технологического цикла зависит от профессионально грамотных действий специалистов социальной сферы, от их умения оказывать влияние на условия и состояния, в которых находятся клиенты социальных служб.

В-третьих, важным компонентом содержания технологического процесса является применяемый *инструментарий*.

Инструментарий — это арсенал средств, обеспечивающих достижение цели воздействия на личность или социальную общность.

Человек существует, развивается и формируется как личность благодаря взаимодействию со средой, которое осуществляется посредством его *деятельности*. Поэтому вовлечение клиента социальной работы в различные виды деятельности — *преобразовательную, познавательную, ценностно-ориентационную, коммуникативную* — значит использовать главное, *основное* средство воздействия на личность. Для решения этой

задачи специалист социальной службы использует целый комплекс вспомогательных средств и способов информационного, организационно-методического и процедурного характера.

Процедуры и операции, входящие в технологический процесс, выступают в роли его структурных элементов, если они носят общезначимый, методологический характер для конкретных технологий. В конкретных же технологиях отдельные процедуры могут трансформироваться в самостоятельные технологии или расчленяться на технологии, имеющие частное значение. Так, например, в наиболее полном и обобщенном социальном технологическом процессе в процедуре *целеполагания* одной из операций является *диагностика*, которая в конкретных условиях социальной работы с клиентом приобретает, самостоятельное значение.

Последовательность процедур и операций, предписываемая алгоритмом, отражает структуру и содержание технологического процесса.

В самом общем виде в технологическом процессе можно выделить четыре основных процедурных этапа:

1. Формулирование цели воздействия.
2. Выработка и выбор способов воздействия.
3. Организация воздействия.
4. Оценка и анализ результатов воздействия.

Этап формулирования цели предусматривает выполнение таких операций, как сбор и анализ информации, осуществление социальной диагностики, социально-психологическое прогнозирование развития проблемы, выработка программы действий и определение конкретных задач.

Выработка и выбор способов воздействия предполагает выявление и анализ проблемной ситуации, изучение, обоснование и оценку вариантов и способов действий, выбор оптимального варианта решения проблемы.

Этап организации воздействия включает операции по реализации выбранного варианта, включая распределение и доведение в рамках генеральной цели конкретных задач до исполнителей, координацию усилий и коррекцию применяемых способов воздействия на клиентов социальных служб.

Анализ и оценка результатов социальной работы сопровождаются выполнением таких операций, как сопоставление прогнозируемых и достигнутых результатов, выявление положительных и отрицательных моментов в организации, обеспечении и осуществлении намеченных мер, формулирование выводов для последующей деятельности.

В практике социальной работы те или иные операции могут не фиксироваться, если управленческие взаимоотношения достаточно отлажены, поскольку многие проблемы, которые повседневно призван решать

персонал социальных служб, зачастую однотипны. Однако это говорит лишь о предварительном и заблаговременном их решении, о наличии у организаторов социальной работы готовых результатов по этой операции, но не об игнорировании какой-либо операции в структуре технологического процесса.

Технологическая задача социальной работы заключается в выявлении социальной проблемы и с помощью имеющегося в распоряжении социальных служб инструментария и средств, своевременном скорректировании действий социального работника и поведения объекта социальной работы для оказания ему социальной помощи. Характер *социальной проблемы* является важнейшим фактором, от которого зависят определение содержания, инструментария, форм и методов социальной работы с клиентом.

Социальная проблема — это сложная познавательная задача, решение которой приводит к существенным теоретическим или практическим результатам. Для ее решения необходима соответствующая информация об объекте социального воздействия, об условиях, обстоятельствах и других факторах, влияющих на его жизнедеятельность, состояние и поведение.

Социальные проблемы могут носить глобальный характер, затрагивая интересы значительной части человечества. Так, демографические, экологические, техногенные, продовольственные, энергетические и другие проблемы в настоящее время приобретают глобальный характер, и их разрешение требует участия большинства государств нашей планеты. Социальные проблемы могут касаться интересов отдельных или нескольких социальных систем. Например, социальные кризисы, распространяющиеся на отдельные страны, национально-этнические общности, ассоциации, блоки или группировки. Проблемы могут распространяться на те или иные сферы жизнедеятельности группы людей или личностей. Это могут быть проблемы, охватывающие социально-экономическую, социально-политическую, духовную или собственно социальную сферы жизнедеятельности людей.

Для социальной работы особую значимость приобретают личностные проблемы, возникающие в процессе взаимодействия личности и социальной среды. К социальной среде относят все факторы, которые активизируют (или блокируют) защиту социальных интересов личности, реализацию ее потребностей.

Одним из важнейших условий решения социальной проблемы является точное ее формулирование. Если *проблема* правильно сформулирована, то это, во-первых, позволяет осуществлять поиск недостающей ин-

формации в нужном направлении; во-вторых, обеспечивает выбор оптимального инструментария социального воздействия, а следовательно, и эффективность социальной работы. Одним из важнейших требований к формулированию социальной проблемы является ее обоснованность. Она должна вытекать из реальных потребностей и предпосылок. Отсутствие связи с реальными практическими или теоретическими потребностями делает проблему произвольной, надуманной.

Точно сформулированная проблема выступает исходным, первоначальным звеном в сложной познавательно-аналитической деятельности социальных служб и организаторов социальной работы.

Практическая потребность и значимость социальной проблемы не только активизируют деятельность специалистов социальных служб, мобилизуют их интеллектуальный, организационный и физический потенциал, но и придают поиску технологических решений творческий, новаторский характер.

С технологических позиций, в социальной работе при решении личностных проблем следует придерживаться следующих принципов:

- системный подход при анализе и решении личностных проблем;
- соответствие инструментария конкретно решаемым проблемам;
- опора на физические и духовные ресурсы клиента;
- контроль действенности применяемого инструментария;
- коррекция содержания, форм и методов в процессе работы.

В совокупности эти принципы обеспечивают эффективность решения социальных проблем, однако их реализация требует постоянной проверки действенности избранных средств воздействия на клиентов. Вместе с тем технологическая последовательность решения проблем не только полезна, но и необходима. И чем жестче ей следуют на практике, тем явственнее проявляется ее благотворная значимость.

Замкнутый цикл технологического процесса включает следующие этапы и операции:

1. *Предварительный этап.* На этом этапе осуществляются операции выявления, оценки и ранжирования проблемы, выяснения совокупности факторов, обусловивших ее возникновение. В психологическом плане организатор социальной работы настраивается на ее решение, мобилизуя свой интеллектуальный, морально-психологический и профессиональный потенциал. Одновременно уточняются критерии действенности и эффективности деятельности социальных служб при решении обозначенной конкретной социальной проблемы. При этом критерии оценки успеха действий социальных служб и специалистов могут отражаться в постановке и формулировании цели и конкретных задач социальной ра-

боты.

2. *Этап целеполагания.* На этом этапе осуществляется первичное формулирование целевой установки деятельности специалистов и организаторов социальной работы. Цель обуславливает выбор возможных средств и способов ее достижения, определяет направления поиска дополнительных источников информации об условиях и социальной среде жизнедеятельности клиентов.

В целевой установке находит выражение замысел и намерения организаторов социальной работы с учетом реально имеющегося инструментария и условий его использования. Цель должна быть сформулирована ясно и конкретно; она должна быть понятна для конкретных исполнителей. С получением дополнительной информации она может корректироваться, уточняться, модифицироваться и даже полностью изменяться.

3. *Этап обработки информации.* На этом этапе технологического процесса идет поиск дополнительных источников информации, сбор и систематизация информации, ее анализ и обобщение. Выводы, вытекающие из результатов аналитической работы, составляют содержательную базу для уточнения цели и задач, для выработки программы действий, определения содержания, организационных форм и методов социальной работы.

4. *Этап процедурно-организационной работы.* На этом этапе осуществляется последовательная реализация намеченных программой мер социального воздействия конкретными исполнителями в обозначенное время и сроки, сопоставление и соизмерение результатов с критериями успешности социальной работы.

5. *Контрольно-аналитический этап работы.* Это завершающий этап технологического цикла, на котором организаторы социальной работы анализируют итоги деятельности специалистов, выявляют факторы, способствовавшие положительному разрешению социальных проблем, выясняют причины, мешавшие успешному решению задач социальной работы, и намечают пути устранения этих причин в дальнейшем.

Как и любой вид деятельности, технологический процесс социальной работы требует постоянного совершенствования. Пути совершенствования технологического процесса в социальной работе, во-первых, лежат в плоскости разработки новых методик выполнения операций на всех этапах технологического процесса; во-вторых, касаются совершенствования способов использования всех компонентов инструментария социальной работы; в-третьих, состоят в обеспечении правильного сочетания общих методов социальной работы со спецификой конкретных условий жизнедеятельности клиентуры социальных служб; в-четвертых, заключаются в

умении постоянно учитывать социально-психологические факторы при выборе методов воздействия на объекты социального воздействия и умения органично использовать достижения социальных наук для выработки новых технологий.

Классификация, специфика, функции социальных технологий

Многообразие социальных технологий вызывает необходимость их классификации и типизации.

Типология как научный метод, основой которого является расчленение систем объектов и их группировка с помощью обобщенной модели или типа, выполняет важную методологическую функцию. Основные логические формы, используемые типологией, — тип, классификация, систематика.

Типология в социальной работе: а) выступает формой научного обоснования и программирования социальных технологий; б) выполняет прогностическую функцию (на основе творческой переработки используемого на практике инструментария открывает возможность прогнозировать результат применения тех или иных технологий в различных условиях); в) выполняет ориентировочную функцию.

В основе классификации и типизации социальных технологий лежат те же принципы, которые используются в любой другой практической деятельности.

Как правило, в качестве оснований в классификациях выбираются признаки, наиболее существенные для объектов классификации. В этом смысле классификация выявляет существенные сходства и различия между явлениями и имеет важное познавательное значение.

Для классификации социальных технологий, наиболее ценными являются их систематизация, основанная на познании существенных связей между отдельными видами технологий.

Приступая к рассмотрению классификации социальных технологий, следует отметить, что даже самые простые из них имеют сложную внешнюю и внутреннюю структуры (микро- и макроуровни и т.д.), в результате чего любая их классификация не может быть однолинейной и представляет собой сложное разветвление.

Основой типологии социальных технологий могут стать следующие признаки:

— степень ассоциированности объекта воздействия (личность, общество, социальные группы, трудовой коллектив);

— масштабы и иерархия воздействия (глобальные, континентальные, региональные и т.д.);

- сфера социализации и жизнедеятельности людей (производственная, политическая, социальная, духовная сферы);
- степень зрелости социальных объектов;
- инструментарий, способы и средства воздействия, используемые для решения поставленных задач;
- область общественной жизни: экономика, образование, здравоохранение, научная деятельность;
- уровень разработки социальных технологий (теоретический, конкретно-прикладной);
- цель, реализуемая в результате применения данной технологии.

Вопрос о классификации социальных технологий является сложным и дискуссионным. Как к разработке, так и типизации социальных технологий существуют различные подходы. Они диктуются не только различными взглядами ученых, занимающихся исследованиями в данной области, но и различными параметрами, избираемыми в качестве основания классификации.

Например, В.В. Богдан и В.Н. Иванов предлагают следующую классификацию социальных технологий:

- технологии поиска стратегии управления;
- технологии социального моделирования и прогнозирования;
- информационные технологии;
- внедренческие технологии;
- обучающие инновационные технологии;
- технологии прошлого опыта.

Академик МАИ В.И. Банерушев, принимая в качестве основания для классификации уровень социального пространства, на котором применяются технологии, предлагает следующую классификацию:

- глобальные технологий;
- демографические;
- экономические;
- военные;
- технологии продовольственных кризисов, конфликтов, катастроф.

Взяв за основу сферу использования, можно получить такую классификацию социальных технологий:

- социально-экономические;
- социально-политические;
- социальные;
- духовные.

Классифицируют социальные инновации: по уровню и объему социальных нововведений (локальные, региональные, глобального харак-

тера); по сферам общественной жизни (социальные, политические, экономические, в культурно-духовной сфере, в социальных структурах и институтах); по масштабу использования (дифференцированные на многих объектах, либо на одном); по структуре социальной сферы (в обеспечении) здравоохранении, образовании, управлении, занятости физической культуре, спорте, пенсионном населении.

Функции технологий социальной работы: аналитическая, диагностическая, системно-модулирующая, проектно-организаторская, активационная, инструментально-практическая, распорядительно- управленческая, эвристическая, комплексная.

Технология социальной работы как форма особого освоения социальной действительности находится в тесном взаимодействии не только со смежными теоретическими системами, но и с практическим опытом, традициями, ритуалами, обычаями, социально-психологическими явлениями и фактами.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение «социальной технологии», охарактеризуйте сущность, принципы и основные понятия технологий социальной работы.
2. Каковы условия технологизации деятельности в социальной сфере?
3. Основные этапы разработки технологии социальной работы.
4. Чем обусловлено многообразие социальных технологий?
5. Сущность и значение типологии.
6. По каким основаниям возможна классификация социальных технологий?

ЛЕКЦИЯ № 2 ЦЕЛЕПОЛАГАНИЕ И ЕГО МЕСТО В ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Вопросы:

ЦЕЛЬ И МОДЕЛИ ПРАКТИКИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ КОММУНИКАТИВНОЙ МОДЕЛИ ПРАКТИКИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫРАБОТКИ ЦЕЛИ

ПРИНЦИПЫ ЦЕЛЕПОЛАГАНИЯ

Цель и модели практики социальной работы

Практическая социальная работа — это многофункциональная профессиональная деятельность. По своему организационно-формальному признаку ее можно представить как систему процедур, приемов и методов, осуществляемых в процессе решения сложных и слабоструктурированных социальных проблем.

Цель социальной работы – оказание помощи людям в трудной жизненной ситуации, побудить личность к активному действию, установить гармоничное взаимодействие подопечного с окружающей средой. Практика социальной работы проводится людьми и для людей; осуществляется через непосредственное общение социального работника и подопечного для решения конкретной ситуации, что позволяет сделать жизнь более эффективной. Социальная работа — это взаимоотношения людей, взаимодействие между ними и окружающей их социальной средой, вплоть до уровня всего общества в целом.

Из чего складываются практически все действия специалиста по социальной работе? Практика социальной работы — это процесс, в ходе которого лица с социальными проблемами вступают во взаимодействие с социальными работниками, в результате происходят изменения социальной ситуации или проблемы. В результате происходят изменения в личности самого подопечного, изменения внутри какой-либо социальной организации (семье, группе, общине) или изменения в рамках совокупности различных составляющих. Процесс изменений распадается на несколько этапов или фаз. Технология социальной работы, как процесс включает: подготовительный этап, целеполагание, сбор и анализ информации, формулирование программы действий, практические действия по реализации программы. В общем виде в технологическом процессе выделяют 4 основные этапа:

- I – формулировка цели воздействия;
- II – выработка и выбор способов воздействия;
- III – организация;
- IV – оценка и анализ результатов.

I этап технологического процесса — формулировка цели воздействия включает:

- выделение необходимых характеристик и состояний объекта и их включение в целевую установку конкретного вида деятельности;
- определение возможных, но нежелательных обстоятельств, вызванных конкретным видом деятельности;
- ограничение цели от желательных, но объективно недостижимых результатов.

II этап технологического процесса — выработка и выбор способов воздействия предполагает выявление и анализ ситуации, изучение, обоснование и оценка вариантов и способов воздействия, выбор оптимального варианта решения проблемы.

III этап технологического процесса — организации воздействия

включает операции по реализации выбранного варианта, включая распределение и доведение в рамках генеральной цели конкретных задач до исполнителей, координацию действий, усилий и коррекцию применения способов воздействия.

IV этап технологического процесса – анализ и оценка результатов социальной работы сопровождается выполнением таких операций, как сопоставление прогнозируемых и достигнутых моментов в организации, обеспечении и осуществлении намеченных мер, формулирование выводов для последующей деятельности.

Считается, что социальный работник руководит всеми этими этапами, но главное действующее лицо процесса изменений — подопечный (клиент), который должен самостоятельно принимать решение относительно того, как он должен изменить ситуацию изнутри и вокруг себя, свое поведение, или как использовать свои способности, ресурсы для того, чтобы исправить создавшееся положение. Специалист по социальной работе должен уметь направлять действия подопечного во время процесса изменений; выбирать наиболее приемлемые технологии и методы оказания помощи в достижении целей изменения ситуации или решении проблемы. Основопологающей среди всех процедур является процедура целеполагания. Целеполагание — фундаментальное понятие в теории деятельности — широко используется в общественных науках.

Во-первых, целеполагание — это процесс выбора и реального определения цели, которая представляет собой идеальный образ будущего результата деятельности. В связи с этим целеполагание выполняет ряд важнейших методологических и методических функций и задач, а именно:

— выступает в качестве реального интегратора различных действий в системе «цель — средства достижения — результат конкретного вида деятельности»;

— предполагает активное функционирование всех факторов детерминации деятельности: потребностей, интересов, стимулов, мотивов.

Центральной проблемой процедуры целеполагания является формулирование цели и оптимального средства ее достижения. Цель без определения средств ее достижения — это лишь мыслительный проект, мечта, не имеющая реальной опоры в самой действительности.

Цель зависит от потребностей клиента. Различают 2-е базовые цели в практике социальной работы:

➤ 1-ая — связана с тем, чтобы подопечный мог устроить свою жизнь более эффективно;

➤ 2-ая — чтобы он смог получить возможность справиться со своей

проблемой и воспользоваться в связи с ее разрешением новых открывающихся возможностей в жизни.

Достижение поставленной цели происходит с помощью современных технологий социальной работы, т.е. через последовательность действий (алгоритм) определенных операций, методов и средств. Однако владение процедурами и операциями не является еще владением технологией. Технология социальной работы тесно связана с искусством решения проблем. А это обстоятельство поднимает ее до уровня творчества, поскольку шаблон не допустим в работе с людьми.

Выделяют основные модели практики социальной работы: разрешающая; социально-радикальная; марксистская; психо-динамическая; ролевая; гуманистическая; коммуникативная; американская; европейская модели.

Разрешающая модель - позволяет устранить либо снижение отрицательного воздействия общества на отдельных его представителей. Ориентирована на оказание помощи всем, кто в ней нуждается и на преодоление негативного отношения к тем, кто нуждается в помощи и к самим социальным работникам. Используется для помощи в семье, микрорайоне, общине.

Социально-радикальная модель — модель защиты клиента через развитие его самосознания. Она является частью движения за права человека, против расизма, национализма, предрассудков. В этой модели акцент ставится на роль властных структур, классовую принадлежность, например на развитие социальных потребностей, индивидуальности социального субъекта, клиента.

Марксистская модель — на практике деятельность социального работника рассматривается, как сила способная подвигнуть клиента к совместным действиям, повысить его самосознание, самоактуализацию, направленную на позитивные перемены в обществе. Функции социального работника сводятся к социальному контролю, когда социальный работник выступает в роли социального «адвоката», социального «врача», социального «педагога». Основу такой модели составляют соответствующие учреждения как Министерство здравоохранения, Министерство образования, Министерство внутренних дел, Министерство коммунального хозяйства и т. п.

Психодинамическая модель — основана на психоанализе. Отношения социального работника и клиента включают: индивидуализацию клиента; оценку специфики его проблемы; диагностику степени ее актуализации; использование недирективной терапевтической технологии оказания помощи. При анализе поведения клиента учитывают то, как он

воспринимает и оценивает окружающий мир и свой социальный статус. Эффективно используется в работе с группами риска.

Гуманистическая модель — применяется тогда, когда социальный работник стремится помочь клиенту путем убеждения в своей искренней заинтересованности в его проблемах; положительном отношении к нему; сопереживании; сочувствии к клиенту.

Ролевые модели — роль личности рассматривается в социально-психологическом плане. Модель общения людей, играющих различные роли: посредника, наставника, друга.

Коммуникативная модель — основана на выявлении всех связей клиента. Главное расположить клиента к самовыражению и смысловому восприятию. Многое зависит от умения социального работника анализировать, прогнозировать ситуацию, направлять коммуникативные программы.

Основные этапы коммуникативной модели практики социальной работы:

1) получение информации от клиента с помощью задаваемых вопросов; доверительное поведение, подчеркивающее солидарность с клиентом;

2) осуществление обратной связи, демонстрирующей оценку сообщений клиента: соглашение, отклонение, избирательное или нейтральное отношение;

3) передача клиенту информации по частям с целью подчеркивания ее важности, что она принята, но окончательную оценку специалист делает после;

4) обработка от других источников информации, принятие решения по индивидуальной программе действий;

5) выбор средств и проведение мероприятий, конкретных действий для достижения цели;

6) совместное обсуждение полученных результатов, анализ изменения ситуации;

7) принятие решения о дальнейших мероприятиях и действиях.

Таким образом, на начальном этапе социальный работник и подопечный принимают совместное решение о работе по изменению сложившейся ситуации. Затем они сообща переходят к оценке достигнутых результатов и заканчивают процесс совместным решением об окончании работы в результате достигнутых изменений. Необходимо отметить, что в этом процессе, который носит замкнутый характер, циклы могут повторяться до тех пор, пока не будет решена проблема.

Технология выработки цели

Технология социальной работы — это алгоритм деятельности, в результате которой достигается определенная цель и преобразуется объект воздействия. Эта деятельность представляет собой циклический процесс, определенный во времени от момента формирования цели до практического решения проблемы. Последовательность процедур и операций, предписанная алгоритмом, отражает структуру и содержание технологического процесса. «Алгоритм» — программы решения задач; «операция» — простейшее действие, направленное на достижение конкретной, не разлагаемой на более простые, осознанные цели; «процедура» — совокупность операций, объединенных общей целью.

Цель — это понятие, выражающее идеальное представление результата деятельности. Целеполагание — это формулирование цели, предусматривающая выполнение таких операций как сбор и анализ информации; осуществление социальной диагностики; социально-психологическое прогнозирование развития проблемы; выработка программы действий и определение конкретных задач.

Различают несколько *типов целей*: конкретные и абстрактные; стратегические и тактические; индивидуальные, групповые, общественные; поставленные субъектом деятельности и заданные извне.

Конкретная цель — это идеальный образ продукта непосредственной деятельности.

Абстрактная цель — это общее представление о некотором идеале, ради достижения которого осуществляется человеческая деятельность.

Стратегические и тактические цели определяются и обуславливаются временными факторами их осуществления и соотносятся как целое и часть.

Цель, которую ставит субъект действия, вырабатывается в результате внутреннего развития его собственной активности, творческого отношения и ответственности за порученное дело.

Цель, заданную извне, можно определить как объективное требование или требующую решения задачу.

При формулировании цели в социальной работе особое внимание уделяется нравственным аспектам. Многое зависит от личностных качеств социального работника, его профессионализм, исключительная ответственность, творческий, нешаблонный подход, инициатива.

Целеполагание в социальной работе следует рассматривать с точки зрения ее методологии и организации. Методологический аспект целепо-

лагания заключается в обеспечении преемственности и связи общих и конкретных задач при определении путей решения социальных проблем различного уровня. Организационный аспект целеполагания в социальной работе заключается в реализации конкретных путей и средств решения данной проблемы. Роль и место цели в процессе осуществления социального воздействия зависят от уровня социальной работы, на котором она осуществляется. Речь идет об управленческом или организационном и контактном, непосредственном срезе деятельности социальных служб. Организационно-управленческий уровень определяет программу деятельности по решению социальных проблем. На этом уровне, исходя из основных направлений социальной политики государства, определяются стратегические цели, ставятся задачи, рассчитанные на перспективу, длительный период реализации. На контактном уровне определение целей необходимо рассматривать как конкретное руководство к практическим действиям в связи с поставленной проблемой. Сформулированные на этом уровне цели предполагают более короткий срок реализации и достижения результатов.

Основные принципы целеполагания:

1. Точная и четкая формулировка собственных целей, применительно к данной конкретной ситуации.

2. Определение целей других лиц и организаций, на которые предполагается направлять воздействие.

3. Определение характера взаимосвязи целей других лиц и организаций, на которые оказывается воздействие, а также взаимосвязь возникающих задач.

4. Определение вероятных последствий достижения сформулированных целей. Многие цели могут оказываться по сути средством достижения других, более отдаленных или побочных целей. Поэтому, если не учитывается возможность побочных результатов, это может привести к непредвиденным последствиям.

5. Определение обстоятельств, как способствующих, так и препятствующих достижению поставленных целей, причин их существования или появления.

6. Выявление переменных проблемной ситуации — управляемых и неуправляемых. Большинство людей подходит к решению проблем со своими уже сложившимися представлениями о влияющих на них факторах. Это представление обусловлено образованием, жизненным опытом и информированностью. Стоит эти представления «законсервировать», и они лишают нас творческого подхода к постановке и решению проблемы.

При формировании цели важно определить, какие условия и относящиеся к ней обстоятельства поддаются воздействию и контролю, а какие — нет. Если переменные проблемной ситуации оказываются неуправляемыми, то просто опасно тешить себя иллюзиями относительно собственных возможностей.

Основополагающим принципом технологизации социального действия по управлению процессами и отношениями является выдвижение системы гипотез и целей, их структурирование, т.е. построение древа целей. Это способ формирования структуры целей социальных программ, обеспечивающих взаимосвязь множества целей разного содержания (экономических, социальных, политических, духовных), их согласование для достижения главной, единой цели. Главная цель определяет направление социального действия. Формируется древо целей по принципу «от общего к частному». На вершине — главная цель. Она расчленяется на отдельные составляющие (промежуточные цели — средства), от реализации которых зависит ее достижение. Промежуточные в свою очередь расчленяются на более частные.

Основной принцип формирования структуры целей различных уровней и содержания — их согласованность и взаимосвязь. Цели должны быть соизмеримы. Они должны иметь сроки достижения. Постоянная сверка своих действий и результата с поставленной целью — основное правило технологии. С точки зрения психологии, в процессе целеполагания возникают условно-рефлекторные связи интеллекта с другими факторами: памятью, эмоционально-волевыми компонентами и т.д. Цель формируется людьми, поэтому в ней всегда имеет место элемент субъективного. Важно, чтобы субъективная сторона не преобладала в процессе целеполагания.

Таким образом, целеполагание — важнейший этап технологического процесса в социальной работе, определяющий содержание, инструментарий и направленность действий специалистов социальной работы.

Вопросы для самоконтроля

1. Сущность целеполагания в социальной работе.
2. Определите базовые цели социальной работы и модели практики.
3. Охарактеризуйте этапы коммуникативной модели.
4. Назовите типы целей.
5. Каковы принципы целеполагания?
6. Основные этапы формулирования цели в социальной работе.
7. Основные требования к формулированию цели в социальной работе.
8. Из чего складываются практически все действия специалиста по социальной работе?

РАЗДЕЛ 2. ОБЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

ЛЕКЦИЯ № 3 СОЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА: ЦЕЛИ, ЭТАПЫ И СПОСОБЫ ПРОВЕДЕНИЯ

Вопросы:

СУЩНОСТЬ И ХАРАКТЕРИСТИКА СОЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

РАБОТА М. РИЧМОНД «СОЦИАЛЬНЫЕ ДИАГНОЗЫ» И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПРАКТИКИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

СТРУКТУРА И ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ СОЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ

Сущность и характеристика социальной диагностики

Термин «диагностика» («диагноз» в переводе с греческого «diagnostikos» — распознавание, определение) заимствован из медицины и используется для определения болезни и постановки диагноза. Диагностика как социальная практика получила признание и распространение в конце XIX — начале XX вв., когда в науке утвердился термин «социальные болезни» для обозначения заболеваний, вызванных социально-экономическими условиями жизни человека: туберкулез, инфекции передаваемые половым путем, рахит и т.п. В настоящее время этот термин применяется в сфере социальных наук. К социальным болезням относят бедность, голод, одиночество и другие. Когда общество в целом находится в патологическом состоянии, тогда применительно к социальной практике употребляют такие виды социальных технологий, как социальная диагностика, социальная терапия, социальная профилактика, социальная экспертиза.

Значение социальной диагностики равнозначно определению характера заболевания в медицине: если во время и правильно поставлен диагноз, то больше шансов на оздоровление и благоприятный ход лечения. Поэтому диагностика в социальной работе — чрезвычайно важная деятельность, требующая высокой квалификации и технологичности. В связи с этим важно понимание определений «социальной нормы», «социальной патологии», проблемы. *Патология* — объективное отклонение от нормы; *проблема* (болезнь) — это осознанная патология, отклонение, которая вызывает беспокойство людей, мотивирует их на преобразующую деятельность.

Понятие «социальной нормы» — противоречиво. С одной стороны, это взгляды и поведение большинства; с другой, — это общепризнанные

правила, рекомендованные всем в качестве образца поведения и чувствования.

В демократическом обществе допускаются разнообразные нормы поведения, если они не противоречат закону и не мешают существованию других граждан иных норм. Норма и отклонение от нее взаимосвязаны в существовании человечества. Если в медицинской практике болезнь как патология рассматривается с определенной нормой (т.е. со здоровьем), то в социальной работе помимо объективных аспектов, входят субъективные, трудно поддающиеся количественному анализу категории. Например, альтернативные формы брака (однополое) – это социальная патология или новая форма семейных отношений? Поэтому социальная диагностика — это изучение социальных мотивов и причин; исследование социальных проблем, которые создают трудную жизненную ситуацию для индивида, семьи, группы. Сущность социального диагноза заключается в точном определении причинно-следственных связей, порожденных условиями жизни клиентов социального обслуживания. Социальный диагноз предполагает сбор информации о клиентах и условиях их жизнедеятельности, а также ее анализ для разработки программы социальной помощи.

Цель диагностики состояния социального объекта — установление достоверности информации о нем и окружающей его среде, прогнозирование его возможных изменений и влияния на другие социальные объекты, а также выработка рекомендаций для принятия организационных решений, социального проектирования действий по оказанию социальной помощи.

Постановка социального диагноза — это процесс творческий, но имеющий определенный алгоритм действий, использования процедур и средств решения проблемы. Многие выдающиеся ученые, работавшие в самых различных областях науки, имели свои творческие, индивидуальные подходы к постановке и выяснению истины.

Работа М. Ричмонд «Социальные диагнозы» и ее значение для практики социальной работы

Первые практические шаги в области теоретического осмысления социальной работы были предприняты во второй половине XIX — в начале XX вв. во многих странах мира: в Германии (А.Соломон), во Франции (М.Гахери), в Англии (Е.Фрай), в США (Д.Адамс) и др. Но наибольших успехов в области теоретических исследований добилась Мери Ричмонд (1861-1928), издавшая в 1917 г. книгу «Социальные диагнозы», ставшей не только философией индивидуальной работы, но и рабочим инстру-

ментарием в практике социальных работников. М.Ричмонд обосновала применение научных подходов в теории и практике социальной работы, способствовала открытию профессиональных школ подготовки будущих специалистов, сформировала направление практики индивидуальной работы, получившая название «диагностическая школа».

В «Социальных диагнозах» М.Ричмонд адаптировала к практике социальной работы медицинские подходы лечения больных, разработала оригинальный метод, позволяющий анализировать социальные и психологические проблемы клиента. В теорию социальной работы ею введены термины из медицинской практики «диагноз», «лечение», «клиент», имеющие социальный смысл. Выделив общественные и личные ситуации в качестве приоритетных проблемных областей познания в социальной работе, она считала, что социальная работа – это «искусство помощи», а процесс взаимодействия социального работника и клиента - «использование здравого смысла в бессмысленной ситуации». Согласно концепции М.Ричмонд, интервенции со стороны социального работника должны осуществляться директивным и недирективным лечебным методом. «Директивное лечение» - это непосредственное взаимодействие — «ум на ум». «Недирективное воздействие» - косвенный метод лечения, характеризующийся в том, что процесс помощи сосредотачивается на окружении клиента, изменении среды его обитания. Клиент должен получить объективную информацию о своей ситуации, личных и социальных зависимостей, отношений в социальных институтах и обществе в целом, осложняющих его социальное функционирование.

М. Ричмонд описала процедуру взаимодействия социального работника и клиента: установление доверительных отношений, позитивных чувств; активизация клиента в решении его собственных проблем. Впервые в социальной практике М.Ричмонд обобщены подходы индивидуальной работы и ее этапы, заключающиеся:

- получении информации;
- установлении диагноза (обследование состояния социального отклонения);
- прогнозировании ситуации (предложение перспективы улучшения);
- назначении лечения (оказание помощи клиенту).

Доминирующими методиками в этой связи выступают техники внушения, убеждения, дискуссии. Важное значение М.Ричмонд придавала и личностным характеристикам социального работника: искренность, честность, участие.

Таким образом, процесс взаимодействия социального работника и

клиента представляет собой взаимосвязанную последовательность процедур, подчиненных определенной логике, выражающейся в системном подходе к клиенту. Впоследствии принципы индивидуального подхода, разработанные М.Ричмонд, легли в основу технологий социальной работы. «Социальные диагнозы» М.Ричмонд являются научным и логическим подходом социального научного исследования, использующий элементы психоанализа.

Помимо разработки моделей взаимодействия на основе психоаналитической теории, определены принципы взаимодействия социального работника и клиента, названные М.Ричмонд «принципами ментальной гигиены». Они легли в основу этического кодекса социального работника:

- симпатизировать клиенту;
- отдавать ему предпочтение;
- поощрять его;
- строить с ним совместные ясные планы.

Таким образом, теоретическая деятельность М.Ричмонд сформировала определенный научный подход, получивший название «диагностическая школа», или диагностический подход в социальной работе.

Структура и этические принципы социальной диагностики

В социальной диагностике учитываются две группы факторов: социальные (внешние) и биологические (внутренние). Часто задача состоит в том, чтобы дать клиенту целостную характеристику с позиции медико-биологических, психолого-педагогических и социально-экономических параметров. Структура социальной диагностики включает компоненты:

- ❖ изучение социально-психологических и возрастных особенностей клиента;
- ❖ определение его способностей и интересов;
- ❖ изучение профессиональных интересов и условий жизни, круга общения, анализ социального климата;
- ❖ выявление позитивных и негативных влияний со стороны социального окружения.

Технологичность творческого анализа и диагноза проблем социального развития по В.И. Вернадскому:

- проводить детальный анализ;
- видеть за частным общее;
- не ограничиваться описанием явления, а глубоко исследовать его сущность и связь с другими явлениями;
- не избегать вопроса «почему?»;

- проследить историю идей;
- собирать как можно больше сведений о предмете исследований из литературных источников (преимущественно научных), обращаясь к оригиналам;
- изучать общие закономерности научного познания (думать о том, как думаешь);
- связывать науку с другими отраслями знания, с общественной жизнью;
- не только решать проблемы, но и находить новые, нерешенные.

Специалист по социальной работе должен соблюдать ряд социально-этических требований — *принципов диагностики*:

➤ *конфиденциальности* — неразглашение результатов социального диагноза без персонального согласия на это лица, которое являлось объектом исследования. Если это дети, то на разглашение результатов обследования обязательно требуется согласие родителей или заменяющих их лиц; *научной обоснованности* — результаты анализа должны быть, как минимум, валидными (достоверными) и надежными;

➤ *ненанесения ущерба* — диагностические результаты ни в коем случае не должны быть использованы во вред человеку, который подвергся исследованию;

➤ *объективности* — выводы исследования должны делаться на основе научно обоснованных, объективных данных и не должны зависеть от субъективных установок тех, кто проводит исследование или пользуется его результатами;

➤ *эффективности* — не следует предлагать человеку такие рекомендации, которые по итогам диагноза для него бесполезны, могут привести к нежелательным или непредсказуемым последствиям;

➤ *достоверности* — информация должна быть верифицирована, проверена;

➤ *системности* — изучаются все проблемы в комплексе;

➤ *клиентоцентризма* — в центре внимания права и интересы клиента;

➤ *детерминизма* — рассматриваются все причинно-следственные связи клиента и его окружения.

Таким образом, социальная диагностика — важнейший компонент социальной технологии и сфера деятельности практического социального работника. Технология социальной диагностики включает в себя принципы, алгоритм процедур и способов проверки различных методов исследования социальных процессов. В основе диагностики лежит проблема анализа и обобщения факторов, характеризующих социальное развитие человека, социальных групп, общества.

Технологии социальной диагностики в практической работе

Практически социальная диагностика используется в самых разных областях жизни и деятельности людей. Специалист социальной работы является автором или участником прикладных психолого-педагогических, социологических, экономических обследований, занимается консультированием в решении социальных проблем, коррекцией и реабилитацией, формами и методами терапевтического воздействия и т. д. Но чаще всего в деятельности социального работника диагностика выступает в качестве исходной, вполне самостоятельной сферы деятельности. С социальной диагностики состояния клиента должны начинаться и ею же заканчиваться действия социального работника. Как область практики, она ориентирована на профессиональные знания и умения, связанные с практическим применением определенных процедур, приемов и методов.

При проведении диагностических обследований определенная технология освобождает исследователя от субъективистского подхода, отражает уровень компетентности специалиста и адекватно выражает конкретную социальную ситуацию.

Социальная диагностика решает типичные для нее задачи, к которым относятся:

- выявление специфических социальных качеств, особенностей развития и поведения клиента;
- определение степени развитости различных свойств, их выраженности в количественных и качественных показателях;
- описание диагностируемых особенностей клиента, когда это необходимо;
- ранжирование специфических свойств клиента.

В технологии социальной диагностики выделяют ряд процедурных этапов:

- ознакомление с клиентом, постановка задач, выделение состава диагностируемых ситуаций, параметров ситуации, выбор основных показателей или критериев;
- измерение и анализ показателей;
- формулирование и оформление выводов, заключений по диагнозу.

Социальная диагностика является необходимым звеном преобразовательной практики в цикле: диагноз — прогноз — программа — внедрение. Будучи важным технологическим инструментом, она, прежде всего, обогащает кадры социальных служб теоретическими и эмпирическими знаниями, помогает глубже понять социальные проблемы и перспективы

их развития. Социальный диагноз может осуществляться:

на уровне общества, для выявления общих тенденций развития в области экономики, социальной политики, духовной жизни;

на уровне социальной группы или территориальной общности, народностей, трудовых коллективов;

на личностном уровне, помогая персонифицировать, придать «адресность» при выявлении социальных проблем.

Основой применения любой диагностической технологии является освоение теории, на которую она опирается. Без этого социальный работник может совершить серьезные ошибки в анализе, интерпретации и выводах из результатов исследования. Так, например, в контексте бихевиористской, когнитивной, гештальттерапевтической и других психологических теорий и направлений предполагаются различные варианты и модели технологии диагностики в социальной работе.

Например, экспертная оценка в рамках бихевиористского подхода требует использования многих источников информации, включая непосредственное наблюдение индивида, его окружения. Возможно также моделирование реальных условий жизни. Могут быть применены также психологические аспекты самоконтроля и самоотчета, в которых формируется цепочка форм поведения, чувств, мыслей, проблем и желаний.

Технологически с бихевиористских позиций экспертная оценка включает следующие этапы:

- 1) формулирование цели решения имеющихся проблем;
- 2) сбор и систематизацию информации о формах поведения клиента;
- 3) изучение ресурсов личности и среды, которые могут быть использованы для достижения поставленных целей;
- 4) поиск дополнительных источников информации, общение с другими людьми, которых желательно вовлечь в работу, и план их вовлечения;
- 5) определение методов воздействия для достижения желаемых результатов;
- 6) выбор критериев прогресса для оценки результатов;
- 7) выявление помех и препятствий и разработка плана их преодоления.

Среди **методов диагностирования личности** следует выделить следующие: наблюдение, беседа, анкетирование, опросники, метод экспертной оценки, социометрия, мониторинг, тестирование, биографический метод и другие.

Наблюдение — метод, который используется при изучении внешних проявлений поведения человека, по которым можно составить представление о нем. Существуют различные разновидности наблюдения.

Беседа в социальной диагностике — метод получения и корректировки информации на основе вербальной коммуникации.

Анкетирование — метод сбора статистического материала путем формализованного опроса диагностируемых.

Вопросник (опросник-личностный) — совокупность методических приемов для изучения и оценки отдельных свойств и проявлений личности. Каждая из методик представляет собой стандартизованную анкету, состоящую из набора утверждений, с содержанием которых испытуемый может либо согласиться, либо не согласиться (да, нет, не знаю).

Метод экспертной оценки. Это опрос экспертов путем анкетирования и интервьюирования. Иногда социальная проблема нуждается в оценке компетентных лиц — экспертов, имеющих глубокие знания о предмете или объекте исследования.

Социометрия — это метод опроса и алгоритм для математической обработки первичных измерений. Суть ее сводится к исчислению разнообразных персональных и групповых индексов.

Мониторинг — это организация постоянного отслеживания информации, включенное наблюдение, оценка и анализ социальных ситуаций в фокусе их изменения, с прогнозированием этих изменений на определенную перспективу.

Методы тестирования особенно широко распространены. Их существует множество, и они разделяются на группы по ряду признаков: индивидуальные и групповые (коллективные), вербальные и невербальные; количественные и качественные, общие и специальные и др. Тесты являются специализированными методами диагностического обследования, с помощью которых, можно получать количественную или качественную характеристику изучаемого явления. В отличие от других методов, они предполагают четкую процедуру сбора и обработки первичных данных, а также своеобразие их последующей интерпретации. Существуют варианты теста: тест-опросник и тест-задание.

Тест-опросник — тщательно продуманные и проверенные вопросы, по ответам на которые можно судить о психологических качествах испытуемого.

Тест-задание — оценка психологии и поведения человека на базе того, что он делает. Испытуемый выполняет специальные задания, по которым можно судить о наличии степени развития, или отсутствии у него изучаемого качества.

Биографический метод — способ исследования, диагностики, коррекции и проектирования жизненного пути личности. Этот метод, основанный на изучении личности в контексте ее личной истории и перспек-

тив развития ее индивидуального бытия и взаимоотношений с другими людьми, направлен на реконструкцию жизненных программ и сценариев развития личности, на переструктурирование пространственно-временной организации и деловой, семейной, духовной жизни в условиях конкретной природной и социальной среды.

Существуют и другие методы социальной диагностики: метод фокус-групп, ситуационный анализ, создание сценариев, метод «Делфи», «докладная записка», методы активизации инновационных решений, методы обработки данных, логические методы, контент-анализ, метод «репертуарных решеток», выявление семантического пространства и др.

Итак, социальная диагностика — особая, достаточно сложная область профессиональной деятельности, требующая специальной подготовки. Совокупность всех знаний, умений и навыков, которыми должен владеть профессионал в этой области, настолько обширна, а сами знания, умения и навыки настолько сложны, что социальную диагностику необходимо рассматривать как особую технологию в деятельности социального работника. Без знания диагностических технологий профессионализм социального работника сомнителен, поскольку несвободен от его субъективности.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение «диагностики», и в каких значениях данный термин используется в современной социальной работе?
2. Опишите концепцию М.Ричмонд о социальных диагнозах и принципы взаимодействия социального работника и клиента.
3. Задачи и область применения социальной диагностики.
4. Требования, предъявляемые к современным методам социальной диагностики.
5. Охарактеризуйте процедурные этапы социальной диагностики.
6. Назовите основные методы социальной диагностики и охарактеризуйте их.

ЛЕКЦИЯ № 4 СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Вопросы:

ВИДЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА СОЦИАЛЬНОГО ОБЪЕКТА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ЗАДАЧИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ФАКТА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

УСТАНОВЛЕНИЕ ПРИЧИН ИНВАЛИДНОСТИ И СТЕПЕНИ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Виды социальной экспертизы в зависимости от характера социального объекта

Социальная экспертиза — это профессиональное исследование социальной проблемы и ее аспектов. Проведение социальной экспертизы требует специальных знаний и обоснованного заключения, содержащего достоверную информацию об объекте, конкретные предложения (рекомендации) для принятия решений и возможный прогноз. Социальная экспертиза выполняет диагностическую, информационно-контрольную, прогностическую и проектировочную функции.

В зависимости от характера социального объекта выделяют следующие ***виды социальной экспертизы***:

1. социальная экспертиза нормативных решений административно-управленческих органов (документы, государственные программы и т.д.);
2. социально-психологическая экспертиза;
3. социально-психиатрическая;
4. судебно-медицинская экспертиза;
5. медико-социальная.

Социальная экспертиза нормативных решений, принимаемых административно-управленческими органами разных уровней, позволяет анализировать решения власти в соответствии с их социальной обоснованностью; обеспечивать общественный контроль за реализацией экспертных рекомендаций; усовершенствовать технологию выработки приоритетов социальной политики с учетом местных особенностей. Важнейшей задачей социальных служб государственного уровня является периодическое осуществление экспертизы проектов потребительской корзины, которая позволяет принимать решения, нормативно-правовые акты, устанавливать величину прожиточного минимума, организовывать работу по обеспечению адресной социальной поддержки малоимущих граждан; реализовывать закон «О социальном обслуживании населения Республики Беларусь».

Социально-психологическая экспертиза проводится с лицами, испытывающими затруднения в социальном общении. Определяются конкретные навыки, недостатки социального общения объекта. Широко и часто используется в практике социальной работы, является одним из методов анализа исследований по социальной диагностике.

Социально-психиатрическая экспертиза (как форма судебно-психиатрической) применяется в отношении лиц, склонных к девиантному поведению, к правонарушениям. Позволяет предотвратить опасное

для общества деяние, либо помочь следствию, если уже случилось правонарушение. Социально-психиатрическая экспертиза определяет лидера, уровень организованности группы, сценарий поведения подследственных и т.д. При проведении судебно-психиатрической экспертизы используют определенные методики, тестовые задания, специально подготовленными экспертами.

Судебно-медицинская экспертиза осуществляется врачами, специально подготовленными медэкспертами. Определяет характер повреждений, которые получил потерпевший, в случае смерти – причины; может быть использована в ходе судебного разбирательства параллельно с судебно-психиатрической экспертизой. В комплексе могут работать психологи-эксперты, психиатры и врачи.

Медико-социальная экспертиза определяет основные ограничения жизнедеятельности объекта, выявляет потребности индивида и меры его социальной защиты. Осуществляется через медико-реабилитационные экспертные комиссии (МРЭК).

Определение, задачи медико-социальной экспертизы

Медико-социальная экспертиза — это область медицинских и научных знаний, изучающая трудоспособность человека при наличии у него заболевания, травмы, увечья, анатомического дефекта, беременности и некоторых других причин, регламентированных законодательством и преследующих социально-профилактические цели (уход за больным членом семьи, санаторно-курортное лечение, стационарное протезирование и т.д.).

Основные задачи медико-социальной экспертизы:

1. научно обоснованная оценка трудоспособности трудящихся при различных заболеваниях, при травмах, увечьях, анатомических дефектах;
2. установление фактора временной нетрудоспособности и освобождение от работы в связи с наличием социальных и медицинских показаний, предусмотренных законодательством;
3. определение характера нетрудоспособности (временная, стойкая, частичная, полная);
4. установление причины временной или стойкой нетрудоспособности для определения размеров пособий, пенсий и других видов социального обеспечения;
5. рациональное трудоустройство работающих, не имеющих инвалидности, но нуждающихся по состоянию здоровья в облегчении труда в своей профессии;

6. определение трудовых рекомендаций инвалидам, позволяющих использовать их остаточную трудоспособность;

7. изучение причин заболевания и инвалидности для разработки медицинских, социальных и профилактических мероприятий;

8. проведение различных видов социальной помощи работающим при временной нетрудоспособности и инвалидам;

9. проведение социально-трудовой реабилитации.

При решении этих задач следует знать основные понятия трудоспособности: трудоспособность, нетрудоспособность, временная, полная или частичная нетрудоспособность инвалидность.

Основные понятия, медико-социальные критерии факта нетрудоспособности

Под трудоспособностью понимают такое состояние организма, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяют выполнить работу определенного объема и качества.

Под нетрудоспособностью понимают состояние организма, обусловленное болезнью, травмой, ее последствиями или другими причинами, когда выполнение профессионального труда частично либо полностью, в течение ограниченного времени или постоянно, невозможно.

Нетрудоспособность может быть временной и стойкой.

Временная нетрудоспособность — это состояние организма человека, обусловленное заболеванием, травмой и другими причинами, при которых нарушение функций сопровождаются невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение определенного промежутка времени, т.е. носят обратимый характер. Установление факта временной нетрудоспособности является медицинским действием, так как она направлена на устранение неблагоприятных факторов и означает начало лечения.

Различают полную и частичную нетрудоспособность. *Полная нетрудоспособность* — это полная невозможность выполнения любого труда на определенный срок, сопровождается необходимостью создания специального режима и проведение лечения.

Частичная нетрудоспособность — временная нетрудоспособность в отношении своей обычной профессиональной работы при сохранении способности выполнять другую работу с иным облегченным режимом или в уменьшенном объеме.

Экспертиза временной нетрудоспособности проводится в организациях здравоохранения.

Стойкое нарушение трудоспособности (инвалидность) — такое состояние организма, при котором функциональные и органические нарушения, обусловленные заболеванием, увечьем или анатомическим дефектом, носят устойчивый или постоянный характер и препятствуют продолжению работы по основной профессии (полностью или частично) на длительный срок или постоянно.

Порядок проведения и организации медико-социальной экспертизы

В установлении факта нетрудоспособности принимают участие врачи учреждений здравоохранения. Они выписывают признаки инвалидности, врачи-эксперты медико-социальных комиссий устанавливают факт стойкого нарушения трудоспособности.

Следует различать понятия «болезнь» и «нетрудоспособность». При наличии болезни человек может быть трудоспособным, если заболевание не препятствует выполнению профессионального труда; и нетрудоспособным – если выполнение работы затруднено или невозможно. При определении нетрудоспособности учитывают медицинские и социальные критерии. *Медицинские критерии* включают своевременно установленный полный клинический диагноз с учетом выраженности морфологических изменений, тяжести и характера течения заболевания, декомпенсации и ее стадий, осложнений, определение клинического ближайшего и отдаленного диагноза.

Социальные критерии трудоспособности отражают все то, что связано с профессиональной деятельностью больного: характеристику преобладающего напряжения (физического или нервно-психического); организацию, периодичность и ритм работы; нагрузку на отдельные органы и системы; наличие неблагоприятных условий труда и профессиональных вредностей. Установление факта нетрудоспособности — это важное юридическое действие, так как оно гарантирует юридические права: при временной утрате трудоспособности на освобождение от работы и получение пособия за счет социального обеспечения, при инвалидности – пенсию за счет Фонда социальной защиты населения.

Установление причин инвалидности и степени утраты трудоспособности

На медико-социальной экспертизу направляются граждане, имеющие признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите:

- при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не более 4-х месяцев. При туберкулезе до 12 месяцев;

- при благоприятном трудовом прогнозе в случае продолжающейся нетрудоспособности до 10 месяцев (в отдельных случаях: травмы, состояния после реконструктивных операциях, туберкулез – до 12 месяцев) для решения вопросов о продолжении лечения или установления группы инвалидности;

- работающие инвалиды для изменения трудовой рекомендации в случае ухудшения клинического или трудового прогноза.

При наличии показаний для направления больного на Медицинские реабилитационные экспертные комиссии (МРЭК), лечащий врач оформляет направление по форме № 088/у, которое подписывает заведующий отделением и утверждается Врачебно-консультативная комиссия. МРЭК подразделяют на первичные (городские, районные, межрайонные) и высшие (областные, республиканские); общие и специализированные. В случае признания пациента трудоспособным в больничный лист засчитываются все дни до прохождения МРЭК, и со следующего дня он выходит на работу. Лицам не признанными инвалидами, при необходимости долечивания, лист нетрудоспособности подписывается учреждением здравоохранения до восстановления трудоспособности или повторного направления на МРЭК.

В случае признания больного инвалидом, независимо от группы инвалидности, срок временной нетрудоспособности завершается, и лечебное учреждение закрывает листок нетрудоспособности датой регистрации посылного листа. Эта дата указывается в графе «приступить к работе».

При отказе больного от направления на медико-социальную экспертизу или несвоевременной явке его на экспертизу по неважной причине, то лист нетрудоспособности не продлевается со дня отказа или для регистрации документов МРЭК.

При установлении инвалидности: решается вопрос о ее тяжести (группа инвалидности); формулируются причины инвалидности; даются рекомендации по социально-трудовой, психологической реабилитации; устанавливаются сроки инвалидности и дата переосвидетельствования.

Первая группа инвалидности устанавливается при резком ограничении жизнедеятельности, обусловленное заболеванием, последствиями травм,

врожденными дефектами, приводящими к резко выраженной социальной дезадаптации, если лица с указанными нарушениями нуждаются в постоянном уходе и посторонней помощи.

Вторая группа инвалидности устанавливается при значительном ограничении жизнедеятельности, при выраженной социальной дезадаптации и невозможности трудиться.

Третья группа инвалидности устанавливается лицам с выраженным ограничением жизнедеятельности, значительном снижении возможности социальной адаптации и при значительном уменьшении объема трудовой деятельности, снижении квалификации, затруднении в выполнении профессиональных обязанностей.

В целях динамического наблюдения за течением патологического процесса и уровнем трудоспособности проводится систематическое переосвидетельствование инвалидов. Инвалиды первой группы проходят переосвидетельствование МРЭК через 2 года; инвалиды второй и третьей групп — через 1 год. В определенных случаях группа инвалидности устанавливается без срока переосвидетельствования: тяжелые заболевания и отсутствие перспективы улучшения клинического и трудового прогноза, достижение пенсионного возраста. В процессе переосвидетельствования устанавливается причина, т.е. те социально-биологические условия, при которых возникла инвалидность.

Различают следующие *причины инвалидности*:

- 1) общее заболевание;
- 2) трудовое увечье;
- 3) профессиональные заболевания;
- 4) инвалидность с детства;
- 5) инвалидность с детства, связанная с катастрофой на ЧАЭС;
- 6) инвалидность с детства, связанная с боевыми действиями в период ВОВ;
- 7) ранения, контузии, травмы, заболевания, связанные с пребыванием в партизанском отряде, на фронте, полученные на военной службе;
- 8) ранения, контузии, травмы, заболевания, полученные в период прохождения военной службы, но в результате несчастного случая, не связанного с военной службой;
- 9) заболевания, полученного в период прохождения военной службы;
- 10) заболевания, вызванного катастрофой на ЧАЭС;
- 11) ранения, контузии, травмы, заболевания, полученные в период прохождения военной службы и вызванные катастрофой на ЧАЭС.

В функции МРЭК входят определение реабилитационного потенциала и составление индивидуальной программы реабилитации. Программа

определяет виды, формы, методы реабилитации, оптимальные сроки и исполнителей реабилитационных мероприятий. Медико-социальная экспертиза решает вопрос о профессиональной пригодности больного, определяет для инвалида условие и характер труда профессии, доступные по состоянию здоровья. В МРЭК заполняются: акт освидетельствования во МРЭК, статистический талон учета экспертной и консультативной деятельности МРЭК.

Статистический анализ инвалидности осуществляется централизованно на областном уровне на основе статистической отчетности. Первичный учет всех случаев первичного выхода на инвалидность и результатов переосвидетельствования в первичных МРЭК с помощью статистического талона. На основе данных первичного учета формируется государственная отчетность по инвалидности, рассчитываются статистические показатели.

В 2011 г. в Республике Беларусь было впервые признано инвалидами 50394 человек, что на 7,3% больше, чем в 2010 г. Из них взрослыми (18 лет и старше) являлись 47417 человек (на 7,8% больше, чем в 2010 г.). Количество впервые признанных инвалидами среди трудового населения составило 21011 человек (на 9,0% больше, чем в 2010 г.). Число впервые признанных детей-инвалидов увеличилось на 0,3% и составило 2977 человек. Контингент впервые признанных инвалидами среди взрослого населения, как и в прошлом году, формировался, главным образом, за счет инвалидов вследствие болезней системы кровообращения (24,66 на 10 тыс. населения, или 40,3%); новообразований (14,89 на 10 тыс. населения, или 24,3%); болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (4,9 на 10 тыс., или 7,3%); последствий травм, отравлений и других воздействий внешних причин (3,77 на 10 тыс., или 6,2%).

Таким образом, инвалидность — один из критериев оценки общественного здоровья и трудоспособности населения. Являясь отражением наиболее тяжелых форм патологии в заболеваемости населения, она оказывает влияние на уровень общей смертности. Установлено, что смертность инвалидов в 1,5 — 2 раза выше, чем население в целом. Требуются большие расходы на социальное обеспечение и проведение мер по их социальной защите и применение специфических технологий реабилитации.

Вопросы для самоконтроля

1. Охарактеризуйте виды социальных экспертиз.
2. Дайте определение и обозначьте задачи медико-социальной экспертизы.
3. Какой порядок проведения и организации медико-экспертных реабилитационных комиссий? Их виды.

4. Какие категории населения направляются для прохождения медико-экспертных реабилитационных комиссий?

5. Назовите причины инвалидности и приведите статистические данные по структуре инвалидности населения страны.

ЛЕКЦИЯ № 5 СОЦИАЛЬНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ

Вопросы:

ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ЦЕЛЬ, ВИДЫ, СТРУКТУРА СОЦИАЛЬНОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ

МЕТОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ СОЦИАЛЬНОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ

ЭТАПЫ СОЦИАЛЬНОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ

Определение, цель, виды, структура социального прогнозирования

Термин «прогноз» с греческого означает предвидение, предсказание. Технология социального прогнозирования — научное исследование конкретных перспектив социальных процессов и разрешения кризисных ситуаций. Цель социального проектирования — не просто предвидеть те или иные явления будущего, но и способствовать эффективному воздействию на них в нужном направлении. Социальное предвидение по определению академика П.К. Анохина, это опережающее отражение действительности. В мозгу человека перед совершением какого-либо действия создается модель «потребного будущего», с этой моделью сверяются результаты до их удовлетворения. На социальном уровне в отличие от биологического, проявляется в сочетании философских аспектов и технологических подходов.

В технологиях социальной работы используют информационные технологии, социально-экономические прогнозы, социологическое прогнозирование, юридическое прогнозирование, социально-психологическое и пр.

Информационные технологии в социальной работе представляют собой совокупность знаний, сведений, данных, формирующиеся и воспроизводимые в обществе и используемые различными социальными группами, организациями и социальными институтами для регулирования социального взаимодействия, общественных отношений между индивидом, обществом, природой.

Социально-экономические технологии прогнозирования — процесс формирования вероятностных суждений о состоянии экономических процессов и явлений в определенный момент в будущем и об альтернативных путях их достижения. Необходимо знать законы развития народ-

ного хозяйства, определить причину и движущие силы их развития, экономическую целесообразность.

Социологическое прогнозирование имеет 3 уровня исследований: общетеоретический, частнотеоретический и эмпирический. Объектом в этих исследованиях является общество как социальный организм, частные объекты – социальные группы и человек.

Юридическое прогнозирование — систематическое исследование перспектив развития государственно-правовых процессов, их темпов и особенностей. Объектом исследований является государство и право. В сфере законодательства выделяют:

- 1) наиболее существенные черты;
- 2) объективные тенденции развития и совершенствования отдельной отрасли законодательства;
- 3) тенденции развития отдельного правового института, его важнейших форм;
- 4) тенденции и перспективы развития отдельной правовой нормы.

Социально-психологические прогнозы определяют конкретные характеристики объектам в обществе, на производстве, науки, культуре и т.д. Например, дают рекомендации по организации деятельности экспертов-прогнозистов и т.п.

Социально-экономическое развитие страны во многом определяет жизненный потенциал людей. Важнейшим критерием развития человека является индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП), включающий такие аспекты, как ожидаемая продолжительность жизни, уровень образования, реальный душевой валовой внутренний продукт. В совокупности эти показатели отражают три главных качества: здоровую жизнь, знания, достойный человека уровень жизни. Они же являются важнейшим диагностическим методом в понимании социальных процессов, в оценке социальной политики государственной власти.

Структура социального прогнозирования включает:

- гностиологию и логику научного предвидения;
- методологию социального прогнозирования;
- методику социальных прогнозов (анкетирование, экстраполирование, моделирование, прогнозы на базе анализа патентов и т.д.

Методы и процедуры прогнозирования

В настоящее время насчитывается более 150 различных методов и процедур прогнозирования. Их разделяют на 3 основные группы: общенаучные, интернаучные и частнонаучные.

К *общенаучным методам* прогнозирования относят: анализ, синтез,

экстраполяция, интерполяция, индукция, дедукция, аналогия, гипотеза, экспериментирование.

Интернаучные методы социального прогнозирования – индукция, мозговая атака, метод Дельфи, утопия, фантастика. С помощью метода Дельфи анонимные эксперты дают числовую оценку какому-либо социальному процессу, результаты обрабатываются. Эксперты, давшие крайние оценки обосновывают свое мнение и проводят последующие туры до более узкого интервала оценок процесса.

Частнонаучные методы — это прогнозы по парабалмическим картам, скорости добегаания вроны, срыву лавин, тесты и прочие.

Этапы социального прогнозирования

Методы прогнозирования в социальной сфере состоят из разработки, анализа, исследования проблемной ситуации с помощью специальных математических, инновационных моделей, созданных ЭВМ и пр.

Основные этапы социального прогнозирования включают:

- 1) выбор объекта социального прогнозирования (от индивида до человечества, как основной части ноосферы);
- 2) выбор направления исследования: экономическое, социологическое, собственно социальное и т.п.);
- 3) подготовка и обработка информации о проблеме, проверка ее достоверности;
- 4) выбор способа прогноза (одного из научных методов);
- 5) собственно прогнозное исследование;
- 6) обработка результатов, анализ полученных информации;
- 7) определение достоверности прогноза.

Таким образом, социальный прогноз — один из видов оказания помощи клиенту. Составление социально значимых прогнозов невозможно без оценки существующих ресурсов, разработки диагностических технологий. Социальная работа не может обойтись без специалистов, способных не только диагностировать ситуацию, но и прогнозировать социальное развитие. Полноценная социальная работа включает разработку достоверного прогноза дальнейшего развития (в краткосрочном и долгосрочном планах) исследуемых социальных процессов, предвидит перспективы их будущего состояния.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение и структуру социального прогнозирования.
2. Назовите основные методы и процедуры социального прогнозирования.
3. Охарактеризуйте этапы социального прогнозирования.

ЛЕКЦИЯ № 6 СОЦИАЛЬНОЕ ПРОЕКТИРОВАНИЕ

Вопросы:

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ, ЦЕЛЬ СОЦИАЛЬНОГО ПРОЕКТИРОВАНИЯ

МЕТОДЫ И МЕТОДИКИ СОЦИАЛЬНОГО ПРОЕКТИРОВАНИЯ

МОДЕЛИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ И СТРУКТУР

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ

КЛАССИФИКАЦИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ

СТАДИИ СОЦИАЛЬНОГО ПРОЕКТА

ОБЩАЯ СХЕМА РАЗРАБОТКИ И РЕАЛИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ

Определение понятия, цель социального проектирования

Социальное проектирование — проектирование социальных объектов, социальных качеств, социальных процессов и отношений. Социальное проектирование означает определение версий или вариантов развития или изменения того или иного социального явления. Социальное проектирование дает возможность оценить обоснованность прогноза, разработать научно-обоснованный план социального развития. Основная цель социального проектирования — создание социальных проектов и программ социального развития.

Близкие по смыслу и назначению понятия: планирование, предвидение, прогнозирование, конструирование, моделирование. Эти понятия как специфические методы научного познания позволяют выбирать тактику и стратегию взаимодействия с клиентом, объектом управления и воздействия.

Планирование — научно-обоснованное определение целей, выявление задач, сроков. Темпов и пропорций развития того или иного явления, его реализацию в интересах общества. Она реализуется через систему принципов. В число этих принципов входят: обоснованность, директивность, отражение единства общегосударственных, коллективных и личных интересов, оптимальность планов, их сбалансированность, единство планирования, его комплексность.

Планирование предполагает:

- определение целей деятельности;
- выбор средств осуществления поставленной цели;
- обеспечение необходимыми ресурсами;
- определение формы организации жизнедеятельности и социальной помощи;
- создание программы достижения поставленной цели;

- определение конкретных сроков и объема выполнения программы;
- учет результатов деятельности;
- корректировку принятых программ;
- научно обоснованное предвидение результатов реализации программы;
- постановку новых задач и целей, появляющихся после реализации программы.

Предвидение (предсказание) — предпочтительное знание о событиях и явлениях, которые существуют, но не зафиксированы в наличном опыте. Научное предвидение основано на выяснении закономерностей развития явления или события, когда известны его причины, формы функционирования и ход развития.

Прогнозирование — форма предвидения, выражающаяся в целеполагании, программировании и управлении планируемым процессом явления на основе выявленных параметров его возникновения, существования, устойчивых форм и тенденций развития.

Проектирование — творческое исследование, обобщение практического опыта, систематическое описание социального эксперимента, содержащее предположения относительно применения данной разработки на практики; построение конкретных социальных моделей, социальных прогнозов, основанных на социологических исследованиях, экономических расчетах, административных новаций и т.п.

Конструирование — интеллектуальная деятельность, состоящая в целенаправленном построении в идеальной форме какого-либо объекта, который не является преднамеренным воспроизведением другого объекта. Используется при формировании целей и определении плана деятельности, разработки технологий, определенных параметров будущих результатов действий. Проектирование одно из разновидностей конструирования.

Моделирование — идеальная разработка различных ситуаций и состояний развития объекта в течение всего планируемого периода. Это — система, отражающая объект исследования, способная его заменить, дать новую информацию об объекте. Модель — материализуемая или мысленно представляемая цель.

Методы и методики социального проектирования

Методики и методы социального проектирования бывают: методика матрицы идей, методика вживания в роль, метод аналогии, метод ассоциации, методика «мозгового штурма», методика синектики и другие.

Методика матрицы идей — когда на основе нескольких независимых переменных составляют различные варианты решений. Просчитываются варианты переменных, определяют наиболее эффективный путь реализации. Например, при составлении и разработки социальных проектов определяют срок, средства, возможности, ресурсы. Эта методика применяется при ограниченных возможностях.

Методика вживания в роль — помогает получить точное представление об объекте, что необходимо сделать при проектировании. Важно понять как и каким будет проект, понять интересы и желания людей, участвующих в проекте.

Метод аналогии — общенаучный метод, с его помощью на основе подобия, сходства предметов формируется прогноз, предположение о наличии указанных свойств или отношений. Аналогия может быть простая, распространенная, строгая или нестрогая.

Метод ассоциации — представляет сочетание приемов приспособления, модификации и полной реорганизации. Решает вопросы: как улучшить положение объекта, способ управления.

Методика «мозгового штурма» — связана с генерацией идей, с их равнонаправленной конкуренцией, с возможностью сопоставления. Осуществляется посредством коммуникативного взаимодействия, в котором обсуждаются различные проекты, осуществляются оценки, экспертиза фактов и мнений. Методика «мозгового штурма» предполагает следующие методические правила:

- правильно выбрать место проведения и его оборудование;
- подобрать группы участников (не более 10–12 человек);
- ознакомить участников с правилами: не критиковать других, высказывать как можно больше идей;
- позаботиться о размещении участников (целесообразно размещать их за столом в форме латинских букв U или V лицом друг к другу, но так, чтобы они видели таблицы и прочие материалы с правилами и записями высказанных идей);
- обращать внимание на правильность формулирования проблем;
- не вмешиваться в дискуссию;
- знать методику проведения группового занятия;
- рационально использовать время.

Важно выделить следующие четыре этапа проведения «мозговой атаки»:

- характеристика анализируемой проблемы;
- выработка максимально возможного количества ее решений, даже, на первый взгляд, самых невероятных;

- выбор наиболее рациональных идей для дальнейшей проработки;
- разработка альтернативных решений проблемы, что обычно занимает основную часть времени.

Методика синектики — рассматриваются несколько предложенных идей отдельно друг от друга, а потом между ними устанавливаются определенные взаимосвязи и взаимозависимости.

Условия для проектной деятельности включают множество компонентов: социальные отношения, процессы, среда, действия, вещи, средства и т.п. Это – целая система социальных явлений и процессов, оказывающих определенное влияние на проектную деятельность. Всем социальным субъектам социального проектирования, специалистам социальной работы свойственны следующие общие функции: постановка и ранжирование целей; планирование способов достижения целей, в том числе обеспечение необходимыми материальными и нематериальными ресурсами; контроль и координация совместной деятельности; обсуждение и решение проблем, регулирование отношений с персоналом и клиентами; установление связей и информационное обеспечение; контроль за качеством и количеством социальных услуг, предоставляемых клиентам; оценка будущих потребностей организации; выполнение представительских функций организации или учреждения.

Моделирование социальных отношений и структур

Термин «моделирование» происходит от латинского «modulus» — мера, норма и от французского «modele» — образец, прообраз. Моделирование социального прогнозирования — это исследование объектов различной природы на их аналогиях (моделей) на уровне структур, функций и результатов. *Цель моделирования* — воспроизвести данные, оценивающие натуральные нагрузки, ход работы объекта, исследовать его внутренние процессы. Потребность в моделировании возникает в том случае, когда исследование непосредственно самого объекта невозможно или затруднено. Это социальные объекты, социальные группы, общество в целом.

Задача социального моделирования — воспроизводство модели на основании ее сходства с существующим объектом. Модель должна быть близка к оригиналу, но полностью ему аналогична. Основное отличие модели от оригинала — способность к гибкому прогнозному изменению, не влияющему на исходные данные модели.

Социальная модель может быть выражена в виде математического уравнения, графика, таблицы взаимосвязанных признаков, событий, явлений. В отличие от физической модели, социальная не копирует изу-

чаемый объект или явление, а преобразует значение одних признаков, выбранных в качестве зависимых. Информационное значение социальной модели можно оценить по степени точности отображения (прогноза) изменений изучаемых социальных процессов (зависимые признаки) при новых независимых признаках) объективных условий. Например, $x = 2y$ — линейная зависимость, при $y=5$, $x=10$.

Проблемные социальные модели:

- ❖ уровень жизни пенсионеров в ближайшие 10–15 лет;
- ❖ оценка состояния высшего образования и его тенденции развития;
- ❖ положение женщин и детей в условиях трансформации общества;
- ❖ прогнозирование экономики здравоохранения;
- ❖ уровень преступности;
- ❖ нравственная модель специалиста по социальной работе и т.д.

Любая проблемная ситуация может быть предметом моделирования и в зависимости от объективных и субъективных факторов выделяют:

- противоречия между процессом развития и стремлением к стабилизации, между возникающими потребностями и способами их удовлетворения;

- понимание значимости данной проблемной ситуации, целесообразности ее решения, мотивы и интересы людей, заинтересованных в ее решении.

Социальные проекты

Основная цель социального проектирования — создание социальных проектов. Проект социальной работы — это система сформулированных проектных целей; система социальных учреждений; разработанных и утвержденных соответствующих документов: планов, программ, расчетов, смет и т.д.; рассчитанных необходимых ресурсов: финансовых, трудовых, временных; комплексных управленческих решений, мер по достижению цели.

Классификация социальных проектов:

По объему трудовых, финансовых, материальных затрат: малый, мега, международный, региональный, отраслевой, местный;

По содержанию: рекламный, научно-технический, экономический, экологический, инвестиционный, производственный, строительный, комплексный;

По срокам реализации: краткосрочный, среднесрочный, долгосрочный.

Основные стадии социального проекта

Замысел; предпроектный анализ; планирование; разработка; принятие и утверждение; выполнение; подведение итогов.

Предпроектный анализ включает изучение, исследование, анализ, диагностику соответствующей социальной проблемы, решение которой предполагается осуществить в «проектном варианте», например, с помощью какой-либо программы. Результаты анализа описывают в виде характеристики условий ситуации. Определяется главная цель на основе предпроектного анализа и отражается в виде формулирования цели.

Планирование социального проекта состоит в определении перечня мер, ответственных исполнителей, производства необходимых расчетов, оборудования, материалов и пр.

Принятие и утверждение проекта происходит по специальной процедуре с фиксацией в официальном документе.

Выполнение социального проекта обеспечивается существующей структурой. При необходимости создаются новые, специальные управленческие подразделения и структуры.

Подведение итогов основывается на учете отчетной и контрольной информации, отражается в соответствующем документе, закрывающем этот проект.

Социальные программы — разновидность социальных проектов — это разработанный и реализуемый комплекс задач и мероприятий, имеющих определенные цели, содержание, направлений на достижение конечной цели. Используя социальные программы и официальные документы, возможно разрешение кризисных ситуаций в жизнедеятельности социальных систем и групп. При этом используют методики, ориентированные на выработку средств поиска и реализации новых технологий, для внедрения которых необходимы следующие условия:

- 1) наличие информации об этих процессах;
- 2) обеспечение социальными средствами регулирования;
- 3) конструирование (модулирование) действенно организованного механизма для каждого конкретного случая;
- 4) наличие специалистов-профессионалов, владеющих информацией об объекте и обладающих знаниями, опытом, умениями.

В социальной сфере необходимо изучение социальных программ, внедрение экспериментальных социальных нововведений, исследования в области создания методик, моделей, практик и пр.

Общая схема разработки и реализации социальной политики

Процесс развития общества осуществляется посредством обновления компонентов в социальной сфере, в которой отражается социальная политика государства и направленность общественного развития.

Социальная политика — это комплекс разработанных задач и мер по улучшению жизнедеятельности людей, социальных групп, классов; воплощается в социальных программах и практики в социальной сфере.

При разработке социальной политики предусматриваются:

1) определенные технологии сбора, обработки, систематизации, использования информации определяются цели и задачи социальной политики;

2) ресурсное обоснование и механизм практической реализации (кто, что, когда выполняет и за что отвечает);

3) разработку проектов-вариантов, которые оцениваются по определенным критериям; далее принимается окончательный вариант, оформленный в виде соответствующего документа;

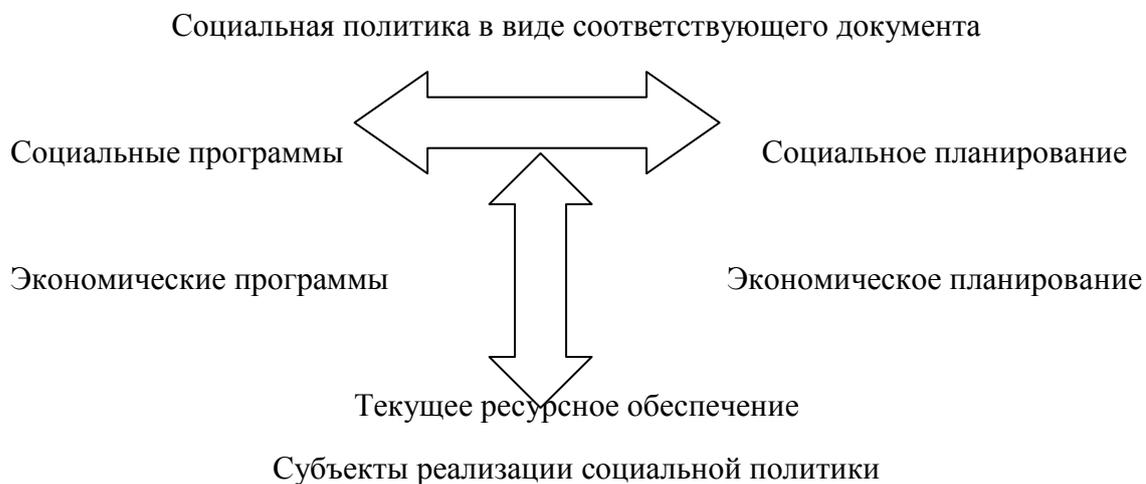
4) систему контроля, т.е. постоянное получение обратной связи или информации.

Общая схема разработки социальной политики



социальной политики в виде
соответствующего документа

Общая схема реализации социальной политики



Результаты

Таким образом, технология социальной политики на любом уровне предусматривает ее разработку и реализацию. В процессе реализации важны 2 главных принципа: конкретизация социальной политики в механизме социальных и экономических программ, социально-экономического планирования; результативность, т.е. социальная политика должна быть не декларируемая, а обеспечивающая достижение необходимых результатов в определенный период времени. Основные причины нереализованности социальной политики — необоснованности и нереалистичности ее планирования.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение понятиям социальное проектирование, планирование, предвидение, прогнозирование, конструирование, моделирование.
2. Какова цель социального проектирования?
3. Охарактеризуйте методы социального проектирования.
4. Назовите основные правила методики проведения «мозгового штурма».
5. Каковы цели и задачи социального моделирования? Обозначьте проблемные социальные модели.
6. Дайте определение, классификацию и основные стадии социальных проектов.
7. Опишите общую схему разработки и реализации социальной политики.

ЛЕКЦИЯ № 7 СОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И МЕТОДЫ ЕЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ

Вопросы:

СУЩНОСТЬ, ОБЪЕКТ И СОДЕРЖАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

ОСНОВНЫЕ МОДЕЛИ ПСИХОТЕРАПИИ

***ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ, ОСНОВАННЫЕ НА
РАЗНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОДХОДАХ***

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

ОБЩИЕ И ЧАСТНЫЕ МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Сущность, объект и содержание социальной терапии

Слово «терапия» в переводе с греческого означает «забота, уход, лечение». В медицине широко применяются различные виды терапевтического лечения: лекарственные средства, физиотерапия, фитотерапия, мануальная терапия и многое другое. Наряду с использованием традиционных методов делаются попытки найти другие формы лечения, например, применяется иглотерапия, или такой экзотический вид врачевания, как «дельфинотерапия», при котором, по мнению некоторых специалистов, в результате общения с дельфинами у детей восстанавливаются двигательные способности, улучшается речь, кровообращение, снижаются боли.

В социальной работе «терапия» определяется как форма воздействия на объект для оказания ему помощи. Социальная терапия — это метод «лечения», влияющий на психосоматические функции организма; это метод влияния, связанный с обучением, профессиональной ориентацией; это инструмент социального контроля и средство коммуникации.

Объектом социальной терапии является не только сам клиент, но и его близкие люди, работа, жилье, соседи, знакомые и друзья. В основе терапии — процедура социальной помощи, оказание клиенту поддержки со стороны окружения, ликвидация негативных влияний и последствий с целью их устранения.

Основные модели психотерапии

Социальная терапия тесно связана с психотерапией, в которой используются методы воздействия на психику. Эти воздействия основаны на психологических теориях и методах и включают в себя систематические, целенаправленные меры по оказанию помощи лицу или группе лиц в вопросах урегулирования чувств, импульсов, мыслей, отношений и

снятия психологических симптомов, которые вызывают беспокойство, дискомфорт у пациентов. Врач-психотерапевт работает в основном с неврозами, пограничными состояниями и другими нервно-психическими патологиями человека.

Известны 4 основные модели психотерапии:

— психотерапия как метод лечения, т.е. воздействие на соматическое и психическое состояние клиента (медицинская модель психотерапии);

— психотерапия как метод манипулирования, носящий характер инструмента и служащий целям общественного контроля (социологическая модель);

— психотерапия как метод, приводящий в действие процесс научения личности (психологическая модель);

— психотерапия как комплекс явлений, возникающих в ходе взаимодействия между людьми (философская модель).

Социальный работник в процессе работы с индивидами или социальными группами постоянно сталкивается с соматическими и психологическими проблемами, поэтому ему необходимо владеть основными терапевтическими и практическими методами, применяемыми психотерапевтами. Это помогает ему выявить внутренние факторы развития человека, причины и мотивацию его поведения. На первом этапе контакт социального работника с клиентом осуществляется в виде терапевтического консультирования, беседы или совета. Для оказания первой помощи он должен сам проводить терапевтическую работу или организовывать ее совместно с другими специалистами. Если же выявлены серьезные отклонения в здоровье пациента, то социальный работник рекомендует обратиться к врачу или психотерапевту для более полного проведения необходимого лечения.

Итак, термин «терапия» все больше приобретает широкий социальный смысл, и преимущество медиков-психотерапевтов в применении терапевтических методов в настоящий момент носит относительный характер: там, где у человека есть, были или будут нерешенные социальные проблемы, активную роль предстоит играть специалистам социальной работы.

Основные направления социальной работы, основанные на разных функциональных подходах

Именно специалист в области социальной работы, овладев современной технологией терапевтического воздействия, способен преодолеть узкую трактовку причин соматических и психических недугов. Воспринимая человека целостно как индивидуальную самоценность, с его пережи-

ваниями, проблемами и трудностями, социальный работник имеет возможность творчески использовать лучшие, апробированные методы в своей практике, сделать терапевтическую помощь более действенной и гуманной.

В настоящее время имеется несколько направлений социальной работы, которые основываются на различных функциональных подходах.

Первый подход, который применяют социальные работники многих западных стран, основывается на лечебной функции социальной работы. Так, в США социальные работники часто работают в клиниках и центрах психического здоровья, где придерживаются ориентации на индивидуальное лечение. Роль социального работника как специалиста заключается в оказании помощи клиенту в решении его общих проблем совместно с медиками.

Второй подход в социальной работе — социальное развитие. Эта модель предполагает включение клиента в активную групповую деятельность, например, для решения социальных проблем по месту жительства, на работе и т.д. Деятельность таких групп рассматривается как процесс «совместного развития», положительно влияющий на социальное здоровье клиентов.

Третий подход в социальной работе — основан на функции отстаивания интересов клиента. Главная задача сводится к тому, чтобы разъяснить нужды притесняемых или социально уязвимых людей обществу, например, организациям, в которых работают; людям, рядом с которыми они живут.

В основе терапевтического воздействия лежит процедура социальной помощи, оказание клиенту поддержки со стороны окружения, ликвидация негативных последствий взаимоотношений. «Социальная терапия» предполагает и прямое вмешательство с целью устранения препятствий, мешающих полноценному социальному развитию индивида, социальной группы.

Основные формы социальной терапии

Любой из методов терапевтического воздействия включает два компонента: интеллектуальный, связанный с информационным воздействием слова, и эмоциональный — выражение лица, тембр и интонации голоса, характер и особенности жестов социального работника. Он должен быть для клиента авторитетом, образцом поведения, экспертом и эмоционально близким человеком через «связь», возникающую в рамках терапевтического процесса.

В целом методы социальной (психологической) терапии основывают-

ся на двух формах работы — индивидуальной и групповой, каждая из которых предполагает определенную технологию построения взаимодействия между социальным работником (психосоциальным терапевтом) и клиентом. Целью такого взаимодействия может быть решение каких-то эмоциональных проблем, обмен информацией, развитие социальных и ремесленных навыков, изменение ценностных ориентации, направление асоциальных ориентации в конструктивное русло и др. Приемы вмешательства включают контролируемые терапевтические дискуссии, беседы и т.д.

Индивидуальная терапия применяется к тем клиентам, решение проблем которых требует конфиденциальности (изнасилование, семейные неурядицы и т.п.), кто не хочет участвовать в коллективной терапии или нуждается в решении таких проблем, как сексуальная жизнь, общественно неодобряемое или унижающее клиента поведение. В таких случаях необходимо стремиться не оказывать давления на клиента и обсуждать эти вопросы, не травмируя его. В некоторых случаях также возможно приглашение родителей, членов семьи, родственников, установление связи с общественными организациями, с администрацией учреждения и т.д. Обычно после двух-трех сеансов индивидуального применения терапии клиент переводится на коллективную терапию, которая более действенна, что нередко отмечают сами подопечные.

Существуют различные варианты технологического решения проблем в индивидуальной социальной работе. Так, еще в 1928 г. на Милфордской конференции были определены следующие факторы, обуславливающие правильный выбор технологического решения социальных проблем:

- знание типичных отклонений от общепринятых норм социальной жизни;
- изучение подробностей жизни конкретного человека, оказавшегося в затруднительном положении;
- применение соответствующих методов изучения ситуаций людей, нуждающихся в социальной поддержке, с целью оказания им адресной помощи;
- использование средств и ресурсов местных органов (общественных организаций);
- применение знаний и накопленного опыта в сочетании с требованиями индивидуального подхода;
- знание теоретических основ, определяющих цели, этику и особенности адресной помощи в социальной работе.

Групповая терапия во взаимодействии с индивидуальной обогащает

и дополняет терапевтическое воздействие, позволяет клиенту взглянуть на себя глазами группы, скорректировать поведение, углубить и тщательно разработать эффективную программу индивидуальной терапии.

Для формирования и активизации групповых процессов в решении социальных проблем большое значение имеют психотерапевтические процедуры. Это могут быть общие упражнения (например, релаксация, пантомимические сцены, участие в «конструктивном споре», разыгрывание ролевых ситуаций, изложение биографий, обсуждение анонимной истории болезни, описание содержания сновидений, фантазий и ассоциаций, использование гештальттерапии и т.д.). Участие в процедурах подобного типа позволяет членам группы одновременно выступать в ролях активного участника и наблюдателя, предоставляет возможность для эмоционального переживания, проведения интеллектуального анализа, тренировки определенных типов поведения.

Состав группы может быть разнообразен как по характеру, так и по целям:

- учебные группы. Здесь, помимо получения знаний, есть возможность высказать свое мнение или обсудить личностные проблемы;

- группы совместной деятельности. Занятие общим делом всегда было эффективным методом установления надежного контакта, развития способностей к сотрудничеству, общению, разрешению конфликтов и принятию решений. Например, занятия спортом, посещение театра с последующим обсуждением и др.;

- группы для родителей. Являются разновидностью учебной группы, но только имеют более широкие цели. Например, воспитание детей, анализ темы «Секс и совместная жизнь» и др.;

- мужские и женские группы. Например, для решения проблемы роли женщины в современном обществе, освобождения от гнета, развития солидарности. Кризисные моменты: изнасилование, жестокое обращение, развод, возрастные проблемы.

Технология работы в группе решает следующие задачи:

- исправление, корректировка цели, когда дело касается поведения одного или нескольких ее членов;

- предупреждение дисфункций (в случае такой опасности);

- обеспечение нормального развития членов группы, особенно в критические периоды роста;

- утверждение личности;

- воспитание чувства гражданственности.

Метод работы с группой используется:

- ❖ при решении сложных проблем;

- ❖ при формировании сплоченного коллектива, создании «команды»;
- ❖ при разработке и реализации социальных проблемных программ;
- ❖ организации процесса обучения, обмена опытом;
- ❖ личностном и профессиональном самоопределении участников работы;
- ❖ в исправительных целях;
- ❖ для предотвращения социальных дисфункций и т.д.

Индивидуальная терапия во взаимодействии с групповой обогащает и дополняет терапевтическое воздействие, что позволяет клиенту взглянуть на себя глазами группы, скорректировать поведение, углубить и разработать эффективную программу индивидуальной терапии.

Общие и частные методы социальной терапии

Наиболее важные терапевтические общие и частные методы: трудовая, терапия самовоспитания, поведенческая терапия, дискуссионная, социометрия, музыкотерапия, ритмотерапия, арттерапия, цветотерапия, психогимнастика, натурпсихотерапия, логотерапия, библиотерапия, имажотерапия и другие.

Трудовая терапия. Она основана на тонизирующем и активизирующем действии труда на психофизическую сферу человека. Работа поднимает жизненный тонус. Как метод восстановительного лечения имеет важное значение для постепенного возвращения больных к обычному жизненному ритму, повышает социальный статус человека. Эта проблема особенно остро встает в пенсионном возрасте — периоде, иногда ошибочно понимаемом как бессрочный отпуск, на фоне которого может развиваться комплекс «никчемности существования». Терапия посильной занятостью должна в качестве обязательного компонента входить в комплекс социально-терапевтических мероприятий с лицами пожилого возраста.

Особое значение трудовая терапия приобретает при психических расстройствах. Трудовая терапия позволяет организовать совместную деятельность, облегчая при этом взаимоотношения между людьми, снимая состояние напряженности и беспокойства, болезненные переживания. В целом трудовая терапия является универсальным видом социального развития, поддержки и помощи различным категориям населения. *Терапия самовоспитания.* Самовоспитание — это активный процесс формирования человеком себя как личности в соответствии с поставленной целью на основе социально обусловленных представлений об идеале собственного «я».

Метод самовоспитания наиболее успешен, если применять его на базе

аутогенной тренировки. В технологическом аспекте этот метод включает следующие приемы: 1) самоизучение, самооценка; 2) переоценка собственной личности; 3) самоанализ, переоценка прошлого, выявление индивидуальных «психологических барьеров»; 4) создание желаемого образа «Я»; 5) формирование индивидуальных формул намерения; 6) использование приемов самоубеждения, самопоощрения и самовнушения; 7) сюжетная сенсорная репродукция поведения «Я-образа» в различных ситуациях деятельности и общения; 8) «наложение» стереотипов «Я-образа» на реальное поведение в процессе повседневной жизни и деятельности.

Исследования показывают, что уже через месяц систематического применения метода самовоспитания отмечаются положительные перемены в личности клиентов. При этом происходит трансформация таких глубоко индивидуальных особенностей, как мимика, речь, походка, стиль общения, руководства и т.д.

Методы поведенческой терапии в группе используются достаточно широко и касаются тренинга социальных навыков. К обучению навыкам социального функционирования относятся следующие методы:

— выполнение клиентом разных функций в терапевтическом сообществе, в частности таких, как функции подчинения, наведения порядка, дежурство по уборке; руководящие функции в самоуправлении и связанные с этими функциями ответственность и умение руководить другими, а также сотрудничество с коллективом (дежурство в группе, отчет об активности группы);

— организация свободного времени, своего и других, инициатива в общих развлекательных мероприятиях;

— терапия занятостью, самостоятельность, сотрудничество, инициатива, заинтересованность;

— беседы о профессии, рассказ на собрании клиентов о своей профессии, занимаемой должности, своих стремлениях, достоинствах работы, публичное выступление.

Важную роль здесь играют различные виды тренинговых занятий, такие как тренинг преодоления робости, тренинг активности, выражения собственного мнения, преодоления повышенной чувствительности к критике и оценкам окружающих, проведение дискуссии на определенную тему в группе или упражнения в навыках конструктивного спора. Используются различные поведенческие тренинги, в основе которых лежат разнообразные упражнения, например, создание ситуаций возрастающих трудностей или различные методики оценки реакций пациента группой и др.

Дискуссионная терапия является основным методом социального работника и используется регулярно с различными клиентами. На практике активность группы бывает разной; в дискуссии могут быть затронуты как актуальные проблемы, так и темы, связанные с биографическими данными клиентов.

На основании опыта психотерапевтов можно выстроить технологическую цепочку групповой дискуссии, которая связана преимущественно с фазами развития группы. Назовем основные содержательные моменты групповой дискуссии:

- 1) знакомство членов группы;
- 2) обсуждение ожиданий клиентов, их опасений;
- 3) переживание и обсуждение группового напряжения, связанного с рассогласованием между ожиданиями клиентов и групповой реальностью;
- 4) нарастание сопротивления и агрессии в отношении руководителя группы, соотношение этих переживаний с прошлым жизненным опытом;
- 5) вскрытие истинных чувств к руководителю, их переработка, выработка групповых норм в отношении руководителя;
- 6) вскрытие проблем, связанных с самостоятельностью, ответственностью и активностью;
- 7) формирование адекватного отношения к проблеме, которую необходимо решить, активной мотивации к участию в работе группы, норм и традиций группы;
- 8) анализ групповой динамики с выходом на проблематику отдельного человека — собственно «рабочая фаза» групповой терапии, в ходе которой решаются ее основные задачи: коррекция отношений, неадекватных эмоциональных реакций и форм поведения, закрепление и генерализация достижений;
- 9) обсуждение результатов терапии, подведение итогов.

Социотерапия — воздействие на социальное окружение клиента с помощью государственных и общественных организаций. Например, применяется в отношении родителей асоциального поведения и т.д.

Музыкотерапия — один из старейших методов воздействия на психику человека, который может использоваться и в лечебных целях. Групповые, индивидуальные музыкотерапевтические занятия включают в себя, с учетом актуальной ситуации в группе, музыкальную тему, вызывающую у слушателей переживания, связанные с их прошлым, настоящим и будущим. Отмечено, что этот метод наиболее эффективен, если музыкальное произведение исполняет сам терапевт, так как это способствует возникновению обстановки спонтанного взаимодействия,

большей аутентичности, доверительности. Вместе с тем, возможны здесь и отрицательные моменты, — у клиентов возникает повышенная тревожность, утомляемость, раздражительность и т.д. Составление музыкальной программы требует определенной режиссуры, знания потребностей, уровня культуры подопечных, участвующих в данном терапевтическом действии. Для некоторых клиентов метод музыкотерапии является трудной формой, особенно если подопечный ощущает недостаточность музыкального образования или не имеет музыкального слуха.

Ритмотерапия тесно связана с музыкотерапией и другими средствами искусства, ритмом природы, присущими человеку естественными биоритмами жизни. Например, красивая ритмичная музыка способствует гармоничному эмоциональному развитию человека в труде, быту и т.д. В целом ритмотерапия дает возможность клиентам выполнять различные социальные роли и удовлетворять потребности в эмоциональных связях, развивает эстетические потребности и обогащает новыми средствами эмоционального выражения.

Арттерапия — лечение искусством. Существует несколько вариантов этого метода:

- использование уже существующих произведений искусства через их анализ и интерпретацию клиентами;
- побуждение клиентов к самостоятельному творчеству;
- использование произведений искусства и самостоятельное творчество клиентов;
- творчество самого специалиста — лепка, рисование и др., направленное на взаимодействие с клиентом.

Цветотерапия. Психологи давно заметили влияние цвета на производительность труда: например, производительность труда (физического) при красном свете на короткий срок увеличивается, при синем — снижается. Такое влияние наблюдается и при умственном труде. Воздействие цвета на человека постоянно учитывается профессиональными дизайнерами.

Известно, что у каждого человека имеется более или менее отчетливое собственное отношение к тому или иному цвету и их различным сочетаниям. Это позволяет использовать цветовые предпочтения в качестве диагностического метода. В плане диагностики существенное значение имеет отношение к тем или иным цветам самих клиентов, информацию о котором можно получить не только путем тестирования или расспроса, но и наблюдения (цвет одежды, галстука и т.д.) В отдельных случаях «социализированные» (и потому приобретающие знаковый характер) цвета могут оказывать такое же сильное воздействие, как и слова (на-

пример, портрет близкого человека в черном обрамлении, цвет флага и т.п.).

Иногда следует обратить внимание клиента на целесообразность специального выбора цвета одежды (рубашки, платья, костюма, галстука и т.д.) в зависимости от необходимости моделировать то или иное настроение. При всех спорах о действии того или иного конкретного цвета на эмоциональное состояние человека имеются некоторые общие закономерности: длинноволновая часть видимого спектра (наибольшая длина волны у красного спектра, затем у оранжевого, желтого и т.д.) действует возбуждающе (мобилизует, стимулирует), а коротковолновая (начиная с голубого цвета) успокаивает или угнетает. Эти сведения также целесообразно сообщать клиентам и рекомендовать им учиться самостоятельно подбирать необходимый цвет как в целях стимуляции, так и коррекции своего состояния.

Психогимнастика — одна из форм психотерапии, при которой взаимодействие основывается на двигательной экспрессии, мимике, пантомиме. Упражнения направлены на достижение двух целей: уменьшение напряжения и сокращение эмоциональной дистанции участников группы, а также выработку умения выражать чувства, желания, — свои и другого человека. Например, упражнения по снятию напряжения состоят из простейших движений: я иду по воде, по горячему песку, спешу на работу, возвращаюсь с работы и т.п. Соединение мимики, жеста, движения и осязания создает более полную возможность выражения и передачи своих ощущений и намерений без слов. Для клиента это является необходимым переживанием и познанием того, что своим телом можно выразить мысль чаще убедительнее, чем словом.

Натурпсихотерапия, или лечение природой. Иногда этот метод называют ландшафттерапией. Значение этого метода будет возрастать вследствие урбанизации социальной среды, ухудшения экологической обстановки, роста отчужденности человека от природы.

Логотерапия, или разговорная психотерапия. Специалист беседует с клиентом, стремясь вербализировать для него его эмоциональное состояние, чтобы с помощью этого клиент сам справился с трудной ситуацией. В личности клиента должна произойти перестройка, которую он самостоятельно обнаруживает как конструктивные изменения в самом себе. Это приносит удовлетворение, повышает степень самоуважения, способствует становлению зрелой личности.

Библиотерапия. В процессе чтения книги клиент ведет записи, анализ которых помогает объективно оценить его состояние. Список книг психотерапевт подбирает в соответствии с проблемой клиента.

Имаготерапия — использование в целях терапии игры образами (лат. Imago — образ). Человек создает динамический образ самого себя. Здесь применяются самые разнообразные конкретные приемы: пересказ литературного произведения в заранее заданной ситуации, пересказ и драматизация народной сказки, театрализация рассказа, воспроизведение классической и современной драматургии, исполнение роли в спектакле.

Вышеназванные методы являются наиболее общими для всей психосоциальной работы. В технологии социальной работы не рекомендуется отдавать предпочтение какому-либо одному терапевтическому методу, считая его панацеей. Воздействие наиболее эффективно, если оно применяется с учетом условий и ситуации, приобретенного опыта, факторов, усиливающих мотивацию подопечного.

Вопросы для самоконтроля:

1. Дайте определение социальной терапии. В чем ее сущность, содержание и объект?
2. Охарактеризуйте основные модели психотерапии.
3. Обозначьте функциональные подходы, формы социальной терапии.
4. Какова технология работы в группе?
5. Опишите общие и частные методы социальной терапии.

ЛЕКЦИЯ № 8 СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Вопросы:

***СУЩНОСТЬ, ВИДЫ И СОДЕРЖАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ
ОСНОВНЫЕ СТАДИИ И МЕХАНИЗМЫ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ
ТЕХНОЛОГИЯ РЕГУЛИРОВАНИЯ АДАПТИВНЫМИ ПРОЦЕССАМИ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
ПОНЯТИЕ, ЦЕЛИ, ЭТАПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ***

Сущность, виды и содержание социальной адаптации

Под социальной адаптацией понимается процесс активного приспособления человека к новым для него социальным условиям жизнедеятельности. В процессе адаптации человек выступает объектом воздействия социальной среды и активным субъектом, осознающим влияние этой среды. Процесс адаптации — это широкая полифония усвоения социальных ценностей через механизмы социализации. Человек как активный субъект осваивает и использует в своей жизнедеятельности продукты человеческой цивилизации, к которым относятся управленческие, экономические, психологические, педагогические технологии и методы освоения социального пространства. Фактически все элементы человеческой

культуры участвуют в формировании личности через механизм адаптации, которая является неотъемлемой составной частью, необходимой доминантой социального развития. Социальность — это сущностная сторона человека, его качественная характеристика. Исключением здесь могут быть только психически больные люди или те, кто не прошел с детства этапы социализации («эффект Маугли»).

Все виды адаптации взаимосвязаны между собой, но доминирующим здесь является социальная. Полная социальная адаптация человека включает физиологическую, управленческую, экономическую, педагогическую, психологическую и профессиональную адаптацию.

Управленческая (организационная) адаптация. Без управления невозможно предоставить человеку благоприятные условия (на работе, в быту), создать предпосылки для развития его социальной роли, влиять на него, обеспечивать деятельность, отвечающую интересам общества и личности.

Социальная адаптация — процесс управляемый. Управление им может осуществляться не только в русле воздействия социальных институтов на личность в ходе ее производственной, внепроизводственной, допроизводственной, постпроизводственной жизнедеятельности, но и в русле самоуправления. Последнее предполагает требовательное, самокритичное отношение человека к самому себе, к своим мыслям и поступкам.

Экономическая адаптация. Это самый сложный процесс усвоения новых социально-экономических норм и принципов экономических отношений индивидов, субъектов. Для технологии социальной работы здесь важен так называемый «социальный блок», включающий адаптацию к реальной социальной действительности размеров пособий по безработице, уровню зарплаты, пенсий и пособий. Они должны отвечать не только физиологическим, но и социокультурным потребностям человека. Нельзя говорить о полноценной социальной адаптации человека, если он беден или влачит нищенское существование или является безработным.

Педагогическая адаптация. Это приспособление к системе образования, обучения и воспитания, которые формируют систему ценностных ориентиров индивида. Следует указать и на то, что адаптация человека зависит от комплексного воздействия на него природных, наследственных, географических факторов, хотя последние и не играют решающей роли в его социализации.

Психологическая адаптация. В психологии адаптацию рассматривают как процесс приспособления органов чувств к особенностям действующих на них стимулов с целью их лучшего восприятия и предохране-

ния рецепторов от излишней нагрузки. Процесс психологической адаптации человека происходит непрерывно, поскольку постоянно изменяются социально-экономические условия жизни, политические и морально-этические ориентации, экологическая обстановка и т.д.

Психологическая поддержка является частью более широкой программы социальной помощи индивидам по ликвидации кризисных ситуаций и оказанию помощи человеку или группе лиц (правовая, психологическая, сексологическая, информационная и др.). Главные усилия социальных работников должны быть направлены на содействие социальной адаптации в новых социально-экономических условиях (помощь клиенту в поиске работы в утверждении социального статуса, в восстановлении веры в духовные ценности и др.).

Профессиональная адаптация — это приспособление индивида к новому виду профессиональной деятельности, новому социальному окружению, условиям труда и особенностям конкретной специальности. Успех профессиональной адаптации зависит от склонности адаптанта к конкретной профессиональной деятельности, совпадения общественной и личной мотивации труда и других причин.

Адаптация включает широкий круг понятий: от элементарного опыта приспособления живого организма к среде до сложнейшей социально-психологической адаптации личности в процессе ее социализации. Человека — субъекта деятельности необходимо рассматривать как сложную, многомерную социопсихологическую-биофизиологическую систему. В рамках системного подхода адаптация личности предстает и процессом, и результатом функционирования целостной саморегулирующейся системы, адаптивность которой обеспечивается за счет взаимодействия отдельных ее элементов.

Следовательно, полноценное исследование адаптации человека возможно лишь при реализации комплексного подхода к изучению всех уровней организации человека: от психосоциального до биологического с учетом их взаимосвязей и взаимовлияний.

Основные стадии и механизмы социальной адаптации

Выделяют две формы социальной адаптации: *активную* (когда индивид пытается сам воздействовать на окружающую среду в целях ее изменения через переоценку ценностей и изменения форм взаимодействия жизнедеятельности); *пассивную* (когда субъект не стремится изменять социальную среду, а постепенно включается в этот процесс).

Социальная адаптация включает 4 степени адаптированности личности к новой среде:

1 степень — начальная стадия: когда индивид знает как он должен вести себя в данной новой среде, но в своем знании пока не признает ее ценностей, может что-то отвергать;

2 степень — стадия терпимости, когда индивид и среда проявляют взаимную терпимость к системам ценностей и образцам поведения друг друга;

3 степень — аккомодация (приспособление) — признание и принятие индивидом основных систем ценностей новой среды при одновременном признании некоторых ценностей индивида его новой средой;

4 степень — ассимиляция, т.е. полное совпадение систем ценностей индивида и среды.

Процесс социальной адаптации может быть объективным и субъективным. *Объективный процесс адаптации* заключается в том, человек с дня своего рождения приобретает различные социальные свойства, отражающие его место в системе общественных отношений. Это непрерывный процесс усвоения и развития механизмов адаптации, в формировании которой активное участие принимает окружающая среда. *Субъективный процесс адаптации* непосредственно не связан с общественным положением человека, связан с его личными качествами, взглядами, убеждениями.

Основные механизмы социальной адаптации: социальная деятельность, социальное общение, социальное самосознание личности. Процесс социальной адаптации характеризуется таким понятием, как *адаптационный потенциал* — это степень скрытых возможностей субъекта включаться в новые условия среды. Адаптационный потенциал связан с адаптивной подготовкой — накоплением человеком такого потенциала в процессе особым образом организованной деятельности по приспособлению к социальным условиям. Успешная адаптация характеризуется высоким социальным статусом, психологической удовлетворенностью средой в целом или ее наиболее важными компонентами.

Внешние трудности, болезнь, голод, состояние экстремальности, нищета, безработица и т.д. снижают адаптационный потенциал индивида. При возникновении трудной жизненной ситуации может возникнуть дезадаптация, следствием которой индивид может переместиться в другую социальную среду, группу. По причине дезадаптации в обществе возникает текучесть кадров, миграции, разводы и тому подобные явления. Различные формы девиантного поведения — алкоголизм, наркомания, проституция — следствие неудачной социальной адаптации или дезадаптации. Поэтому важным направлением социальной работы является *реадаптация* — восстановление адаптационных способностей личности.

Технология регулирования адаптивными процессами в стационарных учреждениях

В практике социальной работы технология регулирования адаптивными процессами приобретает особую значимость в стационарных социальных учреждениях и домах-интернатах для престарелых и инвалидов. Важнейшая функция этих учреждений — социальная адаптация и реадaptация.

Основные этапы технологии социальной работы в домах-интернатах для пожилых:

1. Пребывание в приемно-карантинном отделении. На данном этапе можно выделить следующие функции социального работника: разъяснить цели и задачи учреждения, познакомить с распорядком дня, расположением служб помощи и администрации. При этом могут использоваться разнообразные методы: беседа, консультирование, рассказ о досуге и быте учреждения (в форме стендов, альбомов, с помощью разных технических средств и т.д.) — все это должно способствовать адаптации, снизить неуверенность, тревожность клиента. В этот период важно установить причину поступления в дом-интернат. Как правило (около 40% случаев), причиной является конфликтная ситуация в семье, что осложняет эмоционально-психологическую адаптацию пожилых людей, способствует длительному сохранению негативных эмоциональных реакций и в связи с этим требует активного вмешательства социального работника в адаптационный процесс.

2. Размещение для проживания в доме-интернате. После двухнедельного пребывания в приемно-карантинном отделении клиенты переводятся в отделение на постоянное место жительства. Этот этап характеризуется дополнительными эмоциональными нагрузками для человека. Перед ним встает проблема вынужденной адаптации к новым условиям с длительной перспективой. Успех социально-психологической адаптации зависит от многих факторов: подбора комнаты, соседей, психологического климата, традиций и т.д. Для того чтобы помочь клиенту адаптироваться в новых условиях, социальному работнику необходимы сведения о характерологических особенностях этого пожилого человека, наклонностях и интересах, установках и привычках. Социальный работник может и должен также научить индивида общению, сочувствию, осмыслению ситуации совместного проживания и т.д.

3. Третий, более длительный этап — проживание пожилого человека в доме-интернате первые 6 месяцев. Здесь встает проблема окончательного решения: остаться в доме-интернате на постоянное проживание или

вернуться в прежние, привычные домашние условия. В этот период происходит критическая оценка как социально-бытовых условий в доме-интернате, так и своих возможностей для адаптации к ним. Одним из эффективных методов является так называемая «терапия средой», т.е. создание благоприятного психологического микроклимата. Этот процесс осуществляется совместно с медработниками, трудинструкторами, культработниками и библиотекарями, а также с помощью методов трудотерапии и т.п. Конечно, после этого этапа работа по адаптации не прекращается, так как и по истечении 6-месячного срока пребывания проблемы остаются.

Здесь очень важно сочетать как индивидуальные, так и групповые методы воздействия. Во многих домах-интернатах разрабатываются, например, «Индивидуальные программы социальной адаптации пожилого человека, проживающего в доме-интернате». Сюда включаются: трудовая деятельность, общественная занятость, досуг, общение, самообслуживание. В этой программе указываются сроки, предусматриваются ответственные за ее выполнение, отслеживается эффективность различных видов занятости в процессе адаптации.

В целом для работы с пожилыми людьми социальный работник должен осуществлять контакты с врачом и медицинским персоналом, используя данные из истории болезни, о прошлой жизни, знакомиться с состоянием здоровья клиента, его возможностями по передвижению, способностями к самообслуживанию.

Сложные проблемы возникают у лиц, отбывших тюремное наказание. Особенно остро встают семейно-бытовые проблемы, проблемы взаимоотношений в трудовых коллективах. Социальная адаптация, реадаптация таких лиц в новых условиях проходит следующие этапы:

1. Этап выработки адаптационных навыков и способностей, облегчающих впоследствии социальную адаптацию. Этот период во многом зависит от тех установок и ценностей, которые индивид вынес из мест лишения свободы. Средствами убеждения, а подчас и принуждения социальный работник должен добиться нейтрализации или уменьшения антиобщественной установки личности, если таковая имеется.

2. Приспособительный этап, когда освобожденный решает насущные жизненные проблемы, связанные с бытовым и трудовым устройством. Хотя этот этап должен быть кратким, но он очень важен для дальнейшей реализации планов и установок индивида: стремления трудиться, наладить внутрисемейные, дружеские отношения в социальной среде и т.д.

3. Этап усвоения социально полезных ролей. Он наиболее сложен и противоречив, связан с психологическими и нравственными трудностями

ми освобожденного. Происходит изменение социальных ролей, ломка стереотипов поведения, сознания. Профилактическое значение этого этапа состоит в том, чтобы не допускать влияния неблагоприятного социального окружения и других факторов, обуславливающих асоциальное поведение.

4. Этап правовой адаптации, когда в сознании утверждаются и закрепляются социально значимые установки и цели исправления судимого лица.

Таким образом, только человек способен технологии целенаправленно контролировать и регулировать процесс социальной адаптации; только для человека характерна способность варьировать свое поведение при изменении условий и обстоятельств.

Понятие, цели, этапы реабилитации

Социальная реабилитация – комплекс мер, направленных на восстановление разрушенных или утраченных общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья, инвалидности, изменения социального статуса (пожилые, безработные, беженцы и пр.) девиантного поведения личности (лица, страдающие наркоманией, алкоголизмом, освобожденные из мест лишения свободы и пр.). Цель социальной реабилитации – восстановление социального статуса личности, обеспечение социальной адаптации в обществе, достижение материальной независимости.

Этапы социальной реабилитации:

1. Медицинский этап, главная задача которого является профилактика инвалидности, психологического дефекта стрессов и т.д.

2. Реадаптация включает комплекс мероприятий, направленных на приспособление к условиям окружающей среды на разных уровнях. На этом этапе преобладают психологические методы воздействия, направленные на стимуляцию социальной активности клиента. Применяют такие методы воздействия как трудотерапия, специальная педагогическая работа, направленная на то, чтобы индивид овладел необходимыми навыками и умениями по самообслуживанию. Важно выработать психологическую, психическую уверенность человека в собственной полноценности. Огромную роль в этом процессе имеют родственники.

3. Психологическая реабилитация осуществляется психологом, врачом для преодоления в его сознании безысходности, бесполезности, веры благополучном разрешении трудной жизненной ситуации.

4. Профессиональное обучение или переобучение другим доступным формам труда и социальной деятельности. Работа помогает человеку утвердиться в том, что он является полноценным членом общества, дает

ему возможность проявить свою социальную активность, помогает возродить свои способности к творческой деятельности, интегрироваться в социальную среду, реабилитировать себя в собственных глазах и в глазах окружающих.

Эффективность социальной реабилитации достигается комплексом реабилитационных мер: медицинских, психологических, профессиональных, социальных. Степень их эффективности определяется уровнем социализации клиента, его способности адаптироваться в обществе.

Вопросы для самоконтроля:

1. Дайте определение социальной адаптации, ее цели и сущность.
2. Назовите основные виды адаптации.
3. Охарактеризуйте этапы социальной адаптации.
4. Опишите технологию регулирования адаптивными процессами в социальных учреждениях на примере дома-интерната для пожилых.
5. Охарактеризуйте цели, этапы реабилитации.

ЛЕКЦИЯ № 9 СОЦИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Вопросы:

***ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ, ЦЕЛИ СОЦИАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ
ФОРМЫ, МЕТОДЫ, ЗАДАЧИ СОЦИАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ
ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ***

Определение понятия, цели социальной профилактики

Профилактика — предупреждение и устранение причин и факторов, вызывающих различного рода социальные отклонения. Социальная профилактика направлена на предотвращение возможных физических, психологических и социальных культурных коллизий у отдельных индивидов и групп риска; сохранение, поддержание и защиту нормального уровня жизни и здоровья населения; содействие в достижении поставленных целей и раскрытии внутренних потенциалов личности.

Профилактические мероприятия важны во всех сферах жизнедеятельности человека. Профилактика является обязанностью, важнейшей составляющей повседневной работы всех социальных, медицинских, педагогических учреждений и организаций.

В широком смысле слова ежедневная работа педагогических коллективов, учреждений культуры, здравоохранения, физической культуры и спорта, органов охраны порядка, молодежных и детских организаций — это и есть профилактическая работа. Социального идеала, навыков, уме-

ний, социальных чувств, развитие здоровых этических и нравственных потребностей, ценностных ориентаций, социально значимых качеств личности — все это поле деятельности различных социальных, образовательных культурных органов и организаций.

Социальная работа — это не только оказание помощи, поддержки социально уязвленным группам населения, но и деятельность по предупреждению негативных явлений в поведении, жизнедеятельности людей. Социальная профилактика занимает значительное место во всей системе социальной защиты населения.

Формы, методы, задачи социальной профилактики

В профилактической социальной работе используют все формы и методы воспитания. Основными предпосылками эффективной работы по гигиеническому обучению и воспитанию населения являются знания и правильное использование соответствующих методов и средств. Основные методы и средства гигиенического воспитания и обучения:

1. методы индивидуального воздействия;
2. методы воздействия на группу лиц;
3. методы массовой коммуникации;
4. методы устной пропаганды;
5. методы печатной пропаганды;
6. методы изобразительной пропаганды;
7. комбинированные методы.

Работа по гигиеническому обучению и воспитанию проводится:

1. среди населения обслуживаемой территории (на участке, общежитии, предприятии);
2. среди больных в поликлинике, больнице, среди членов семьи;
3. среди общественного актива социальных работников.

Главные задачи социальной профилактики:

- предупреждение инвалидности, нетрудоспособности, социального сиротства, миграции и прочих трудных жизненных ситуаций;
- пропаганда здорового образа жизни;
- развитие интеллектуального богатства и творчества;
- утверждение благоприятного социально-психологического климата;
- устойчивого развития.

Практика профилактической работы находится в постоянном развитии, и тем не менее можно выделить некоторые основные моменты, касающиеся ее содержательной части.

1. Любое важное событие в жизни человека, касающееся его семьи,

друзей, соседей, места жительства, работы или учебы, природной среды и т.д., представляется существенным для понимания происходящего сегодня и того, что, возможно, произойдет завтра.

Повседневная жизнь изобилует стрессовыми факторами, но, поскольку они, незаметно накапливаясь, обладают так называемым кумулятивным эффектом, ни один из них в отдельности не может считаться причиной той или иной сложной социальной проблемы.

Поэтому методы профилактики имеют системный характер, т.е. они направлены на искоренение источников стресса как в самом человеке, так и в социальной и природной среде и одновременно — на создание условий для приобретения человеком необходимого опыта решения возникающих проблем.

2. Службы профилактики стремятся не столько реагировать на эти проблемы, сколько предотвратить их появление. Они обращены к здоровым гражданам, еще не вступившим в полосу предсказуемого жизненного кризиса или предсказуемых проблем, возникающих в результате неожиданных событий (например, проблемы, с которыми сталкиваются дети после развода родителей).

Такая установка на работу со здоровым клиентом предполагает оказание дифференцированных услуг, учитывающих мотивы клиента, его отношения с социальным работником и источники вознаграждения последнего.

Взаимоотношения между клиентом и социальным работником должны строиться на основе взаимного уважения, с пониманием того факта, что каждый из них вносит свой посильный вклад в решение данной проблемы.

3. Методы профилактики обычно включают в себя обучение людей новым навыкам, которые помогают им достичь поставленных целей и сохранить здоровье. В то же время работа соответствующих служб нацелена на такие изменения социальной среды, чтобы она поддерживала и стимулировала нормальную жизнедеятельность человека. Системный подход учитывает все эти взаимосвязанные факторы. Традиционные методы оказания помощи в большинстве своем могут быть использованы и для профилактики. Например, тренинг позитивного жизненного настроения был разработан для терапевтических целей, но он широко используется для поддержания полезных социальных навыков.

4. Профилактика предусматривает решение еще не возникших проблем. Поэтому одни профилактические меры принимаются задолго до их возникновения, а другие — непосредственно перед возникновением проблемы.

5. И, наконец, службы профилактики призваны находить оптимальные решения как для достижения поставленных целей, так и для предотвращения предсказуемых проблем, — в этом и состоят ценность и значение профилактики.

Социальная профилактика правонарушений представляет собой комплекс конкретных социальных мер (экономических, организационных, управленческих, культурно-воспитательных и иных), осуществляемых в целях предупреждения правонарушений, уменьшения их количества вплоть до полного искоренения путем выявления и устранения причин и условий, способствующих противоправному поведению.

Комплексное планирование социальной профилактики правонарушений — одна из основных форм согласования деятельности в этом направлении государственных, хозяйственных органов, общественных организаций и трудовых коллективов. Оно является итогом совместной разработки различными органами, организациями и коллективами согласованных планов борьбы с правонарушениями, предусматривающих систему долгосрочных и текущих мероприятий по выявлению и устранению причин и условий совершения противоправных действий, воспитательному воздействию на правонарушителей и лиц, совершающих другие антиобщественные поступки. В результате создается основа для взаимодействия всех участников профилактической работы в борьбе с правонарушениями и наиболее опасным их видом — преступлениями.

Комплексное планирование социальной профилактики правонарушений преследует следующие основные цели:

- сокращение и в перспективе полную ликвидацию противоправного поведения граждан и должностных лиц;

- ограничение и в последующем ликвидацию случаев антиобщественного поведения граждан и должностных лиц, т.е. нарушений социальных норм, что приносит вред обществу и влечет за собой противоправные деяния или способствуют их совершению;

- преодоление негативных сторон общественного развития, способствующих правонарушениям;

- устранение условия для правонарушений, недостатков и просчетов в деятельности органов управления, хозяйственных организаций, общественных формирований, культурно-воспитательных и медицинских учреждений;

- борьбу с пьянством и алкоголизмом: постепенное искоренение отрицательных форм поведения в семье, на производстве, в общественной жизни, способствующих правонарушениям;

- развитие и совершенствование позитивных социальных процессов,

противодействующих антиобщественному поведению граждан, содействующих соблюдению государственной и трудовой дисциплины;

— повышение уровня сознательности и организованности граждан, формирование уважения к правовым предписаниям;

— воспитание экологической дисциплины, подъем экологической культуры и знаний в этой области, формирование у каждого человека сознательного и бережного отношения к природе.

Субъектами социальной профилактики правонарушений являются государственные и хозяйственные органы, профсоюзные, общественные организации, трудовые коллективы, должностные лица и граждане, участвующие в деятельности по предупреждению правонарушений. В профилактической работе призваны также участвовать средства массовой информации.

Комплексный план социальной профилактики правонарушений целесообразно разрабатывать как составную часть (раздел или подраздел) плана экономического и социального развития региона, отрасли народного хозяйства, трудового коллектива. При таком подходе не только достигается увязка и согласованность этих планов, но и облегчается решение вопросов материального и иного обеспечения предусмотренных мероприятий.

Объектами социально-профилактического воздействия являются те негативные факторы жизнедеятельности людей, которые способствуют совершению правонарушений, а также недостатки в воспитательной деятельности и стереотипы поведения, которые влекут за собой антиобщественные поступки.

Круг объектов социально-профилактического воздействия чрезвычайно широк. Поэтому конкретные объекты социально-профилактического воздействия определяются в процессе предварительного изучения состояния правопорядка в регионе, отрасли народного хозяйства, трудовом коллективе.

Объекты социально-профилактического воздействия можно условно подразделить на четыре основные группы:

— негативные стороны в объективных условиях жизнедеятельности людей (материальная и социально-культурная база, уровень благосостояния и жилищно-бытовые условия, техническая оснащенность производства, технологический процесс, условия труда и т.п.);

— негативные стороны в организационно-управленческой деятельности государственных и общественных органов самоуправления (система общего и специального образования, социально-бытовое обслуживание, средства массовой информации, учреждения культуры, идейно-

воспитательная и культурно-массовая работа, и др.);

— негативные стороны в межличностных отношениях и поведении людей (отношения между людьми в процессе трудовой деятельности, в быту и на отдыхе, семейные отношения и т.д.);

— негативные явления в правосознании и социально-правовом мышлении.

Воздействие на социально-профилактические объекты осуществляется тесно связанными между собой общими, специальными и индивидуальными мерами.

Общими являются меры, не предназначенные исключительно для профилактики правонарушений, но объективно содействующие их предупреждению или сокращению (улучшение условий труда, отдыха и быта трудящихся, повышение образовательного и культурного уровня населения, совершенствование воспитательной и культурно-массовой работы среди различных социальных групп, особенно среди несовершеннолетних, и т.д.).

Специальные меры предназначены исключительно для профилактики каждой разновидности правонарушений (дисциплинарных, административных, гражданских и уголовных) и направлены непосредственно на факторы, влияющие на сокращение правонарушений (проступков и преступлений).

Индивидуальные меры предназначены для воздействия на лиц, склонных к нарушению правопорядка (усиление охраны общественного порядка, улучшение воспитательной работы, повышение уровня социального контроля за поведением лиц, ранее совершивших правонарушения, особенно преступления, и др.)

Социально-профилактические меры могут быть направлены:

— на повышение уровня правосознания населения региона, работников отрасли народного хозяйства, членов трудового коллектива, их социальной активности в сфере борьбы с правонарушениями;

— на предупреждение любых или определенных видов правонарушений отдельными социальными группами;

— на становление нового социально-правового мышления, позволяющего грамотно решать задачи комплексного планирования профилактики правонарушений.

Комплексный план социальной профилактики правонарушений должен быть обоснованным, реально обеспеченным соответствующими материальными и иными ресурсами, отражать специфические условия жизнедеятельности региона, отрасли народного хозяйства, трудового коллектива. При его разработке целесообразно предусмотреть:

— выбор наиболее актуальных целей профилактической деятельности;

— максимально полное использование возможностей системы управления экономическими и социально-культурными процессами с учетом компетенции и функций отдельных органов управления, социальной активности населения, новых условий, которые возникают в результате реформ во всех сферах общества;

— объединение и рациональное использование имеющихся в регионе, отрасли народного хозяйства, трудовом коллективе сил и средств для профилактической работы;

— сбалансированное развитие всех ведущих направлений профилактической работы и охват ею всех составных частей данного региона (городской и сельской местности, отдельных населенных пунктов, районов и территориальных зон со значительным количеством антиобщественных проявлений).

При разработке региональных комплексных планов социальной профилактики правонарушений следует учитывать, что специфическими особенностями, в частности, обладают регионы: промышленные, промышленно-аграрные, быстро развивающиеся и относительно стабильные центры; сверхкрупные, крупные, средние и малые города; новостройки, портовые, курортные, сельские районы. Особенности каждого из таких регионов должны быть учтены при организации, разработке и реализации комплексных планов социальной профилактики правонарушений.

Комплексные планы социальной профилактики правонарушений различных уровней должны быть органически взаимосвязаны. В региональном плане следует предусматривать общие и наиболее важные мероприятия, реализация которых возлагается на определенные субъекты профилактической деятельности (например, на профсоюзный орган, прокуратуру, органы внутренних дел и др.). Соответствующие органы, организации и учреждения, расположенные на данной территории, в своих планах воспроизводят адресованные им мероприятия регионального плана, в необходимых случаях детализируя их, а также включают конкретные мероприятия профилактической деятельности, вызванные спецификой соответствующих субъектов.

В целях повышения персональной ответственности за выполнение комплексных планов социальной профилактики правонарушений целесообразно указывать конкретных исполнителей предусмотренных мероприятий.

Сроки, на которые разрабатываются комплексные планы социальной профилактики правонарушений, следует увязывать с периодом действия

текущих и перспективных планов экономического и социального развития регионов, отраслей народного хозяйства и трудовых коллективов.

При комплексном планировании социальной профилактики правонарушений необходимо руководствоваться следующими принципами:

- принцип директивности, состоящий в обязательности и своевременности исполнения в полном объеме мероприятий, предусмотренных комплексным планом социальной профилактики правонарушений;

- принцип системности, означающий как всесторонность воздействия взаимосвязанного комплекса экономических, социально-культурных, демографических и иных мер на всю систему факторов, обуславливающих правонарушения, так и согласованность деятельности субъектов профилактики в процессе разработки и реализации комплексного плана социальной профилактики правонарушений;

- принцип конкретности, требующий включения в комплексный план социальной профилактики правонарушений определенных, четко и ясно сформулированных мероприятий, сроков выполнения и органов, организаций и лиц, ответственных за их реализацию;

- принцип реальности, предполагающий включение в комплексный план социальной профилактики правонарушений лишь таких мероприятий, для реализации которых имеются необходимые материальные, технические, финансовые, кадровые и иные ресурсы;

- принцип законности, обязывающий включать в комплексный план социальной профилактики правонарушений лишь такие мероприятия, а так же пути и средства их осуществления, которые полностью соответствуют требованиям действующего законодательства.

Эффективность запланированных мер профилактики должна по возможности оцениваться с учетом изменений динамики правонарушений и обуславливающих их факторов. Так, качество и эффективность воспитательной работы, правовой пропаганды выражаются в изменении показателей, характеризующих:

- непроизводительные потери рабочего времени, текучесть кадров;
- образовательный и культурный уровень отдельных групп населения;
- степень активности общественности в борьбе с правонарушениями;
- скрытые от учета правонарушения.

Для оценки эффективности выполнения плана профилактики правонарушений могут проводиться выборочные конкретно-социологические исследования путем изучения общественного мнения. Однако точная оценка эффективности выполнения плана по изменениям в состоянии и

динамике правонарушений возможна только при углубленных обследованиях, охватывающих достаточно большой период времени.

Результаты контрольных проверок могут быть реализованы в виде:

- управленческих решений;
- информированности заинтересованных органов;
- отчетов перед общественностью;
- различных публикаций в средствах массовой информации.

По содержанию общепрофилактические меры подразделяются на:

- экономические, направленные на повышение жизненного уровня населения, улучшение условий труда и быта, обеспеченности жильем;
- социально-культурные, содействующие удовлетворению культурных запросов, организации досуга, духовного и физического развития людей;
- организационно-правовые, предусматривающие создание новых профилактических служб или совершенствование деятельности имеющихся комиссий и инспекций по делам несовершеннолетних;
- воспитательные, предназначенные для обеспечения нравственного, трудового, правового воспитания различных категорий граждан, развития их общественной активности.

Целями общеорганизационных профилактических мероприятий являются:

- создание необходимых общественных формирований, определение их задач и функций;
- координация усилий всех субъектов социальной профилактики правонарушений;
- обеспечение единства действий субъектов профилактики правонарушений;
- совершенствование организации профилактической работы по месту жительства (улучшение деятельности общественных пунктов охраны порядка, советов профилактики правонарушений районов и микро-районов, повышение их влияния на организацию досуга населения, особенно молодежи) и по месту работы (усиление работы советов профилактики правонарушений трудовых коллективов, товарищеских судов и т.д.);
- совершенствование информационного обеспечения потребностей государственных органов, должностных лиц, общественных организаций в процессе деятельности по профилактике правонарушений. Существуют различные классификации и направления в психопрофилактике. В целом методы психопрофилактики можно (с некоторой долей условности) классифицировать по двум основными категориям: внешним и внутрен-

ним.

К группе внешних способов оптимизации функционального состояния относятся рефлексологический метод (воздействие на рефлексогенные зоны и биологически активные точки), нормализация режима питания, фармакотерапия, функциональная музыка и цветомузыкальные воздействия, а также вербальные воздействия одного человека на другого (убеждение, приказ, внушение, гипноз).

К группе внутренних способов относятся: самовнушение, нервно-мышечная релаксация, идеомоторная тренировка и сенсорная репродукция, аутогенная тренировка, гимнастика и самомассаж, педагогическая психотерапия, групповой тренинг и т.д.

В практике социальной работы необходимо учитывать объект воздействия, т.е. осуществлять дифференцированный подход к выбору методов деятельности в зависимости от категорий населения. Например, в психологической службе в учреждениях интернатного типа для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, работа психолога имеет ряд направлений:

Психопрофилактическая работа с детьми и подростками

Данное направление определяется необходимостью своевременно предупредить возможные нарушения в личностном и интеллектуальном развитии детей, создать условия для полноценного психического развития на каждом возрастном этапе. Профилактическая работа проводится преимущественно с членами педагогического коллектива, опекунами и другими взрослыми, которые оказывают влияние на формирование личности воспитанника.

В процессе психопрофилактической работы психолог осуществляет следующие конкретные мероприятия:

а) проводит психологическое обследование детей при поступлении в детское учреждение интернатского типа и при переходе из одного детского учреждения в другое (из дома ребенка в дошкольный детский дом, из дошкольного детского дома в школьный или в школу-интернат), а также на каждом новом возрастном этапе (при поступлении детей в школу, при переходе из начальной школы в среднюю, при окончании неполной или полной средней школы) с целью создания программы индивидуальной работы с каждым ребенком для его оптимальной адаптации к воспитанию и обучению на новом этапе, ранней диагностики возможных отклонений и их коррекции, развития его личности и индивидуальности;

б) ведет работу по предупреждению психологической перегрузки и нервных срывов у детей, связанных с особыми условиями их жизни;

в) организует педагогические консилиумы с целью психологического анализа поведения и развития воспитанника для наиболее полного раскрытия индивидуальных особенностей его личности и способностей;

г) ведет работу по созданию благоприятного психологического климата в детском учреждении интернатского типа: оптимизирует формы общения в педагогическом коллективе (взрослый — взрослый), способствует улучшению норм общения педагогов с детьми (взрослый — ребенок), консультирует педагогов и других работников детского учреждения по широкому кругу проблем как профессиональных, так и личностных;

д) способствует развитию коммуникативных навыков профессиональной деятельности педагогов, осуществляет мероприятия по предупреждению и снятию психологической перегрузки членов педагогического коллектива;

е) ведет работу по адаптации воспитанников к широкому социальному окружению за пределами детского дома или школы-интерната, оптимизирует взаимоотношения воспитанников с членами их семей (родственниками, опекунами и т.д.) в случае, если такие взаимоотношения сохраняются.

Важным аспектом работы психолога (социального работника) является консультирование. Методы консультирования прежде всего направлены на работу со здоровым человеком. Основная цель психологического консультирования как метода профилактики состоит в том, чтобы оказать помощь личности в условиях психологического дискомфорта, научить положительно относиться к миру, «чтобы любить и работать» (З. Фрейд), «самоактуализироваться» (А. Маслоу), быть «о кей» (Э. Берн, Х. Харрис), «ценить себя» (К. Роджерс).

Консультирование в области профилактической работы с детьми (подростками) имеет следующие задачи:

— информирование родителей (педагогов, социальных работников и др.) о возрастных и индивидуальных особенностях изучаемого субъекта;

— своевременное выявление у субъектов первичных психосоматических отклонений и направление их в психолого-медико-педагогические консультации;

— предупреждение вторичных отклонений в области развития и рекомендации по психогигиене и психопрофилактике (совместно с психопатологами и врачами);

— составление рекомендаций по психолого-педагогической коррекции трудностей обучения субъекта для объектов воздействия (педагоги, родители, социальные работники и др.);

— составление рекомендаций по воспитанию в семье (совместно со специалистами по семейной терапии, социальными работниками, педагогами);

— проведение коррекционной работы в специальных группах при консультации с детьми и родителями.

Одной из важнейших и наиболее сложных задач профилактики для социального работника в области правонарушений, семейных отношений, воспитания детей является работа с семьей. Модели помощи современной семье (по Р.В. Овчаровой): учебная, психологическая, педагогическая, социальная, медицинская.

Вопросы для самоконтроля:

1. Дайте определение социальной профилактики. Каковы ее цели и задачи?
2. Охарактеризуйте методы, формы и содержание социальной профилактики.
3. Как осуществляется комплексное планирование социальной профилактики правонарушений?
4. Охарактеризуйте содержание и цели общеорганизационных профилактических мероприятий.
5. Опишите психопрофилактическую работу с детьми и подростками.

ЛЕКЦИЯ № 10 КОММУНИКАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

Вопросы:

***КОМПЕТЕНТНОСТЬ ОБЩЕНИЯ В КОММУНИКАЦИОННЫХ ПРОЦЕССАХ
ФОРМУЛЫ ПОВЕДЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТА ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ, ВЫРАЖАЮЩИЕ ЧУВСТВА СОПЕРЕЖИВАНИЯ, УЧАСТИЯ К ПРОБЛЕМАМ КЛИЕНТА
ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ
ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ЛИЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩЕЙСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ
МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ДЕЛОВЫХ БЕСЕД И ПЕРЕГОВОРОВ
РЕЧЕВЫЕ ТАКТИКИ УБЕЖДЕНИЯ
МЕТОДЫ И ТЕХНИКИ АКТИВНОГО СЛУШАНИЯ
БАЗОВЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ НАВЫКИ СПЕЦИАЛИСТА ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ***

Компетентность общения в коммуникационных процессах

Термин «компетентный» переводится как «знающий, сведущий в определенной области». Критерием знания в общении является реальное решение возникающих при общении задач и определенное личностное развитие и самореализация. Показателем компетентности в общении есть отношение человека к собственным ценностям. Развитие компетентно-

сти — развитие умений человека исследовать свой собственный психологический партнеров, ситуаций, задач.

В целом компетентность в общении означает не овладение какой-либо психологической позицией в качестве наилучшей, а использование комплекса этих позиций. Умение применять личностные возможности при решении социальных проблем является одним из показателей психологической зрелости и компетентности.

Основу коммуникативной компетентности составляет социальный интеллект, т.е. устойчивая, основанная на специфике мыслительных процессов и аффективного реагирования способность понимать самого себя, других, прогнозировать межличностные события. Формированию социального интеллекта способствует развитие наблюдательности – способности наблюдать другого человека, способности понимать своеобразие каждого человека и события.

Развитие коммуникативной компетентности у специалистов по социальной работе осуществляется посредством социальных научных методов обучения. Одним из показателей компетентности общения — умение слушать, говорить, сопереживать, быть искренним. Специалисту по социальной работе необходимо владеть специальными навыками общения, умение устанавливать партнерские отношения с клиентом, с представителями государственных служб и общественных организаций; необходимы навыки в разборе проблемных ситуаций, в постановке целей, разработке плана действий, оценке поступков своих и клиента. Практически овладение этими навыками и умениями осуществляется экспериментально, сначала на себе и близких, коллегам по учебе, а потом – на клиентах. Со временем эти способности превращаются в индивидуальный профессиональный стиль. Главным в профессиональной практике специалиста является общение. Успех деятельности зависит от умения быть коммуникабельным. Высокий уровень коммуникативной компетенции защищает от психологических перегрузок, стрессов, профессионального выгорания, способствует межличностному общению.

Выделяют три функции общения: перцептивную (восприятие); коммуникативную (взаимодействие); интерактивную (проявление внутренних качеств). Это означает, что общение – это одновременно восприятие партнера, взаимоотношение индивидов, обмен информацией, действиями и ролевыми влияниями в процессе взаимодействия.

Формулы поведения специалиста по социальной работе, выражающие чувства сопереживания, участия к проблемам клиента

Внимательно слушать то, чем хочет поделиться клиент.

Выделить основное из его рассказа.

Выявить основные моменты его поведения и определить, что он должен сделать и что не сделал.

Определить главное направление его переживаний в связи с тем, что произошло.

Выявить ключевой момент случившегося.

Определить ключевое поведение.

Выразить чувства, эмоции, порожденные в результате данной ситуации по формуле:

А) «Вы чувствуете, что ... (описание конкретных чувств, переживаний и степень эмоционального ощущения), потому что ... (описание пережитого состояния).

Б) Выразите своими словами отношение к конкретной ситуации. Проанализируйте свое и клиента поведение, ощущение, эмоции, поступки.

Диалог должен длиться не более 5–6 минут. Далее определить пути выхода из данной ситуации, провести анализ.

Основные этапы индивидуальной социальной работы

I ЭТАП — встреча: выявление проблемы клиента и неиспользованных им возможностей. Специалист должен помочь клиенту рассказать о том, что с ним произошло, что думает, чувствует по этому поводу.

При первом контакте важно не забывать о том, что весь ваш внешний вид, поза, жесты, мимика, выражение лица, тон, высота голоса — все это невербальная форма общения. От того, какое вы производите впечатление на клиента, зависит успех решения социальной проблемы. Всем видом, жестами, мимикой вы посылаете клиенту сигнал «Я хочу работать с Вами, хочу помочь Вам избавиться от проблем».

Вы высказываете доброжелательное отношение к клиенту, демонстрируете, что Вы готовы внимательно слушать его и вникнуть в его проблему.

II ЭТАП — состоит в том, чтобы определить к чему стремится клиент, каких результатов он ждет, его мотивы. Важно помнить о том, что от умения слушать и активно реагировать на то, что говорит клиент, зависит результат общения. На II-ом этапе специалист задает вопросы: «Чего бы Вы хотели?», «Чего бы Вы хотели в действительности?», «Что будет с Вами когда Вам стане легче?».

Слушая клиента, специалист определяет:

- жизненный опыт клиента;
- манеру поведения;

- восприятие им жизненных ситуаций;
- его подход и отношение к жизни, к данной ситуации.

Специалист по социальной работе слушая клиента, должен решить две задачи:

1. проявить понимание проблем и трудностей клиента;
2. помочь ему найти силы выйти из трудной жизненной ситуации.

Специалист должен обсудить вопросы, получить ответы. Выражение отношения к жизненному опыту клиента может быть открытое или скрытое.

Пример открытости: «Я рассердился и накричал на подругу».

Пример закрытости: «Часто думаю о смерти, одиночестве».

III ЭТАП — социальное действие. На этом этапе специалист должен помочь клиенту действовать в соответствии с поставленными целями и реально добиться того, что он хочет. Определить как это сделать, найти способы достижения цели; определить спорные вопросы, возможные последствия; варианты разных возможностей; определить приоритеты, ответить на вопрос: «Стоит ли реальная проблема усилий, времени, которые будут затрачены для ее достижения?». Для этого необходимо провести «мозговой штурм» его проблемы. Клиент должен понять, что в его распоряжении огромное количество различных способов преодоления трудной жизненной ситуации. Это необходимо для того, чтобы клиент сам выбрал направление решения проблемы. Объяснить клиенту как вы понимаете его позицию, что вы понимаете его переживания словами: «Как я Вас понимаю!», «Я в восхищении!», «Я в недоумении?!».

Цель — оказание помощи — добиться конструктивных перемен в жизни клиента. Кроме диалога, бесед, важны действия — активная работа клиента во время беседы, его поступки в повседневной жизни. В идеале в результате деятельности специалиста — клиент начинает помогать себе сам, превращаясь из объекта в субъект процесса изменений. Для этого необходимо разработать план действий, возможных вариантов событий. Задать вопросы: «Как сложится моя жизнь, если она изменится?», «В какой жизненной ситуации я окажусь?», «С кем я останусь?». Для этого необходимо планировать будущее.

Заключительный этап — подвести итоги и дать оценку качеству процесса оказания помощи. Задать вопросы: «Каким образом встреча со специалистом изменила ситуацию?», «Существенно ли это влияние?». Подведение итогов мобилизует клиента и служит основой для новых возможностей.

Технологии социальной работы с личностью, находящейся в трудной жизненной ситуации:

I. Технология профориентации в школе (по В.А. Сластенину). Этапы профориентационной работы: постановка цели; изучение профессиональных интересов, увлечений, успеваемости учащегося; информирование учащегося о типах профессий; изучение профессиональных склонностей учащегося; профессиональная диагностика способностей и личностных особенностей; информирование о противопоказаниях к профессии. Направления профориентации: профпросвещение, профдиагностика, профконсультирование, социально-профессиональная адаптация, профессиональное воспитание. Критерии готовности учащегося к профессиональному самоопределению: когнитивный, мотивационно-ценностный, деятельностно-практический.

II. Технология работы с безнадзорным и беспризорным несовершеннолетним. Этапы устройства несовершеннолетнего в замещающую семью: поступление в учреждение социальной защиты; комплексная диагностика; разработка и реализация программы реабилитации; поиск замещающей семьи, подготовка замещающих родителей и ребенка к совместному проживанию; жизнеустройство ребенка; патронаж замещающей семьи.

III. Технология работы с «детьми улицы». Этапы работы (по Е.И. Холостовой): сбор информации; выход в рейд; содействие в получении услуг.

IV. Технология работы с осужденным несовершеннолетним в пениitenciарном учреждении. Этапы социально-педагогической работы: диагностико-аналитический; прогностический; организационный; постепенный. Средства исправления: труд, режим, воспитательная работа.

V. Технология работы с ребенком с ограниченными возможностями развития (по Л. И. Акатову): адаптационно-диагностический, коррекционный, интеграционный этапы. Модели инвалидности: административная, медицинская, социальная.

Социальный патронаж семьи — форма наиболее полного взаимодействия с семьей, в процессе реализации которой социальный работник оказывает оперативную помощь и поддержку членам семьи. Срок патронажа — от 3 до 6 месяцев. Этапы патронажа (по М.В. Шакуровой): знакомство с семьей; создание и поддержание мотивации к выходу из кризиса; сбор информации о семье; анализ информации о семье; выведение семьи из социальной изоляции; выход из семьи.

Методика проведения деловых бесед и переговоров

Деловая беседа — это непосредственная коммуникация в официально-деловой сфере, осуществляемой помощью вербальных и невербальных средств. Характерные особенности деловых бесед:

- ❖ дифференцированный подход к предмету обсуждения с учетом коммуникативной цели или особенностей партнеров в интересах доступного и убедительного изложения позиций сторон;
- ❖ быстрота реагирования на высказывания партнеров;
- ❖ критическая оценка мнений и предложений партнеров;
- ❖ аналитический подход к учету и оценке объективных и субъективных факторов;
- ❖ ощущение собственной значимости и повышение компетентности партнеров в результате критического разбора других точек зрения по данной проблеме;
- ❖ ощущение сопричастности и ответственности в решении проблем.

Рекомендации по ведению деловых бесед:

- заранее составьте план беседы;
- применяйте принцип периодического воздействия на собеседника в ходе беседы;
- неблагоприятные моменты и факты чередуйте с приятными, в начале и в конце говорите о положительных фактах;
- постоянно помните о движущихся мотивах собеседника, его ожиданиях, преимуществах, которые он добивается посредством этой беседы, его позиции, желании самоутвердиться, чувстве справедливости, самолюбии;
- избегайте присутствие посторонних, незаинтересованных лиц;
- в любой ситуации следует быть вежливым;
- избегайте вопросов, на которые собеседник может ответить: «Нет»;
- подробно объясните свою позицию, если собеседник с ней не согласен;
- не отвлекайтесь от предмета беседы и избегайте попутных отступлений;
- выражайтесь убедительно и оптимистично.

Помните, что нормальному ходу диалога мешает нетактичное прерывание собеседника на полуслове, невозможности высказать свое мнение, игнорирование аргументов собеседника.

Переговоры — процесс целенаправленного и ориентированного на достижение необходимых результатов делового общения в форме диало-

га. Переговоры проводят для того, чтобы с помощью взаимного обмена мнениями достигнуть отвечающего интересам обеих сторон соглашения и получить результаты, которые устроили бы всех участников переговоров.

Схема проведения переговоров:

Приветствие и введение в тему переговоров;

- характеристика темы и предложения о ходе переговоров;
- изложение позиций сторон; ведение диалога;
- решение проблемы;
- завершение и подготовка итогового документа.

Чтобы переговоры развивались успешно, надо сразу же найти общую с партнером позицию. Начинать следует с самых важных аспектов предмета обсуждения, придти к согласию по принципиальным вопросам, только потом переходить к деталям. В начале переговоров затрагивают обычно бесспорные, но вызывающие разногласия аспекты обсуждаемого предмета, что позволяет создать основу, способствующую их развитию.

Затем следует переходить к обсуждению вопросов, по которым легко можно договориться. И только потом переходят к вопросам, требующим подробного обсуждения. Если расхождения во взглядах не принципиальны, не следует акцентировать на них внимание. Это может помешать развитию переговоров. Не зависимо от того, успешны переговоры или нет, их итоги следует детально проанализировать.

Залог успеха переговоров и деловых бесед — речевое поведение, основанное на умелом использовании языка, стиля официально-деловой речи, знаний в области психологии общения, социолингвистики, культуры речи.

Основные характеристики диалога: равенство позиций «субъект-объект»; доверительная взаимная открытость обеих сторон; отсутствие оценки индивидуальных особенностей каждого; восприятие друг друга как неповторимых и ценных личностей. Диалог — это средство развития личности; средство достижения социальной цели; ценность человеческого общения. Отсутствие или дефицит общения в форме диалога является причиной искажения личностного развития и девиантного поведения.

Речевые тактики убеждения

Успех в коммуникации зависит от умения эффективно владеть логикой, психологией, речью. Речи принадлежит особое место, поскольку информация доносится до слушателя в основном посредством речи. Побеждает часто не тот, на чьей стороне истина, а тот, кто умеет быстро и

точно проанализировать речь оппонента, быстро отреагировать на нее и эффективно организовать свою речь. Необходимо находить такую форму выражения, которая позволила бы сделать речь убедительной для того, кого убеждаешь. В каждой ситуации общения используется своя стратегия, включающая в себя осознание ситуации в целом, выделение в ней основных идей и задач целенаправленного воздействия, планирования, организацию и направление развитие ситуации в интересах достижения этих целей.

Стратегия общения реализуется в речевых тактиках убеждения, под которыми понимают речевые приемы, позволяющие достичь поставленных целей в конкретной ситуации. Речевая тактика означает особый ход в построении речи при выражении различных эмоциональных состояний и достижении поставленной цели. Тактики общения выражаются в более 30 речевых ходов: «предложение», «смягчение», «утрирование», «сдвиг», «взваливание вины на другого», «повтор», «приведение примера» и т.д. К числу речевых тактик относят следующие: неожиданность, провокация, апелляция к авторитету, прогнозирование, внесение элемента неформальности, юмор, прямое включение и пр.

Для специалиста по социальной работе важно самому выделять речевые тактики, чтобы использовать их для каждой конкретной ситуации.

Факторы успеха метода убеждения:

убеждение предполагает разъяснение и доказательство по вопросам поведения в социальной среде, в семье, на работе и т.п.;

эффективность убеждения зависит от личности, от его поведения в отношении к обсуждаемой проблеме, от искренности желания помочь клиенту;

успех убеждения зависит от умения вести беседу (важно правильно и ясно формулировать мысли, владеть техникой речи, вызывать у клиента интерес и производить на него хорошее впечатление).

Убеждать — значит активизировать деятельность объекта воздействия. Для этого необходимо показать клиенту ошибочные и положительные стороны его поведения; ставить человека в такие условия, где он сможет проявить свои лучшие качества, при этом не имея возможности или искушения совершить ошибочные действия; во время подмечать и поощрять положительные стороны, не рекламируя, не выставляя на показ доброту, заботу, внимание, не выставляя на показ доброту, заботу, внимание.

Таким образом, метод убеждения — один из главных методов, с помощью которого достигается цель, когда у личности сформировалась го-

товность активно включиться в решение своей проблемы. Убеждать — значить разъяснить, применяя эмоционально-словесное воздействие; опираясь на внушение, сочетая просьбу с разъяснением и внушением. Сильнодействующий метод убеждения — пример. Убеждение — осознанное, аргументированное логическое воздействие на систему взглядов.

Методы и техники активного слушания

Техники активного слушания помогают «разговорить» и услышать клиента. Между активным и пассивным слушанием есть различия:

при активном — попытки побудить к разговору, точно воспринимать сказанное, убедиться, в достоверности своего восприятия, удержать клиента в рамках проблемы, к собственной теме;

при пассивном — терпеливое ожидание, когда клиент заговорит, ожидание того, что клиент окажется в состоянии сказать нечто важное, поток свободных ассоциаций под воздействием того, что уловило собственное внимание, отвлеченное внимание на что-либо при сохранении «маски внимания», когда клиент вернется к теме разговора, ожидание того, что он перестанет говорить.

Структура техник активного слушания:

Задача № 1 — умение «разговорить» — техники формулирования открытых вопросов; техники малого разговора.

Задача № 2 — умение слушать и понимать — техники повторения; техники перефразирования (своими словами); техники интерпретации.

Умение «разговорить» — открытые вопросы, предполагающие развернутые ответы: «Что?», «Как?», «Каким образом?», «При каких условиях?», «Что следует предпринять?», «Что Вы имеете в виду?». Закрытые вопросы, предполагающие однозначные ответы: «Сколько осталось дней?», «Когда проходили собеседование?» и пр. Альтернативные вопросы, содержащие варианты ответов: «Вы предполагаете начать проект самостоятельно или совместно с И.И. Ивановым?», «Вы предпочитаете участвовать в анкетировании?».

Техника «малого разговора» — беседа о семье, хобби, погоде, забавных пустяках: цитирование клиента, позитивные констатации, информирование, интересный рассказ.

Техники, не способствующие пониманию клиента: негативная оценка, игнорирование (пренебрежение того, что говорит клиент), эгоцентризм (понимание только тех проблем, которые интересны только вам).

Промежуточные техники ведения беседы: выстраивание — вопрос за вопросом, не объясняя цель; замечания о ходе беседы — «Давайте вер-

немся к цели разговора», «Отклонились от темы»; поддакивание — «Да, да!», «УУ!».

Таким образом, полноценное слушание включает: считывание знаков невербального языка: позы, жестов, мимики; слушание и понимание речевого сообщения; распознавание контекста сообщения клиента, его целостное восприятие в социуме; выявление тех моментов, которые могут оспорены или подвергнуты критике. Слушать клиента по настоящему означает воспринимать его таким, каков он есть на самом деле.

Базовые социальные навыки специалиста по социальной работе

Для специалиста по социальной работе необходимо умение слушать, действовать, выражать свои мысли, чувства.

Выделяют 3 уровня навыков в практике социальной работы: 1 — уровень микро навыков; 2 — уровень языка и тела; 3 — уровень гуманного участия. Микро навыки являются первичными, настраивают на контакт. Вербальные сигналы, располагающие к контакту: отчетливое приветствие, обращение к человеку по имени, предложение присесть.

Невербальные сигналы, располагающие к контакту: проксемика — контроль позы — сидеть следует прямо по отношению к клиенту, угол поворота тела от 45 до 90 градусов (такая поза указывает на участие: «Я здесь, рядом с Вами, я доступен»); не следует сидеть откинувшись, угол тела меньше прямого («тупой угол» между собеседниками — провал переговоров); поза должна быть открытая (не скрещенность конечностей, развернутость корпуса и головы, расслабленность мышц лица, контакт глаз на одном уровне, раскрытость ладоней).

Дистанция должна быть индивидуализированная с учетом общих закономерностей: интимная — 0–45 см; личная — 45–60–120 см; социальная — 120–210–360 см; публичная — 360–750 см и выше.

Мимика — улыбчивая, живое, естественное выражение лица. Взгляд — продолжительность контакта глаз 3–5 сек; частота контакта — не реже 1 раза в минуту; частота моргания — 1 раз в 3–5 сек. Не допускаются ритмические, резкие движения, неритуализированные прикосновения.

Паралингвистические сигналы при вступлении в контакт: отчетливость речи, доброжелательность, средняя громкость, низкая высота голоса, ритм речи умеренный.

Таким образом, базовые социальные навыки общения специалиста по социальной работе включают: контроль позы, социальной дистанции, выражение лица, поддержание контакта глаз, контроль тона, громкости

голоса, объем речи, подбор темы для беседы, понимание социальных сигналов. Главный базовый навык — эмпатия — выслушивание клиента, напряженная работа, направленная на понимание его взглядов, умение разделить с ним его понимание проблемы.

Вопросы для самоконтроля:

1. Дайте определение компетентности. Что означает компетентность общения?
2. Охарактеризуйте этапы индивидуальной работы.
3. Опишите методы активного слушания.
4. Каковы базовые социальные навыки специалиста по социальной работе?

РАЗДЕЛ 3. ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В РАЗЛИЧНЫХ СФЕРАХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЩЕСТВА

ЛЕКЦИЯ № 11 ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СПЕЦИАЛИСТА ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ В СИСТЕМЕ ПРАВОВЫХ ОТНОШЕНИЙ

Вопросы:

СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА ГОСУДАРСТВА, ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, ПРИНЦИПЫ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЗНАЧЕНИЯ О СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ НАСЕЛЕНИЯ

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ПРОГРАММЫ МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ПРОГРАММЫ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ЦЕЛИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

ДЕЛОПРОИЗВОДСТВО СПЕЦИАЛИСТА ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

Социальная политика государства, цели, задачи, принципы

Социальная политика — составная часть внутренней политики государства, воплощенная в его социальных программах и практике, регулирующая отношения в обществе в интересах и посредством интересов основных групп населения. В соответствии со ст. 1 Конституции Республика Беларусь провозглашена социальным государством. Социальным принято называть государство, главной задачей которого является достижение общественного прогресса, основанного на закрепленных правом принципах социального равенства, всеобщей солидарности и взаимной ответственности. Социальное государство признано помогать слабым, влиять на распределение экономических благ по принципу справедливости для обеспечения каждому гражданину достойного существования, стремится к равномерному распределению благ, услуг и тягот для всех граждан.

Социальный характер государства предполагает обеспечение каждому гражданину достойного его прожиточного минимума. По определению Министерства труда и социальной защиты, **бюджет прожиточного минимума** — это стоимостная величина минимального набора материальных благ и услуг, необходимых для обеспечения жизнедеятельности человека и сохранения его здоровья, а также обязательные платежи и

взносы. Каждый взрослый человек должен иметь возможность зарабатывать на себя и на содержание своей семьи. Если такая возможность по разным причинам не реализована, жизненноважные потребности не удовлетворены, тогда государство оказывает помощь, например, предусмотрено право на труд, образование, право на защиту от безработицы, на охрану здоровья. Отдых и т.д. Бюджет прожиточного минимума используется для определения размера государственной социальной помощи малообеспеченным гражданам (семьям), обоснования минимальных государственных социально-трудовых гарантий, расчета пособий, размера пенсий, норматива индексации денежных доходов населения, для определения права на бесплатное обеспечение продуктами питания детей первых двух лет жизни.

Другим критерием малообеспеченности является **минимальный потребительский бюджет** — это расходы на приобретение набора потребительских товаров и услуг для удовлетворения основных физиологических и социально-культурных потребностей человека. Он утверждается ежеквартально для 18 социально-демографических групп населения. Данный показатель служит основой для определения права граждан на получение льготных кредитов и субсидий на строительство (реконструкцию) или приобретение жилых помещений.

В целях обеспечения экономической безопасности страны предусматриваются своевременное выявление негативных факторов и тенденций в социально-экономическом развитии, определение внешних и внутренних угроз национальным интересам и устойчивости развития экономики — повышение цен на топливно-энергетические ресурсы, недостаток средств на обновление основных фондов, ухудшение демографической ситуации и другие.

Социальную безопасность обеспечивается за счет снижения уровня малообеспеченности, недопущения чрезмерной дифференциации доходов различных групп населения, контроля за безработицей, развития адресной социальной помощи, поддержания социально уязвимых слоев населения, соблюдения принципа социальной справедливости.

Основная цель **социальной политики** — дальнейшее повышение уровня и качества жизни населения. Важнейшими путями ее достижения должны стать усиление роли заработной платы как главного фактора, стимулирующего экономическое развитие и повышение эффективности экономики, обеспечение роста реальных денежных доходов как основы улучшения жизни населения, уменьшение количества малообеспеченных граждан, недопущение чрезмерной дифференциации по уровню доходов различных групп населения в регионах и по отраслям экономики.

Главной целью социальной политики в республике является предоставление каждому трудоспособному человеку возможности своим трудом и предприимчивостью создать свое семейное благосостояние, а для нетрудоспособных и нуждающихся граждан — обеспечить надежную социальную защиту. При этом социальная защита должна быть исключительно адресной и направлена на конкретные, самые незащищенные группы и слои населения. Международный опыт стран с переходной экономикой показывает, что эффективные системы адресной социальной помощи в состоянии обеспечить поддержку лишь 10–15% населения.

Смысл эффективной адресной социальной защиты состоит в том, чтобы сконцентрировать ограниченные ресурсы на удовлетворении потребностей социально незащищенных слоев населения. Характерным явлением в эволюции социальной политики будет ее дальнейшая муниципализация, т.е. перенос центра тяжести адресной социальной защиты на местный уровень: помощь должна быть приближена к потребителю.

Предполагается переход от общих социальных программ к программам адресным, учитывающим потребности конкретных слоев и групп населения, а также определенных регионов. При этом нужны строго дифференцированные программы, в частности:

- инвалидам, одиноким пенсионерам — различные социальные услуги, обслуживание на дому;
- многодетным, неполным семьям — приоритет во всех видах адресной материальной помощи семьям с низкими доходами.

Ныне разработана стратегия "пилотного" проекта по реализации Концепции формирования единой программы адресной социальной помощи в Республике Беларусь. Основная ее цель состоит в защите наиболее уязвимых граждан общества от неблагоприятных последствий рыночных преобразований.

Особое внимание уделяется в республике жителям сельской местности, которые острее других ощущают жизненные трудности: неразвитость социальной инфраструктуры, транспортных услуг, бытового обслуживания. Поставлена задача осуществлять работу по введению государственных социальных стандартов по всей стране с обязательным учетом региональных особенностей. Введение социальных стандартов направлено на то, чтобы уровень социальной защиты гарантированно улучшался.

Приоритетной задачей государства в области социальной защиты является забота о семье, детях, в частности, обеспечение необходимых условий для реализации семьей ее экономической, воспроизводственной, воспитательной и культурно-психологической функций; обес-

печение прав детей на их полноценное физическое, интеллектуальное, нравственное и социальное развитие. В системе материальной помощи семьям с детьми государство использует льготы по налогообложению, оплате за питание детей в детских дошкольных учреждениях, оплате за учебники и учебные пособия. Малообеспеченным семьям предоставляются безналичные жилищные субсидии, если оплата за жилье и коммунальные услуги превышает 25% среднемесячного совокупного дохода семьи. Значительную помощь многодетным и неполным семьям оказывают местные исполнительные и распорядительные органы за счет средств местных бюджетов.

В сфере культуры и общественной жизни нашей республике присущ не агрессивный национализм, а государственная поддержка исторически сложившемуся двуязычию, возрождению духовности и сохранению традиционных религиозных конфессий, искусства во всех формах. Государство проводит последовательную политику по сохранению культурного наследия белорусов, лучших черт белорусского характера: уважение к людям других национальностей и конфессий, терпимость, толерантность, гуманизм, миролюбие.

Государство и государственный бюджет являются последовательными гарантами финансовой поддержки развития искусства и культуры. Принцип преемственности в культурной политике выражается в сохранении инфраструктуры государственных учреждений культуры и искусства.

В основе государственного курса заложена верность исторической памяти народа — Победе в Великой Отечественной войне. Верность памяти нашла отражение в решении руководства страны ввести в учебных заведениях курс «Великая Отечественная война советского народа». В стране осуществляется последовательный курс по формированию идеологии белорусского государства, кристаллизации белорусской национальной идеи. Наиболее ёмко и лаконично национальная идея воплощается в лозунге Президента Республики Беларусь: «За сильную и процветающую Беларусь!».

Государственная политика в области оплаты труда предполагает превращение заработной платы в надежный источник доходов, повышение ее роли в стимулировании трудовой активности работников и будет основываться на сочетании государственных, рыночных и коллективно-договорных механизмов ее регулирования. Постепенно будут расширяться права субъектов хозяйствования в части формирования и начисления заработной платы.

Важнейшей функцией государства останется обеспечение государственных минимальных социальных гарантий в области оплаты труда. В бюджетном секторе будет сохранено государственное регулирование оплаты труда на основе изменения тарифной ставки первого разряда и совершенствования Единой тарифной сетки работников Республики Беларусь.

В качестве ориентиров государственной *политики*, направленной на увеличение *доходов* населения, предусматриваются:

рост реальных денежных доходов — 149–156 процентов;

повышение реальной заработной платы как основного источника формирования доходов и важного стимула трудовой активности работников — 152–158 процентов;

снижение уровня малообеспеченности в два раза;

совершенствование государственной адресной социальной помощи, поддержки семей в связи с рождением и воспитанием детей;

дальнейшее развитие системы пенсионного обеспечения, повышение реальной пенсии по возрасту не менее чем в 1,5 раза.

Основные задачи государственной политики в области трудовых отношений и занятости населения — повышение эффективности использования ресурсов труда, формирование кадрового потенциала с учетом реальных потребностей производства, обеспечение социальной поддержки временно не занятого населения.

На рынке труда предусматривается реализовать систему мер по созданию благоприятных условий для обеспечения занятости населения, преодолению дефицита рабочих мест путем повышения инвестиционной активности за счет всех источников, снижению напряженности и поддержанию стабильности в сфере социально-трудовых отношений, своевременному устранению дисбаланса между профессионально-квалификационным составом кадров и обновляющейся структурой рабочих мест, удержанию регистрируемой безработицы в пределах социально допустимого уровня.

В области социальной защиты населения предполагается повышение ее эффективности, надежности, устойчивости и доступности, базирующихся на государственных социальных гарантиях и стандартах, дифференцированном и адресном подходах к социальной поддержке различных слоев населения.

Это будет достигаться путем:

оказания социальной помощи семьям, отдельным гражданам, имеющим доходы ниже установленного гарантированного минимума;

социальной реабилитации граждан с ограниченными возможностями;

повышения эффективности социальной помощи малообеспеченным гражданам и лицам, находящимся в трудной жизненной ситуации, на основе принципов адресности и индивидуального подхода;

совершенствования государственной поддержки семей при рождении и воспитании детей;

решения социальных проблем одиноких пожилых граждан, проживающих в отдаленных сельских населенных пунктах.

Совершенствование пенсионной системы будет направлено на повышение уровня жизни граждан пенсионного возраста и нетрудоспособных на основании сочетания обязательного и дополнительного добровольного пенсионного страхования, распределительных и накопительных механизмов финансирования.

Для улучшения **демографической ситуации** предусматриваются мероприятия по обеспечению охраны материнства и детства, повышению рождаемости и снижению смертности, укреплению семьи и ее престижа в обществе. **Демографическая политика направлена на повышение ожидаемой продолжительности жизни и уровня рождаемости населения.**

Реализация названных направлений демографической политики позволит стабилизировать численность населения республики на уровне 9,4 млн. человек, увеличить ожидаемую продолжительность жизни с 71 года до 72–73 лет в 2015 году. Это потребует разработки механизма стимулирования рождаемости на основе совершенствования системы выплаты пособий гражданам, имеющим детей, государственной поддержки молодых семей в решении жилищных и других социальных проблем и т.д. Будет ужесточена ответственность тех родителей, которые оставили своих детей.



Гистограмма № 1. Перспективная среднегодовая численность населения Республики Беларусь

Развитие системы **образования** предусматривает приведение ее в соответствие с современными потребностями личности, общества и государства, повышение качества подготовки высококвалифицированных специалистов для перехода к информационному обществу, опережающему развитию новых наукоемких технологий.

Ее основными направлениями станут:

развитие новых форм дошкольного образования, повышение качества образования, и прежде всего на селе;

расширение использования технологий обучения, сберегающих здоровье учащихся;

создание эффективных механизмов взаимодействия систем профессионального образования с организациями – заказчиками кадров, укрепление связи высшего образования с фундаментальной и прикладной наукой.

Ведется работа по обновлению структуры и содержания образования, учебных программ, систем научно-методического обеспечения во всех его звеньях, материально-технической и учебной базы, внедрению новых информационных образовательных технологий и компьютеризации. Предусматривается обеспечение широкого выбора образовательных программ и услуг, повышение их качества и конкурентоспособности.

Совершенствуя систему дошкольного образования, предполагается обеспечить разнообразие многофункциональной сети дошкольных учреждений, сохранение ее в сельской местности и использование новых форм охвата детей дошкольным воспитанием.

В системе общего среднего образования предусматриваются завершение реформирования общеобразовательной школы, создание условий для перехода к профильному обучению, дальнейшая оптимизация и проведение реструктуризации сети учреждений, обеспечивающих получение общего среднего образования, с учетом складывающейся демографической ситуации, создание гибких форм трудового (профессионального) образования.

В системе профессионально-технического образования предполагается обеспечить в требуемом количестве подготовку высококвалифицированных рабочих кадров, прежде всего для наукоемких производств и сельской местности, дальнейшее совершенствование сети учебных заведений профтехобразования и подготовки кадров в них.

В стране проводится работа по приведению объемов и квалификационной структуры подготовки специалистов со средним специальным и высшим образованием в соответствие с требованиями национальной экономики.

Молодежная политика государства направлена на создание условий для всестороннего и гармоничного развития молодых граждан страны, активное их включение во все сферы жизнедеятельности общества. С этой целью предполагается активизировать работу по обеспечению занятости молодежи, развитию предпринимательства и творческой инициативы молодых людей, усилению поддержки молодых семей.

В области **здравоохранения** предусматривается повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения на основе:

внедрения передовых медицинских технологий и создания научно-практических центров;

реструктуризации системы оказания медицинской помощи, включая перераспределение ресурсов со стационарной формы на амбулаторно-поликлиническую, развития медико-социальной помощи и общей врачебной практики;

совершенствования системы социальных стандартов, а также территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи;

расширения доступа граждан к эффективным, безопасным и качественным лекарственным средствам, формирования комплексной программы лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан;

совершенствования системы управления качеством медицинской помощи, стандартизации медицинских технологий, развития профилактических и реабилитационных технологий.

Планируется разработать и внедрить систему стандартов для медицинских информационных систем, передовые медицинские технологии, в том числе телемедицину, с широкой компьютеризацией медицинских организаций, созданием в них локальных вычислительных систем, введением в действие электронных версий медицинских карт пациентов.

Целью государственной политики развития **национальной культуры** будет сохранение историко-культурного наследия, создание условий для всестороннего развития личности, роста ее творческой инициативы, духовных и эстетических потребностей, что значительно повысит роль личности как главной движущей силы нового постиндустриального общества.

Для достижения этой цели предусматриваются:

обеспечение доступности культурных ценностей и услуг, оказываемых в этой сфере всем слоям населения, повышение уровня и качества таких услуг, увеличение их объемов для жителей села с целью прибли-

жения к уровню обслуживания городского населения, улучшение культурного обслуживания отдаленных сел;

реализация программы реставрации, реконструкции и сохранения приоритетных историко-культурных ценностей белорусского народа, включение их в культурный и туристический оборот. Определение и восстановление в регионах страны наиболее значимых сельских исторических усадеб для использования в качестве объектов культурно-досуговой деятельности;

разработка и внедрение рациональной схемы размещения сельских учреждений культуры с учетом конкретной социально-демографической и экономической ситуации в сельских населенных пунктах и районах;

повышение конкурентоспособности профессиональных творческих коллективов и исполнителей на внутреннем и внешнем рынках;

обеспечение реализации кадровой политики по подготовке и переподготовке специалистов культуры и искусства на основе внедрения новых образовательных технологий;

создание при средних специальных учебных заведениях культуры и искусства в областных городах консультационных центров для оказания методической помощи и выявления на селе одаренных детей и талантливой молодежи.

Направлениями развития профессионального искусства должны стать повышение его роли в эстетическом и моральном воспитании населения, переход к интенсивному развитию, повышение престижа работников творческих профессий.

В сфере физической культуры, спорта и туризма предусматриваются: совершенствование системы массового физкультурно-оздоровительного движения в стране и привлечение наибольшего количества населения к регулярным занятиям физической культурой и спортом;

повышение уровня физического воспитания населения;

улучшение условий для занятия физической культурой и спортом различных категорий и слоев населения, повышение качества физкультурно-оздоровительных услуг и их доступности;

формирование эффективной системы подготовки спортивного резерва и спортсменов высокого класса, обеспечение достойного выступления сборных команд Республики Беларусь на международных соревнованиях.

Особое внимание будет уделено физическому воспитанию детей и учащейся молодежи. Для этого предполагается развитие подростковых спортивных клубов, центров физкультурно-оздоровительной работы по

месту жительства, создание групп, секций, кружков по спортивным интересам в учреждениях образования.

Для развития **туризма** в Беларуси предусматриваются создание конкурентоспособного туристического комплекса, обеспечивающего удовлетворение потребностей отечественных и зарубежных туристов в разнообразных и качественных услугах, развитие смежных отраслей экономики. В качестве первоочередных мер намечаются:

повышение эффективности использования имеющихся туристских территорий, объектов культурно-исторического и природного наследия;

создание современной туристической индустрии, обеспечивающей растущий спрос на туристско-экскурсионные услуги, их качество и доступность;

активизация региональной туристической политики, формирование центров и зон туризма, освоение новых туристских районов, развитие интеграционных систем, учитывающих интересы всех участников туристического рынка;

создание благоприятных условий для продвижения туристского продукта на международные рынки.

Приоритетным станет въездной туризм. Получат дальнейшее развитие познавательный, транзитный, трансграничный, деловой, агроэкотуризм, рекреационный, оздоровительный и другие виды туризма.

В сфере внешней политики. Подходы к социально-экономическому развитию государства, основывающиеся на взаимном учете интересов общества и граждан, общественном согласии, социально-ориентированной экономике, главенстве закона, пресечении национализма и экстремизма, находят свое логическое продолжение во внешнеполитическом курсе страны: не конфронтация с соседними государствами и территориальный передел, а миролюбие, многовекторное сотрудничество, Союз с Россией - вот ее принципы.

Глава государства последовательно и планомерно проводит в жизнь миролюбивую политику добрососедства, избегая шагов, которые могут втянуть страну к участию в международных конфликтах. В то же время проводится создание современной армии, способной надежно защитить отечество от любой угрозы. Несмотря на имеющиеся сложности во взаимоотношениях со странами НАТО, руководство страны считает, что с ним можно и нужно налаживать нормальные отношения, конструктивно решать имеющиеся европейские и мировые проблемы, особенно в области борьбы с терроризмом, незаконным оборотом наркотических средств, транснациональной преступностью.

Планомерность и постепенность государственной политики заключается в том, чтобы свести к минимуму негативные последствия расширения Евросоюза, восстановить полноценный политический диалог, обеспечить дальнейшее наращивание усилий по развитию всего комплекса отношений. Одним из приоритетных принципов внешней политики белорусского государства является планомерное строительство Союзного государства России и Беларуси. Республика Беларусь неизменно проводит многовекторную внешнюю политику, выступает за укрепление Содружества Независимых Государств, что обусловлено общностью наших совместных интересов. Отношение со странами, членами Содружества Независимых Государств, выявили как сложности процесса интеграции, так и его потенциальные возможности. Страны Содружества - важнейший торгово-экономический партнер Республики Беларусь. Беларусь выступает за скорейшее формирование Единого экономического пространства в рамках Содружества. Последовательность внешней политики проявляется в отношениях с государствами «пояса добрососедства». Выступая на втором Всебелорусском народном собрании, Президент Беларуси А.Г. Лукашенко подчеркнул: «Польша, Украина, Литва, Латвия - это наши соседи, а их, как известно, не выбирают. Они Богом даны». Логично, что формирование «пояса добрососедства», развитие отношений с Украиной является одной из основных задач внешней политики белорусского государства. Белорусская сторона нацелена на динамичное развитие всего комплекса двусторонних отношений с Киевом. Уже немало сделано для достижения поставленной цели, в то же время потенциал белорусско-украинских связей пока использован далеко не в полной мере.

Задача укрепления экономики Беларуси как фундамента благосостояния народа выдвинула в число важнейших приоритетов внешней политики экономическую дипломатию. Задача неуклонного наращивания экспортного потенциала страны названа в числе важнейших приоритетов социально-экономического развития Беларуси на период 2001-2005 годов. Важным направлением внешнеэкономической деятельности стало привлечение в Беларусь иностранных инвестиций. Возросший объем международных связей, задачи интеграции белорусской экономики в систему современных мирохозяйственных связей и эффективного использования имеющегося отечественного научно-технического потенциала, настоятельно требуют обновления основных производственных фондов, внедрения новейших зарубежных технологий.

Основные принципы социальной политики белорусского государства

Главные принципы нашей государственной политики: **планомерность, социальная справедливость, последовательность, постепенность, преемственность**. Главные принципы государственной политики нашей страны определены Президентом Республики Беларусь А.Г. Лукашенко. На протяжении всего периода президентских полномочий принципы планомерности, последовательности, постепенности и преемственности выражаются в следующем: В экономике мы идем от того, что есть: не ломаем, не разбрасываем, не уничтожаем. Сильная, эффективная государственная власть, политическая стабильность в нашей стране - важнейшие условия государственного курса на эволюционное и поступательное развитие национальной экономики, последовательной интеграции в мировую экономику.

Важную роль в реализации **планомерного курса** на обеспечение благополучия людей играет выполнение в социальной сфере минимальных государственных стандартов, предусматривающих снабжение граждан продовольствием, теплом, коммуникациями, транспортом, бытовыми услугами, нормальную работу учреждений образования, здравоохранения, культуры. Важную роль в реализации планомерного курса на обеспечение благополучия людей играет **выполнение в социальной сфере минимальных государственных стандартов**, предусматривающих снабжение граждан продовольствием, теплом, коммуникациями, транспортом, бытовыми услугами, нормальную работу учреждений образования, здравоохранения, культуры. Социальные гарантии в рамках белорусской модели развития выражаются в:

— гарантиях равенства мужчин и женщин в образовании и трудовой деятельности;

— гарантиях права молодежи на духовное, нравственное и физическое развитие;

— гарантиях права на труд, как наиболее достойный способ самоутверждения экономического, морального и социального содержания жизнедеятельности человека;

— гарантиях справедливой доли вознаграждения в экономических результатах труда, но не ниже уровня, обеспечивающего гражданам и их семьям свободное и достаточное существование;

- гарантиях права на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения;

- гарантиях права на социальное обеспечение в старости, по болезни и другим причинам.

Планомерность государственного курса заключается и во всемерной поддержке талантливой учащейся молодежи, студентов. Создан не имеющий аналогов на территории СНГ Специальный Фонд Президента Республики Беларусь по социальной поддержке одаренных учащихся и студентов. Беларусь всегда славилась своими спортсменами. Занятия физкультурой, спортом, следование принципам здорового образа жизни являются приоритетами государственной политики.

Принцип социальной справедливости находит свое выражение в адресной социальной политике проводимой руководством Республики Беларусь, социальных гарантиях, особенно по отношению к молодежи, старикам, жителям территорий, пострадавших от последствий Чернобыльской катастрофы. Беларуси сложилась эффективно действующая система справедливого распределения вознаграждения за труд, социальной защищенности малоимущих граждан и повышения социальной защиты населения в целом. Задача сейчас ставится так: законы Республики Беларусь о человеке, его нуждах должны быть эталонами социальной справедливости.

Принцип последовательности находит свое выражение в реализации сильной государственной власти. В стране создана эффективная президентская власть, которая не проводит политику двойных стандартов, в каких бы сложных условиях не приходилось работать.

Принцип преемственности в проведении социальной политики в целом и образовательной, в частности, позволил не только сохранить высокоразвитую образовательную систему, унаследованную после развала СССР, но и выстроить на ее основе новую, отвечающую высоким мировым стандартам. Принцип преемственности в проведении социальной политики в целом и образовательной, в частности, позволил не только сохранить высокоразвитую образовательную систему, унаследованную после развала СССР, но и выстроить на ее основе новую, отвечающую высоким мировым стандартам. Ведущей социальной установкой белорусской государственности и ее идеологической платформы, гуманистической по своей направленности, является оптимальное сочетание централизованных гарантий и индивидуального трудового вклада в процветание государства. Только эффективный труд может быть источником экономического и социального успеха личности и государства.

Главной целью социальной политики в республике является предоставление каждому трудоспособному человеку возможности своим трудом и предприимчивостью создать свое семейное благосостояние, а для нетрудоспособных и нуждающихся граждан - обеспечить надежную социальную защиту. При этом социальная защита должна быть исключительно адресной и направлена на конкретные, самые незащищенные группы и слои населения. Международный опыт стран с переходной экономикой показывает, что эффективные системы адресной социальной помощи в состоянии обеспечить поддержку лишь 10–15% населения.

Нормативно-правовые акты государственного значения

Обеспечению социально-экономической безопасности страны способствуют соответствующие нормативно-правовые акты, а также оперативное управление экономическими процессами на микро- и макроуровне посредством проведения мониторинга угроз экономической безопасности страны. Специалист по социальной работе должен обладать знаниями нормативно-правовой базы, так как незнание закона не освобождает от ответственности, но для успешной работы он должен сделать акцент на следующие правовые акты;

- 1) международные документы (конвенции, акты и соглашения);
- 2) законодательство Республики Беларусь;
- 3) значимые для специалиста и сферы его профессиональной деятельности ведомственные документы
- 4) нормативно-правовые акты;
- 5) внутриучрежденческие документы.

Нормативно-правовые акты и законы Республики Беларусь, обеспечивающие социальные гарантии в области охраны здоровья и социального обеспечения: Конституция Республики Беларусь, Законы Республики Беларусь «О здравоохранении», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О правах ребенка», «О социальной защите инвалидов», «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов», «О трансплантации органов и тканей», «О минимальных социальных стандартах», «О социальном обслуживании», «О пенсионном обеспечении», «О ветеранах», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», «О социальной защите граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС», «О пенсионном обеспечении военнослужащих, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел», «Об основах государственного социального страхования», «О государственной службе в Республике Беларусь», «О государственных пособиях семьям, воспитывающих детей», «Основные направления госу-

дарственной семейной политики Республики Беларусь», «О гарантиях по социальной защите детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, а также лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей», «Об утверждении положения о порядке и условиях предоставления первого рабочего места выпускникам государственных высших, средних специальных и профессионально-технических учебных заведений, а также военнослужащим срочной службы, уволенным из вооруженных сил Республики Беларусь», Кодекс Республики Беларусь о браке и семье, и др.

Социальному работнику социальных служб, необходимо знание основ социального обслуживания населения, то есть Закон Республики Беларусь «О социальном обслуживании». Вышеуказанный закон гласит: «Социальное обслуживание представляет собой деятельность социальных служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации».

Система государственных социальных стандартов по обслуживанию населения Республики Беларусь, была разработана и утверждена на основании Постановления Совета Министров Республики Беларусь от 30 мая 2003 г. № 724 «О мерах по внедрению системы государственных социальных стандартов по обслуживанию населения республики» и включает 44 норматива. В систему государственных минимальных социальных стандартов включаются государственные минимальные социальные стандарты в области: оплаты труда; пенсионного обеспечения; образования; здравоохранения; культуры; жилищно-коммунального обслуживания.

Правовой основой для реализации социальных стандартов стал Закон Республики Беларусь «О государственных минимальных социальных стандартах», принятый в 1999 году. Этот закон определяет критерии формирования и применения государственных минимальных социальных стандартов, обеспечивающих реализацию закрепленных Конституцией Республики Беларусь социальных прав граждан. Условия и порядок установления государственных минимальных стандартов определены Трудовым и Жилищным кодексами Республики Беларусь, законами «О прожиточном минимуме», «О пенсионном обеспечении», «Об образовании» и другими нормативно-правовыми документами.

Чтобы продуктивнее работать в этом направлении, необходимо знание Закона Республики Беларусь «О дополнительных гарантиях по социальной защите детей-сирот и детей, оставшихся без попечения роди-

телей». В нем определены общие принципы, содержание и меры государственной поддержки детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также лиц из их числа в возрасте до 23 лет.

Государственные программы Министерства труда и социальной защиты

Президентская программа "Дети Беларуси" на 2006 – 2010 годы утверждена Указом Президента Республики Беларусь от 15 мая 2006 г. № 318.

Программа направлена на обеспечение условий, необходимых для полноценного физического, умственного и духовного развития детей, и формирование эффективной комплексной системы социальной защиты и интеграции в общество детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. **Основными задачами программы являются:** повышение качества жизни семей с детьми; профилактика безнадзорности и противоправного поведения несовершеннолетних; укрепление здоровья и содействие здоровому образу жизни детей; снижение воздействия неблагоприятных последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС на развитие детей; профилактика детской инвалидности, обеспечение оптимальной жизнедеятельности детей-инвалидов; профилактика социального сиротства, защита прав и обеспечение интеграции в общество детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; производство высококачественных, экологически чистых продуктов детского питания. Достижение указанных целей и задач будет осуществляться в рамках реализации подпрограмм "Социальная защита семьи и детей", "Дети и закон. Воспитание личности", "Дети Чернобыля", "Дети-инвалиды", "Дети-сироты" и "Детское питание".

Республиканская целевая программа по улучшению условий и охраны труда на 2006 - 2010 годы

Программа утверждена постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 16 августа 2005 г. № 905. Мероприятия программы сформированы на основе анализа состояния условий и охраны труда, оценки уровня риска производственного травматизма работников по отраслям и видам производственной деятельности. Основными направлениями мероприятий программы являются: совершенствование управления охраной труда; совершенствование нормативного правового обеспечения охраны труда; улучшение условий и охраны труда, профилактика производственного травматизма и профессиональной заболеваемости;

научное обеспечение охраны труда; подготовка, переподготовка и повышение квалификации работников по вопросам охраны труда; информационное обеспечение деятельности по охране труда. Ожидаемые результаты реализация мероприятий программы: улучшение условий и охраны труда в организациях республики; сокращение к концу периода числа рабочих мест с вредными и (или) опасными условиями труда на 20% по сравнению с 2005 годом; снижение коэффициента частоты производственного травматизма на 5% (с 1,17 в 2005 году до 1,11 в 2010 году).

Комплексная программа по совершенствованию системы социальной работы с одинокими гражданами пожилого возраста в Республике Беларусь до 2010 года

Программа утверждена постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 13 июля 2004 года № 855. **Целью** Комплексной программы является осуществление комплекса организационных, правовых, социально-экономических мер по усилению социальной защищенности граждан старшего поколения, повышению качества жизни одиноких пожилых людей во всех регионах республики, включая самые отдаленные сельские населенные пункты. Облисполкомы и Минский горисполком совместно с республиканскими органами государственного управления **обеспечивают выполнение Программы**. Программа представляет собой эффективную модель межотраслевого сотрудничества: свои усилия объединяют организации по труду и социальной защите, здравоохранения, бытового обслуживания, культуры, образования, предприятия торговли, узлы почтовой и электронной связи, а также организации, где ранее работали пожилые люди. Облисполкомами и Минским горисполкомом утверждены региональные комплексные программы по совершенствованию системы социальной работы с одинокими гражданами пожилого возраста в Республике Беларусь до 2010 года с учетом демографических и социально-экономических особенностей регионов. Местными исполнительными и распорядительными органами принимаются необходимые меры по решению конкретных проблем и нужд каждого одинокого пожилого человека.

Государственная программа занятости населения Республики Беларусь на 2007 год

Важнейшим инструментом государственного регулирования в области обеспечения занятости населения является Государственная программа содействия занятости населения Республики Беларусь на 2007 год,

утвержденная постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 14 февраля 2007 года № 189. Программа содействия занятости разработана Министерством труда и социальной защиты совместно с республиканскими органами государственного управления, облисполкомами, Минским горисполкомом, объединениями нанимателей и профсоюзов и определяет главные направления и приоритеты деятельности органов государственного управления по повышению эффективности использования трудовых ресурсов, удержанию уровня безработицы в социально приемлемых пределах.

Ее основными задачами являются:

- ▶ вовлечение в экономическую деятельность незанятых граждан;
- ▶ содействие трудоустройству граждан, особо нуждающихся в социальной поддержке — инвалидов, молодежи, граждан, освободившихся из учреждений уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел, женщин, длительно неработающих граждан;
- ▶ обеспечение занятости населения в малых городах и районах с устойчиво высоким уровнем безработицы; повышение качества трудовых ресурсов;
- ▶ снижение дисбаланса между спросом и предложением рабочей силы; обеспечение социальной защиты временно неработающих граждан.

Реализация мероприятий Программы позволит выполнить задания Программы социально-экономического развития и прогноза на 2007 год об удержании уровня безработицы в пределах 1,4-1,5 процента и увеличении численности занятых в экономике до 4 391 тыс. человек.

Республиканская комплексная программа социальной поддержки пожилых людей, ветеранов, лиц, пострадавших от последствий войн на 2006-2010 годы

Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 19 декабря 2005 г. № 1488 утверждена Республиканская комплексная программа социальной поддержки пожилых людей, ветеранов и лиц, пострадавших от последствий войн, на 2006 – 2010 годы. Республиканская комплексная программа социальной поддержки пожилых людей, ветеранов и лиц, пострадавших от последствий войн, на 2006 – 2010 годы предполагает осуществление комплекса организационных, правовых, социальных и экономических мер по улучшению положения пожилых людей, ветеранов и лиц, пострадавших от последствий войн, в целях усиления их социальной защищенности. Целью Программы является дальнейшее развитие инфраструктуры, обеспечивающей социальное обслуживание пожилых людей, ветеранов и лиц, пострадавших от последствий

войн; решение проблем государственной адресной социальной поддержки, социально-правовой защиты, укрепления здоровья, содействия в сильном труде; поддержку деятельности общественных объединений ветеранов, расширение сферы взаимодействия государственных органов и общественных объединений ветеранов по удовлетворению запросов и потребностей ветеранов, повышение информированности населения о деятельности общественных объединений ветеранов; усиление заботы о ветеранах войны и труда со стороны республиканских органов государственного управления, местных исполнительных и распорядительных органов, а также организаций, где до выхода на пенсию работали ветераны и пожилые люди.

Реализация Программы позволит оптимизировать систему социальной работы с пожилыми людьми, ветеранами и лицами, пострадавшими от последствий войн, повысит ее эффективность за счет усиления адресной направленности, обеспечит эффективное взаимодействие и координацию деятельности республиканских органов государственного управления, местных исполнительных и распорядительных органов, общественных объединений и других организаций, осуществляющих благотворительную деятельность. Предполагается повысить доступность социального обслуживания для нуждающихся в социальных услугах пожилых людей, ветеранов, инвалидов.

Программа реформирования пенсионного законодательства

Беларусь от 04.03.2002 г. № 294. **Основными целями и задачами мероприятий, предусмотренных Программой, являются** обеспечение финансовой стабильности пенсионной системы, ее постепенное реформирование и адаптация к изменяющимся условиям, а также усиление пенсионных гарантий граждан путем развития страховых принципов и предоставления дополнительных возможностей для повышения уровня материального обеспечения в старости. К 2015 году планируется обеспечить за пятилетие рост реального размера пенсий по возрасту в 1,8–1,9 раза, усилить адресность социальной поддержки граждан.

Программа развития и оптимизации сети учреждений социального обслуживания до 2010 г.

Реализуется Программа развития и оптимизации сети учреждений социального обслуживания до 2010 года, утвержденная постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28.09.2007 № 1229. Реализация Программы позволит для стационарных учреждений социального обслуживания выполнить основные задачи:

- ▶ ликвидировать очередность на поселение граждан, нуждающихся по медицинским показаниям в стационарном социальном обслуживании
- ▶ привести площади спальных помещений в соответствие с установленными санитарными нормами (7 квадратных метров на одного человека);
- ▶ создать для проживающих граждан материально-бытовые условия, соответствующие их потребностям.

Государственные программы в системе здравоохранения

Важным изменением в системе белорусского здравоохранения необходимо отметить программно-целевое планирование, которое сегодня является одной из основ нашей системы здравоохранения. Фактически, программно-целевое управление в здравоохранении республики начало складываться в 2000-е годы в процессе разработки и реализации ряда государственных программ, касающихся сферы охраны здоровья населения. Министерством здравоохранения Республики Беларусь в 2007 году выполнялись 12 государственных программ. В высокой степени программы направлены на техническое переоснащение отрасли, внедрение современных технологий и решение кадровых вопросов.

Основные задачи развития здравоохранения в 2011-2015 гг.

- ▶ улучшение показателей здоровья населения;
- ▶ повышение качества медицинских услуг,
- ▶ обеспечение за счет бюджетных средств единых социальных стандартов медицинской помощи каждому человеку независимо от места его жительства.
- ▶ техническая оснащенность учреждений здравоохранения
- ▶ снижение уровня заболеваемости и сокращение смертности в 2015 году до 13 человек на тысячу населения (против более 14 человек в 2010 году).

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ПРОГРАММЫ



Государственная программа возрождения и развития села на 2005—2010 гг. способствует укреплению первичного звена здравоохранения и развитию общей врачебной практики в сельской местности; проводится реконструкция операционных и реанимационных блоков ЦРБ; организована работа 105 больниц сестринского ухода.

Президентская программа «Дети Беларуси» на 2006 – 2010 годы проводится дооснащение современной лечебно — диагностической аппаратурой перинатальных центров, отделений анестезиологии и реанимации областных и городских детских больниц; разработаны протоколы медицинской реабилитации детей со злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной ткани, болезнями органов дыхания; намечены мероприятия по повышению уровня информированности по правам ребенка, охране здоровья детей, обеспечению безопасных условий их жизнедеятельности, обеспечению комплекса мер по наиболее раннему выявлению детей, находящихся в социально-опасном положении, и неблагополучных семьях с целью улучшения показателей демографической безопасности.

Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007—2010 годы активизировала работу по внедрению профилактических технологий и формированию здорового образа жизни; проводится оснащение организаций здравоохранения современным оборудованием; в каждом областном центре открыты кардиохирургические отделения; на базе РНПЦ «Мать и дитя» открыто отделение планирования семьи и вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО); проводится дифференцированная диспансеризация населения с учетом факторов риска.

Для организации мониторинга и анализа состояния здоровья населения Республики Беларусь и контроля выполнения Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2007—2010 гг. Министерством здравоохранения Республики Беларусь создана проблемная комиссия по изучению заболеваемости и смертности населения, принятию оперативных мер с целью сохранения и укрепления демографического потенциала республики, включающая 14 групп.

Программа развития здравоохранения Республики Беларусь на 2006—2010 годы укрепляется материально-техническая база регионального здравоохранения; обновляется автопарк станций скорой помощи, включая приобретение реанимобилей, медоборудования и современных систем связи; создана единая многоуровневая информационно-аналитическая система сбора и обработки статистической медицинской информации, с передачей статистической информации на всех уровнях в электронном формате; внедряются средства телемедицины для улучшения качества диагностики за счет организации удаленного консультирования пациентов ведущими специалистами республиканских научно-практических и специализированных центров; осуществляется перевод документооборота на электронный формат; проводится оснащение научно-практических центров современным оборудованием.

Государственная программа «Туберкулез» на 2005—2009 годы на базе ГУ «НИИ пульмонологии и фтизиатрии» создана в соответствии с требованиями международной аттестации национальная референс-лаборатория; проводится мониторинг и эпидемиологический надзор за резистентностью к противотуберкулезным средствам; обеспечено взаимодействие в выявлении, регистрации случаев туберкулеза и проведении противоэпидемических и профилактических мероприятий между организациями Министерства здравоохранения, МВД, Минобороны; совместно с Глобальным фондом по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом, маля-

рией и ПРООН разработан проект Программы реализации Гранта Глобального фонда «Поддержка Государственной Программы «Туберкулез» в Республике Беларусь», который предусматривает обмен результатами и координацию работы по программе ДОТС.

Государственная программа профилактики ВИЧ-инфекции на 2006-2010 годы обеспечен доступ всех нуждающихся к многокомпонентной антиретровирусной терапии; увеличено количество используемых антиретровирусных препаратов (2006 год — 10 препаратов, 2007 г . — 12 в 19 лекарственных формах); налажена профилактика вертикальной трансмиссии ВИЧ-инфицированных беременных женщин (88,2%) и новорожденных детей (93,8%); дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей обеспечены бесплатным заместительным вскармливанием на первом году жизни. В 2007 году разработаны Государственная программа профилактики самоубийств в Республике Беларусь на 2008 — 2012 годы, отраслевая программа развития службы скорой медицинской помощи в Республике Беларусь на 2007–2010 годы, отраслевая программа по развитию высокотехнологичной медицинской помощи, Государственная программа по предупреждению инвалидности и реабилитации инвалидов на 2006-2010 гг. Государственная программа о безбарьерной среде и жизнедеятельность и физически ослабленных лиц на 2007-2010 гг.

Главная цель социально-экономического развития страны в 2011–2015 годы - дальнейший рост благосостояния и улучшение условий жизни населения на основе совершенствования социально-экономических отношений, инновационного развития и повышения конкурентоспособности национальной экономики.

Предусматривается повышение реальных располагаемых денежных доходов населения в 2015 году к уровню 2010 года в 1,7–1,8 раза на основе обеспечения роста:

- ▶ ВВП — 162–168%;
- ▶ производительности труда — 163–168%;
- ▶ объемов промышленного производства — 154–160%;
- ▶ сельского хозяйства — 139–145%;
- ▶ услуг — 196–203%; удельного веса отгруженной инновационной продукции организациями, основным видом деятельности которых является производство промышленной продукции, в общем объеме отгруженной продукции до 21% в 2015 году;
- ▶ инвестиций в основной капитал за пятилетие — 190–197%, основная часть которых будет направлена на создание и модернизацию более одного миллиона рабочих мест.

Реализация поставленной цели потребует концентрации ресурсов на следующих приоритетных направлениях:

- ▶ развитие человеческого потенциала;
- ▶ предпринимательство и инициатива;
- ▶ инновационное развитие и структурная перестройка экономики, создание новых наукоемких, высокотехнологичных производств;
- ▶ рост экспорта товаров и услуг, сбалансированность и эффективность внешней торговли;
- ▶ устойчивое развитие регионов;
- ▶ качественное и доступное жилье;
- ▶ эффективный агропромышленный комплекс.

В развитии человеческого потенциала важнейшую роль играет проводимая государством социальная политика. *Основная ее цель в новом пятилетии — повышение уровня и качества жизни населения и создание условий для развития человеческого потенциала на основе повышения эффективности функционирования систем здравоохранения, образования, культуры и других видов деятельности, относящихся к сфере услуг.* Предполагается повысить доступность социального обслуживания для нуждающихся в социальных услугах пожилых людей, ветеранов, инвалидов. Планируется обеспечить за пятилетие рост реального размера пенсий по возрасту в 1,8–1,9 раза, усилить адресность социальной поддержки граждан.

Предусматриваются поэтапное увеличение размеров пособий и иных выплат в связи с рождением детей, увязка величины пособия по уходу за ребенком в возрасте до 3-х лет с количеством детей. Будут улучшены условия для сочетания родителями семейных и профессиональных обязанностей. Предстоит также усовершенствовать систему помощи молодым семьям в улучшении жилищных условий на основе развития системы строительных сбережений и ипотеки. Демографическая политика будет направлена на повышение ожидаемой продолжительности жизни и уровня рождаемости населения. Реализация названных направлений демографической политики позволит стабилизировать численность населения республики на уровне 9,4 млн. человек, увеличить ожидаемую продолжительность жизни с 71 года до 72–73 лет в 2015 году.

Организация социального обслуживания населения в Республике Беларусь

Социальное обслуживание — деятельность юридических и физических лиц по оказанию социальной поддержки, представлению бытовых, правовых, медицинских, психолого-педагогических услуг и оказанию материальной помощи, созданию условий для социальной адаптированности и реабилитации граждан и семей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Основные принципы и цели социального обслуживания населения

В соответствии с Законом Республики Беларусь «О социальном обслуживании» социальное обслуживание населения Республики Беларусь основывается на **принципах**: адресности, гуманизма, социальной справедливости, социального равенства, доступности, добровольности, конфиденциальности, общей профилактической направленности

Целями социального обслуживания являются:

оказание содействия гражданам в преодолении трудных жизненных ситуаций, которые они не в состоянии разрешить при помощи собственных средств и имеющихся возможностей;

прогнозирование и предупреждение возникновения трудных жизненных ситуаций;

активизация собственных усилий граждан и семей, создание условий для самостоятельного решения возникающих проблем.

Система социального обслуживания включает:

государственные органы, осуществляющие управление в области социального обслуживания в пределах своей компетенции;

территориальные центры социального обслуживания семей и различных категорий населения, нуждающихся в социальном обслуживании (детей, молодежи, граждан пожилого возраста, инвалидов и других категорий населения);

социально-реабилитационные центры; специальные клиники для безнадёжных больных людей (хосписы);

социальные приюты;

центры психолого-педагогической помощи; центры (отделения) социальной помощи на дому; центры временного (дневного, ночного) пребывания и патронажа; стационарные учреждения социального обслуживания (дома-интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологи-

ческие интернаты, детские дома-интернаты для детей с особенностями психофизического развития, специальные дома для одиноких престарелых и др.);

геронтологические центры;

организации социального обслуживания, изготавливающие средства реабилитации (протезно-ортопедические изделия, инвалидную технику и т.п.);

реабилитационно-трудоустройство мастерские;

иные юридические лица, предоставляющие социальные услуги в пределах своей компетенции и в соответствии с законодательством;

физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели, предоставляющие социальные услуги, чье право на занятие социальным обслуживанием в рамках системы социального обслуживания официально подтверждено в порядке, установленном законодательством.

Вопросы для самоконтроля:

1. Дайте определение социальной политики, охарактеризуйте основные цели, задачи, принципы.

2. Назовите нормативно-правовые акты государственного значения о социальной защите населения.

3. Какие Государственные программы Министерства труда и социальной защиты и Государственные программы в системе здравоохранения реализуются в Беларуси.

4. Какова главная цель социально-экономического развития страны в 2011-2015 годы?

5. Какова структура организации социальной защиты населения в Республике Беларусь?

6. Каковы основные принципы и цели социального обслуживания населения

ЛЕКЦИЯ № 12 ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СПЕЦИАЛИСТА ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ В СИСТЕМЕ МИНИСТЕРСТВА ОБРАЗОВАНИЯ

Вопросы:

ЗАКОНЫ, ЗАЩИЩАЮЩИЕ ПРАВА ДЕТЕЙ

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СПЕЦИАЛИСТА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ ФУНКЦИИ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛАХ

РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ШКОЛАХ-ИНТЕРНАТАХ

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С «ТРУДНЫМИ ПОДРОСТКАМИ»
ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ И ПРИНЦИПЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СИСТЕМЕ ПРОФИ-
ЛАКТИКИ БЕЗНАДЗОРНОСТИ И ПРАВОНАРУШЕНИЙ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
ФОРМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ
СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В СИСТЕМЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ФУНКЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ОБРАЗОВАНИИ
ЭТАПЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТА ПО
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

Законы, защищающие права детей

В республике численность детей в возрасте 0–17 лет по состоянию на 01.01.2007 года составила 1 868 572 человек. В 2006 году у нас в Беларуси родилось 96 722 ребенка, что на 62 130 детей больше уровня 2005 года. В 2006 году 830 женщин родили двойняшек, 12 — сразу троих, и одна мама-минчанка — четверых!

Неблагоприятный прогностический момент — сокращение численности и доли детей в возрасте до 15 лет. По переписи 1989 г. доля детей в возрасте до 15 лет в республике составляла 23%, с 1998 по 2008 год доля детей в структуре населения республики уменьшилась с 20,5 до 14,7%, из которых доля детей женского пола составляла на начало 2008 г. 48,6%, мужского — 51,4%. Сокращение доли населения в возрасте до 15 лет в дальнейшем вызовет неизбежное уменьшение трудовых ресурсов страны, возрастание демографической нагрузки за счет лиц старших возрастов и резкое снижение числа родившихся, начиная с 2013–2014 гг. В 2015 г. численность 18-летних мужчин по прогнозу составит немногим более половины их числа в 2005 г., а возрастной группы 17–27 лет — 78,6% уровня 2005 г. Подготовка молодого поколения в нашей стране к полноценной жизни в обществе, в том числе к трудовой деятельности и продолжению образования, определена Законами Республики Беларусь «Об образовании» (от 29 октября 1991 г. № 1202-ХІІ); «О высшем образовании» (от 11 июля 2007 г. № 252-3); «Об общем среднем образовании от 5 июля 2006 г. № 141-3); «О профессионально-техническом образовании»; «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании) и Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 сентября 2006 г. № 1255 «Об утверждении Положения о возмещении средств в Республиканский и (или) местные бюджеты, затраченных средств на подготовку рабочего (служащего) специалиста» и Указом Президента Республики Беларусь от 07 февраля 2006 г. № 80 «О правилах приема в высшие и средние специальные учебные заведения». В сфере социальной политики в Республике Бела-

рус в качестве приоритетной задачи определена защита брака, семьи, охрана материнства и детства. Эта задача зафиксирована во многих юридических и программных документах. Среди основных документов, направленных на защиту детей, в первую очередь следует назвать:

- Конвенцию ООН о правах ребенка (1989г.), которую Республика Беларусь ратифицировала в 1990 году;
- созданный на ее основе Закон Республики Беларусь «О правах ребенка» (1993г.) и его новую редакцию 2000 года;
- Кодекс о браке и семье (КоБС), вступивший в действие с 1-го сентября 1999 года;
- Президентскую программу «Дети Беларуси», введенную в действие указом Президента от 6.01.98 г., где выделена отдельная подпрограмма «Дети-сироты».

В перечисленных выше документах и других нормативно-правовых актах подчеркивается значение семьи для воспитания ребенка, ее роль в государстве и устанавливаются механизмы защиты прав детей, лишенных семейного окружения. Причем в отношении детей, лишенных родительской опеки, обращено внимание на взаимоотношения между сиротами (в том числе социальными), и их приемными родителями, опекунами (в том числе социальными) и их приемными родителями, опекунами (попечителями) как в государственных учреждениях, так и при организации альтернативных форм призрения сирот. Практически все документы в защиту прав и свобод, принятые в нашей стране, основаны на Всеобщей декларации прав человека.

Деятельность специалиста в учреждениях

дошкольного образования

В учреждениях системы дошкольного образования социальный работник занимается вопросами потребностей дошкольников и возможностей их родителей удовлетворить эти потребности. В таких ситуациях специалист становится неким проводником ребенка в системе мер профилактики неблагополучия в его жизни (если оно имеется), примеряет на себя роль посредника и коммуникатора между ребенком и родителями, образовательным учреждением и семьей, ребенком и воспитателями (нянями). Это важно, если есть явные признаки насилия и жестокого обращения с ребенком, если он часто болеет, неухожен, подавлен. Если социальный работник видит, что образовательное учреждение не в силах справиться с проблемой, то он обязан обратиться в соответствующие полномочные социальные организации. Чтобы сократить количество де-

тей с диагнозом «социальная дезадаптация», специалист должен внимательно проследить за развитием дошкольника, и если обнаружатся какие-либо отклонения (физические, познавательные, эмоциональные), он привлекает других специалистов — психолога, милиционера, социального педагога, медицинского работника и т.д.

**Социальные функции специалиста
в общеобразовательных школах**

В Республике Беларусь число учреждений, обеспечивающих получение общего и среднего образования составляет 3821, в них обучается 1083,2 тысяч человек; в системе высшего образования — 53 учреждения, в них обучается 420,7 тыс. студентов. (См. таблицу 4 и диаграмму 2)

Основные показатели образования (на начало учебного года)

Таблица 4

| | 1995/96 | 2000/01 | 2001/02 | 2002/03 | 2003/04 | 2004/05 | 2005/06 | 2006/07 | 2007/08 | 2008/09 |
|--|---------|---------|---------|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Число учреждений, обеспечивающих получение общего среднего образования ¹⁾ | 5007 | 4772 | 4718 | 4543 | 4408 | 4298 | 4187 | 4063 | 3927 | 3821 |
| В них учащихся, тыс. | 1582,2 | 1547,6 | 1488,9 | 1430,0 | 1369,0 | 1303,4 | 1240,9 | 1179,3 | 1134,9 | 1083,2 |
| Число учреждений, обеспечивающих получение среднего специального образования ¹⁾ | 149 | 156 | 156 | 201 ²⁾ | 204 | 206 | 204 | 205 | 204 | 206 |
| В них учащихся, тыс. | 122,4 | 150,3 | 155,4 | 160,9 | 162,3 | 158,4 | 154,1 | 152,5 | 155,0 | 157,3 |
| на 10 000 человек населения, учащихся | 120 | 150 | 156 | 163 | 165 | 162 | 158 | 157 | 160 | 163 |
| Число учреждений, обеспечивающих получение высшего образования ¹⁾ | 59 | 57 | 58 | 58 | 59 | 55 | 55 | 55 | 53 | 53 |

| | 1995/96 | 2000/01 | 2001/02 | 2002/03 | 2003/04 | 2004/05 | 2005/06 | 2006/07 | 2007/08 | 2008/09 |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| В них студентов, тыс. | 197,4 | 281,7 | 301,8 | 320,7 | 337,8 | 362,9 | 383,0 | 396,9 | 413,7 | 420,7 |
| на 10 000 человек населения, студентов | 194 | 282 | 303 | 324 | 343 | 370 | 393 | 409 | 427 | 435 |

¹⁾ Включая данные по частным учебным заведениям.

²⁾ С 2002/03 учебного года в число учреждений включены все учреждения, обеспечивающие получение среднего специального образования в соответствии с Законом Республики Беларусь "Об образовании".



Диаграмма 2 Численность обучающихся в учреждениях, обеспечивающих получение среднего специального и высшего образования, на 10 000 человек населения (на начало учебного года; человек)

Задачи в сфере образования: повышение качества образования, создание гибкой системы подготовки и переподготовки кадров в соответствии с потребностями инновационного развития. Особое внимание в предстоящем пятилетии будет уделено сфере культуры, физической культуре и спорту, туризму. Это важно как для духовного и физического развития граждан, так и для создания соответствующего имиджа страны на мировой арене.

Молодежная политика государства направлена на создание условий для всестороннего и гармоничного развития молодых граждан страны, активное их включение во все сферы жизнедеятельности общества. С

этой целью предполагается активизировать работу по обеспечению занятости молодежи, развитию предпринимательства и творческой инициативы молодых людей, усилению поддержки молодых семей.

Деятельность специалиста по социальной работе носит организационно-профилактический характер, но, несмотря на это, имеет весомый результат: сокращение числа случаев неблагополучного развития учащихся в общеобразовательных школах. Социальный работник в школах стремится удовлетворить потребности учащихся соответственно возможностям их семей. Он следит за посещаемостью, успеваемостью, материальным и социальным положением учащихся (в первую очередь из малообеспеченных семей), за их взаимодействием с учителями и ровесниками.

Также функцией специалиста является содействие семьям в преодолении школьных трудностей, возникающих у их детей, с учетом личностной диагностики и анализа сложности обучения. Кроме того, ведется работа с учителями, психологическая и педагогическая некомпетентность которых, отсутствие в результате перегруженности внимания к ученикам, негативные личностные качества являются иногда причиной школьных проблем учеников.

Другая важная часть работы — взаимодействие с семьей «трудного» ребенка, выявление причин его проблем, оказание помощи его близким. Возможно, взрослые члены семьи не обладают нужной компетентностью, чтобы заметить и оценить негативную ситуацию, в которой оказался их ребенок, не знают, как вести себя в такой ситуации, чем помочь ребенку.

Кроме того, семьи очень слабо информированы о своих правах во взаимоотношениях с образовательной системой, об источниках социальных ресурсов, которые способны оказать им содействие. В перечень должностных обязанностей социального работника входит поддержка детей, исключенных из школы; беседы и консультирование родителей при переводе ребенка на другое место учебы; защита прав детей, являющихся представителями национальных меньшинств, беженцами или переселенцами; выявление детей, которые незаконно работают во время учебы; поддержка детей, получающих образование вне школы; выявление случаев жестокого обращения с детьми.

Социально-медицинские функции *в общеобразовательных школах* сводится преимущественно к следующему:

- санитарно-просветительской работе;
- профилактической деятельности;
- психокоррекции;

- выявлению детей для психиатрического освидетельствования и определения форм обучения в психолого-медико-педагогической консультации.

Приоритетным направлением в работе центров социального обслуживания населения являются оказание социально-психологической, реабилитационной и правовой помощи детям и семьям, находящимся в кризисной ситуации. Особенно велика роль социальной работы в специализированных школах-интернатах. В этих заведениях проходят обучение и социализацию дети-инвалиды. В каждом таком учреждении совместно трудятся:

- педагоги-дефектологи;
- врачи;
- психологи;
- социальные работники.

Роль социальной работы в специализированных школах-интернатах

Направление детей в такие школы осуществляется комиссионно специалистами психолого-медико-педагогических центров. Существует девять **видов специализированных школ**:

- I вид — школы для глухих детей;
- II вид — школы для слабослышащих детей;
- III вид — школы для слепых детей;
- IV вид — школы для слабовидящих детей;
- V вид — школы для детей с речевыми расстройствами;
- VI вид — школы для детей с отклонениями в опорно-двигательном аппарате;
- VII вид — школы для детей с задержкой психического развития;
- VIII вид — школы для умственно-отсталых детей (олигофренов);
- IX вид — школы для обучения детей с тяжелой умственной отсталостью.

К сожалению, с каждым годом увеличивается число умственно отсталых детей.

Коллективы специализированных школ работают по пяти направлениям:

- **диагностико-прогностическому** — изучение медико-психологических возрастных личностных особенностей, способностей, интересов, отношения к школе, учебе, поведения, круга общения и выявление позитивных и негативных влияний в структуре личности ребенка;

- **коррекционно-образовательному и социокультурному** — обеспечение помощью в тех случаях, когда социальные, национальные, культурные и другие барьеры мешают учащемуся реализовать свои потенциальные возможности;

- **функционально-организационному** — помощь в овладении знаниями о жизни, определение (трудовое, на инвалидность, на дальнейшую учебу в лицей) после окончания школы;

- **профилактическому** — это умение предотвращать и улаживать конфликтные ситуации и социальную изолированность;

- **правовому** — правовое просвещение и представление интересов учащихся в судебных инстанциях.

Состояние здоровья детей и подростков

Состояние здоровья детей и подростков — индикатор состояния общества в целом. Ежегодный рост детской заболеваемости начался с середины 90-х годов прошлого века. С 2004 по 2008 год регистрировалась стабилизация показателя общей заболеваемости детского населения. В последние годы изменилась структура общей детской заболеваемости. Причем причины произошедшей динамики социально обоснованы. На второе место после болезней органов дыхания вышли болезни глаза. На третьем месте — болезни органов пищеварения, на четвертое место поднялись внешние причины (травмы и отравления).

Травмы и отравления, составляя третью часть в структуре, лидируют в детской смертности 0–17 лет. Они составляют 50% в структуре смертности детей в возрасте 1–4 года, находятся на четвертом месте среди причин смерти детей первого года жизни.

Признание детского травматизма общественной проблемой и обоснованное ее решение путем определенных межведомственных мер имеет свои результаты: в 2008 г. остановлен рост травматизма, в 2009 г. зарегистрировано снижение на 3% травм и отравлений у детей.

В 2009 г. охват диспансеризацией детского населения составил 99,9%. По итогам профилактических осмотров, в 2009 г. распределение детского населения 0–17 лет по группам здоровья сохранилось на уровне 2008 г.: I группу здоровья имеют 15,2% детей; II группу здоровья — 58,1%; III группу здоровья — 13,8%; IV группу здоровья — 1,4%.

По итогам 2009 года, в республике 25 495 детей-инвалидов, их число сократилось за год на 599 человек. Детская инвалидность 0–17 лет в 2009 г. снизилась на 2,1% и составила 140 на 10 тыс. детского населения (в 2008 г. — 143). Показатель первичной инвалидности детского населения

до 18 лет практически не изменился — 15,89 на 10 тыс. детского населения в 2008 г. и 15,92 в 2009 г.

Однако удельный вес детей школьного возраста с хроническими заболеваниями и инвалидов относительно выше: III группу здоровья имеют 16,7% школьников, IV группу здоровья — 1,7%. В возрастной группе 15–17 лет доля детей с III группой здоровья еще выше — 19,9%, IV группу здоровья имели 1,7%.

Здоровье детей школьного возраста продолжило ухудшаться: среди детей-подростков (возрастная группа 15–17 лет) зарегистрирован ежегодный рост заболеваемости на 3–5%, доля подростков с хроническими заболеваниями ежегодно возрастала на 0,5–1%.

Сегодня появились специфические проблемы подросткового возраста как последствия рискованного поведения. Стабильными сохраняются уровень психических расстройств, употребления алкоголя, табако- и наркозависимость, нарушения репродуктивного здоровья, инфекции, передающиеся половым путем.

Наметилась некоторая положительная динамика: на диспансерном учете у наркологов с хроническим алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией состоят 145 детей, что на 8,8% меньше, чем в 2008 г.

Важным социальным фактором является то, что среди подростков остается слабой мотивация к ведению здорового образа жизни, созданию здоровой семьи. Актуальна проблема насилия над детьми — в семье, в среде сверстников, в обществе.

Очевидно, что наиболее острые проблемы, которые непосредственно отражаются на состоянии здоровья детской популяции, являются в большей мере социальными, чем медицинскими, и требуют повышенного внимания государства. Охрана здоровья детей и подростков — приоритетное направление здравосозидательной политики государства.

Не теряет своей остроты актуальность профилактической работы педиатрической службы. На базе организаций здравоохранения работают школы здоровья для беременных женщин, клубы молодой семьи для молодоженов с видеолекториями, видеолектории для старшеклассников, учащихся средних и высших учебных заведений, телефон доверия с индивидуальным консультированием специалистами.

Развивается служба раннего вмешательства, целью которой являются раннее выявление и коррекция нарушений в состоянии здоровья ребенка. В республике функционируют 38 центров раннего вмешательства.

Специализированная медицинская помощь детям

Одно из ведущих направлений — это высокотехнологичная специализированная помощь. Совершенствование медицинских технологий неразрывно связано с предотвращением детской инвалидности. Развитие офтальмологической помощи, в том числе внедрение ранней диагностики и оперативного лечения ретинопатии недоношенных новорожденных методом лазеркоагуляции, способствовало снижению инвалидизации детей — показатель первичной инвалидности детей 0-5 лет от болезней глаза за 3 года снизился на 61,3%.

В республике с целью раннего выявления снижения слуха у детей внедрены в практическую деятельность инструментальные методы исследования слуха у новорожденных (отоакустическая эмиссия и коротковолновые слуховые вызванные потенциалы), а также современные методы лечения, протезирования и реабилитации детей с тяжелой потерей слуха.

Достижением отечественной детской кардиохирургии является ранняя успешная коррекция врожденных пороков сердца. В Центре детской кардиохирургии ежегодно выполняется около 1000 хирургических вмешательств, до 50% из них — в условиях искусственного кровообращения. В 2009 г. 310 операций проведено детям первого года жизни, в том числе 139 операций у новорожденных. Внедрен метод ранней коррекции врожденных пороков сердца в первые дни после рождения ребенка с выездом кардиохирургической бригады на место. В 2009 году кардиохирургической бригадой выполнены 11 операций в других стационарах Республики Беларусь.

В республиканском центре детской нефрологии и гемодиализа, функционирующем на базе УЗ "2-я городская детская больница", за 3 года количество проведенных сеансов гемодиализа возросло на 19%. Расширяется лечение методом хронического перитонеального диализа. С острой почечной недостаточностью пролечено 33 ребенка, при этом летальность в центре отсутствует. В 2009 г. в республике выполнено 8 трансплантаций почек детям.

В Республиканском научно-практическом центре детской онкологии и гематологии в 2009 г. выполнено 78 высокотехнологичных операций, из них 51 по трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (21 аллогенных и 30 аутологичных) и 4 трансплантации мезенхимальных стволовых клеток.

Все дорогостоящие высокотехнологичные виды диагностики и лечения детям республики производятся бесплатно.

Все медицинские услуги, предоставляемые населению, должны учитывать и быть ориентированы, в первую очередь, на нужды молодежи. В

Европейской стратегии ВОЗ "Здоровье и развитие детей и подростков" межсекторальный стратегический подход с основным упором на достижение конкретных результатов в отношении здоровья занимает центральное место. В Президентскую программу "Дети Беларуси" на 2011–2015 годы по инициативе Министерства здравоохранения включена подпрограмма "Здоровое детство".

Улучшение показателей детского здоровья должно рассматриваться как проблема всего общества. Развитие межведомственного взаимодействия является неременным условием эффективности работы по улучшению качества жизни и охране здоровья детей.

Особенности социальной работы с «трудными подростками»

Для работы специалиста социальной работы с детьми делинквентного поведения, а тем более с детьми криминального поведения, необходимо знать основные нормы Уголовного кодекса Республики Беларусь, для того чтобы предупредить, а в некоторых случаях защитить несовершеннолетних от случайных проступков и правонарушений. Основным разделом, содержащим нормы, связанные с несовершеннолетними, является раздел V «Уголовная ответственность несовершеннолетних».

Особо важным в Трудовом Кодексе Республики Беларусь для социального работника является глава XII «Труд молодежи», но не только, в других статьях кодекса тоже есть ограничения использования детского труда, а также основные гарантии несовершеннолетним работникам.

В Территориальных центрах социального обслуживания населения работают отделения социальной реабилитации детей и подростков, обеспечивающие: организацию поэтапного выполнения индивидуальных программ социальной реабилитации несовершеннолетних, оказавшихся в неблагоприятных семейных условиях, склонных к асоциальным поступкам и противоправному поведению;

социальной помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей;

восстановление нарушенных связей со школой и развитие навыков общения со взрослыми и сверстниками на основе норм нравственности;

профилактику отклонений в поведении;

восстановление утраченных контактов с семьей, внутри семьи;

оказание содействия подросткам в получении работы, соответствующей их возможностям, интересам, потребностям, а также в профессиональной ориентации и получении профессии;

вовлечение детей в разнообразные виды деятельности в центре и за его пределами;

социальный патронаж семей, в которых проживают опекаемые дети, до достижения ими совершеннолетия.

Большие и трудные задачи возникают при проведении систематической работы с детьми и подростками по борьбе с вредными привычками. В задачу специалиста по социальной работе входят и медико-валеологические и экологические аспекты работы. Его обязанность — разъяснить экологическую ситуацию, вести просветительскую работу с населением, помочь родителям наметить профилактические меры, способствующие сохранению здоровья детей. Эту работу проводит совместно с медицинскими работниками. Эти группы молодежи — основные «поставщики» лиц, склонных к психической дезадаптации, неспособных достичь успеха в основной (учебной или трудовой) деятельности и самоутверждающихся в других сферах, потенциально склонных к алкоголизации, употреблению психотропных и наркотических веществ. Однако тактика педагогов, психологов и медиков должна быть активной и наступательной. Необходимо искать новые пути достижения оптимального уровня нерво-психических функций, развития способностей психической само регуляции. В настоящее время уже существуют методики, направленные на развитие устойчивости внимания, умения переключать внимание, совершенствование точности и скорости реакций, стимулирование фантазии и воображения, а также различные упражнения для тренировки памяти, развития волевых качеств и др. заслуживают самого широкого распространения методы аутогенной тренировки и социально-психологического тренинга. Учитывая, что значительную часть своей жизни молодой человек вовлечен в учебный процесс, курсы психогигиены целесообразно вести в образовательных учреждениях всех уровней. Каждый выпускник должен свободно владеть основными психогигиеническими навыками. Психическое здоровье — необходимое условие здорового образа жизни и естественная преграда для возникновения вредных привычек.

Основные задачи и принципы деятельности в системе профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних

Основными задачами деятельности в системе профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних являются:

— предупреждение безнадзорности, беспризорности, правонарушений и антиобщественных действий несовершеннолетних, выявление и устранение причин и условий, способствующих этому;

— обеспечение защиты прав и законных интересов несовершеннолетних;

— социально-педагогическая реабилитация несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении;

— выявление и пресечение случаев вовлечения несовершеннолетних в совершение преступлений и антиобщественных действий.

Принципы — законности, демократизма, гуманного обращения с несовершеннолетними, поддержки семьи и взаимодействия с ней, индивидуального подхода к исправлению несовершеннолетних с соблюдением конфиденциальности полученной информации, государственной поддержки деятельности органов местного самоуправления и общественных объединений по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, обеспечения ответственности должностных лиц и граждан за нарушение прав и законных интересов несовершеннолетних.

В деятельности специалиста социальной работы необходимо знание и умение практически всего, что связано с детьми, но также важна и семья, так как ребенок живет непосредственно в ней, следовательно, значит для специалиста социальной работы это тоже важный элемент его деятельности. На сегодня в Республике Беларусь действуют законы, которые направлены на поддержку семьи и семейного бюджета. Один из них — это закон «О дополнительных пособиях семьям, воспитывающим детей». Этот закон устанавливает единую систему государственных пособий гражданам, имеющим детей, в связи с их рождением и воспитанием, которая обеспечивает гарантированную государством материальную поддержку материнства, отцовства и детства.

Формы профилактической работы с подростками

Новые формы профилактической работы с подростками имеют в своей основе оказание действенной психологической и медицинской помощи, в том числе в кризисных ситуациях. В Республике Беларусь функционируют Центры дружественных подросткам, результатом работы которых явилось снижение заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и числа аборт у подростков. Органами управления здравоохранения Республики Беларусь совместно с Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) и ЮНФПА проведена большая работа по развитию принципиально новых услуг для подростков и молодежи в области репродуктивного, сексуального и психического здоровья, созданию и организации работы центров, дружественных подросткам, и центров здоровья подростков (молодежи).

Девять центров были открыты при поддержке ЮНИСЕФ:
8-я детская поликлиника "Центр, дружественный подросткам, "Доверие";
6-я поликлиника "Центр, дружественный подросткам, "Юник";

23-я детская поликлиника "Центр, дружественный подросткам, "Успех";
13-я детская поликлиника "Центр, дружественный подросткам, "Галс";
11-я детская поликлиника "Центр, дружественный подросткам, "Весте";
центр, дружественный подросткам, г. Светлогорск;
17-я детская поликлиника "Центр, дружественный подросткам, "Ювентус";
детская поликлиника г. Пинск "Центр, дружественный подросткам, "Надежда";
4-я детская поликлиника "Центр, дружественный подросткам, "Синяя птица".

Пять центров здоровья подростков (молодежи) (далее - ЦЗМ) были открыты при поддержке ЮНФПА:

ЦЗМ "Контакт" - Гродненская городская детская поликлиника №3;
ЦЗМ "Диалог" - УЗ "Могилёвский областной диагностический центр";
ГУ "Солигорское районное территориальное медицинское объединение";
филиал №3 детской центральной поликлиники г. Гомеля;
детская поликлиника №2, ГУЗ "ВГЦКБ".

Центры интегрированы в состав государственных организаций здравоохранения, работают в соответствии с утвержденными положениями, приказами и должностными инструкциями.

Во всех Центрах имеются информационные материалы (брошюры, буклеты и др.), научно-популярная и методическая литература по актуальным вопросам соматического и репродуктивного здоровья подростков, психологии подросткового возраста. В каждом Центре работает видеолекторий.

Сотрудники Центров имеют хорошую профессиональную подготовку по основной специальности, кроме того, работники хорошо осознают необходимость строгого соблюдения международных принципов работы центров, дружественных подросткам.

Персонал Центров был обучен консультированию подростков на семинарах "Навыки консультирования подростков по актуальным вопросам здоровья", на международных учебных семинарах и конференциях по проблемам сохранения репродуктивного и сексуального здоровья. Полученные навыки интегрированы в учебные занятия и официальные учебные программы государственного учреждения "Белорусская медицинская академия последипломного образования".

Среди несомненных положительных аспектов следует отметить территориальную и финансовую доступность помощи, соблюдение специалистами центров принципов конфиденциальности, приватности, широкий спектр предоставляемых информационных, консультативных и про-

светительских услуг для подростков и молодых людей, достаточно высокий уровень удовлетворенности подростков посещением молодежных центров.

По данным Центров, консультации подростков распределились по блокам проблем следующим образом: соматическое здоровье, профессиональная ориентация, репродуктивное здоровье (физиология, патология, психосоциальные проблемы (психологические, социальные), здоровый образ жизни, зависимости. Удельный вес повторных консультаций составил 21,2%, что является хорошим показателем, свидетельствующим о востребованности Центров и доверии со стороны подростков.

В Центрах активно работают образовательные лектории, развивается волонтерское движение. Важнейшее направление деятельности – проведение анкетирования подростков с целью изучения потребности молодежи в информационных услугах, уровня знаний подростков собственной физиологии и вопросов полового воспитания, имеющихся и используемых молодежью навыков здорового образа жизни и правильного репродуктивного поведения.

Таким образом, функционирующие Центры востребованы подростками и являются в умелых руках своеобразным рычагом для направления подростковой энергии на формирование потребности в здоровом образе жизни.

Социальная работа в системе профессионального образования

Социальная работа в системе начального и среднего профессионального образования должна учитывать следующие особенности: возраст (как правило, это молодые люди в возрасте 15–19 лет); интересы и ценности; стремление к самостоятельности. Оказание адресной социальной помощи учащимся спецшкол, ПТУ, техникумов, колледжей осуществляется по следующим параметрам: составление социального паспорта на каждого учащегося, изучение житейских проблем подростков, ориентация в ситуации на рынке труда, налаженная система профессионального взаимодействия со специалистами ряда социальных сфер. Работа специалиста по социальной работе тесно связана с деятельностью социально-психологических центров, основанных в вузах. Центр поддерживает связи с другими учебными заведениями, предприятиями и социальными организациями, оказывает помощь студентам в поиске работы.

Студентам (особенно первокурсникам), проживающим в общежитиях, предполагается поддержка со стороны сформированной социальным работником группы студентов старшекурсников. В вузах обучаются также молодые люди с ограниченными физическими возможностями,

дети-сироты, дети из многодетных семей, студенты, имеющие детей, и многие другие категории социально не защищенной молодежи. Здесь специалист может оказать помощь студенту, информируя его о том, куда, к кому, как можно обратиться, чтобы улучшить свое положение.

Еще одна группа студентов, заслуживающих внимание специалиста по социальной работе, — это студенты, имеющие успехи в учебе, но не имеющие средств для ее продолжения и в связи с этим перешедшие на заочное обучение. Они нуждаются в поддержке социального работника и в той помощи, которую он может оказать в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь.

Функции социальной работы в образовании:

а) воспитательная (предполагает включение ребенка (подростка) в окружающую среду, процесс его социализации, его адаптацию в процессе обучения и воспитания);

б) социально-правовая (забота государства о детях, их правовая защита);

в) социально-реабилитационная (воспитательная и образовательная работа с детьми-инвалидами, физически и психически неполноценными, где основные социальные функции выполняет педагог, которому необходимы знания возрастных особенностей своих воспитанников).

Надо научиться разрешать конфликты между людьми, личностью и обществом, опираясь на нравственные и правовые нормы общественных отношений, окружающей среды ребенка. Специалист по социальной работе осуществляет психолого-педагогическую деятельность в социальной сфере с теми, у кого возникли проблемы. Они связаны с внешней стороной жизни индивида (бродяжничество, алкоголизм, инвалидность), и с внутренней (например, комплекс неполноценности, либо завышенная самооценка, лень, жестокость, агрессивность и т.п.).

Этапы профессионального функционирования специалиста по социальной работе:

- изучение условий жизни учащихся, составление социальных паспортов: школы (состав учителей, уровень их образования и квалификации, материальная база школы и др.);

- семей обучающихся (состав родителей, сфера их занятости, образовательный и социальный уровень и т.д.);

- формирование системы адресной социальной помощи нуждающимся в ней школьникам и координация усилий специалистов социальной сферы, причастных к решению проблем детей «группы риска»;

- выявление существующих форм взаимодействия школы и родителей, семьи и учреждений дополнительного образования, родителей и детей;

- разработка программы оптимизации взаимодействия школы и родителей по совершенствованию социальной поддержки учащихся.

Методы воспитания, применяемые специалистами в образовании: убеждение — формирование сознания личности способствует выработке гуманистических взглядов и личных убеждений, которыми руководствуется личность в своем поведении; формирование необходимых жизненных навыков, стимулирование деятельности и поведения индивида; поощрение и организация познавательной, практической деятельности и поведения.

Вопросы для самоконтроля:

1. Назовите нормативно-правовые акты, защищающие права детей. государственного значения о социальной защите населения.

2. Охарактеризуйте деятельность специалиста по социальной работе в учреждениях дошкольного образования.

3. Каковы функции специалиста в общеобразовательных и специализированных школах?

4. Опишите особенности социальной работы с «трудными подростками».

5. Сущность и этапы социальной работы в системе профессионального и высшего образования.

6. Каковы основные методы, применяемые специалистами в системе образования?

ЛЕКЦИЯ № 13 ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СПЕЦИАЛИСТА ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Вопросы:

ОСОБЕННОСТЬ, ЦЕЛЬ, ОБЪЕКТЫ, КОМПЕТЕНЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СОДЕРЖАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РОЛЬ И МЕСТО СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА В СЛУЖБЕ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ.

СОДЕРЖАНИЕ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ В МЕДИЦИНСКИХ СТАЦИОНАРАХ

ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Особенность, цель, объекты, компетенции социальной работы в учреждениях здравоохранения

Особенность социальной работы в учреждениях здравоохранения состоит в том, что она формируется на стыке двух самостоятельных отраслей — здравоохранения и социальной защиты населения. Ее **цель** — достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также неблагополучных в социальном плане. Любые услуги социальной защиты так или иначе защищают здоровье обездоленных лиц.

Объекты медико-социальной работы — различные контингенты лиц, имеющих выраженные медицинские и социальные проблемы (длительно и часто болеющие, социально дезадаптированные лица, инвалиды, одинокие престарелые, дети сироты, многодетные и социальные семьи, лица, пострадавшие от стихийных бедствий, больные СПИДом и др.)

Медико-социальная **помощь** — представляет собой комплекс проводимых на республиканском и областном уровнях интегрированных мероприятий. Это сфера деятельности, виды, направления и организационные формы которой зависят как от политики государства в области охраны здоровья, так и от современной концепции здоровья и теорий социальной защиты населения.

Медико-социальные **услуги** — это координационная работа, позволяющая охватить необеспеченных и оказавшихся вне общества лиц услугами, которые так или иначе связаны с защитой их здоровья. Эта форма социальной работы предусматривает посредничество между учреждениями здравоохранения и населением. Медико-социальные услуги должны быть несложными в организации, доступными для всех слоев населения и социально-гарантированными по объему и качеству.

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

В число **основных задач и профессиональных обязанностей** социального работника входит: оказывать помощь индивидам и группам, осознавать и устранять затруднения личного, социального, экологического и духовного характера, неблагоприятно влияющие на них; помогать людям справляться с этими затруднениями путем поддерживающего, реабилитирующего, защитного и коррекционного воздействия; защищать беспомощных в соответствии с законом; способствовать более широкому использованию каждым клиентом собственных возможностей

для социальной самозащиты; использовать все средства и источники для социальной защиты нуждающихся в этом людей и др.

В соответствии с Законом Республики Беларусь «О здравоохранении» при обращении за медицинской помощью и ее получении **пациент имеет право на:**

уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских работников и других лиц, участвующих в оказании медицинской помощи;

информацию об имени, фамилии, должности, квалификации его лечащего врача и других лиц, непосредственно участвующих в оказании ему медицинской помощи;

обследование, лечение и нахождение в организации здравоохранения в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим требованиям;

облегчение боли, связанной с заболеванием или медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;

перевод к другому лечащему врачу с разрешения руководителя организации здравоохранения (ее структурного подразделения);

отказ от оказания (прекращение) медицинской помощи, от госпитализации, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом;

обжалование поставленного диагноза, применяемых методов обследования и лечения, организации оказания медицинской помощи;

сохранение медицинскими работниками в тайне информации о факте его обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе, иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами;

получение в доступной для него по форме информации о состоянии своего здоровья, применяемых методах диагностики и лечения, а также на выбор лиц, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья.

При нахождении на стационарном лечении пациент имеет право на допуск к нему священнослужителя, а также на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, если это не нарушает правил внутреннего распорядка организации здравоохранения для пациентов, санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований. В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой к должностным организации здравоохранения и должностным лицам государственных органов и в суд.

Пациент обязан:

принимать меры к сохранению и укреплению своего здоровья;

уважительно относиться к медицинским работникам и лицам, участвующим в оказании медицинской помощи;

предоставлять информацию о состоянии своего здоровья, в том числе и о противопоказаниях к применению лекарственных средств, ранее перенесенных и наследственных заболеваниях;

выполнять медицинские предписания;

соблюдать правила внутреннего распорядка организации здравоохранения и бережно относиться к имуществу организации здравоохранения.

Лечащий врач, заведующим отделением, иные должностные лица организации представляют в доступной для пациента форме информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе, прогнозе, методах обследования и лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, об их последствиях, о результатах проведенного лечения и возможных осложнениях. Информация о состоянии здоровья пациента сообщается членам его семьи, если пациент не запретил сообщать им об этом или не назначил лица, которому должна быть передана такая информация. Информация должна сообщаться в форме соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии. Информация, содержащаяся в медицинской документации, представляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия пациента только по основаниям, предусмотренным законодательными актами.

Функции, выполняемые социальными работниками, разделены на три группы.

Медико-ориентированные функции:

- организация медицинской помощи и ухода за больными;
- оказание медико-социальной помощи семье;
- медико-социальный патронаж различных групп;
- оказание медико-социальной помощи хроническим больным;
- организация паллиативной помощи умирающим;
- предупреждение рецидивов основного заболевания, выхода на инвалидность, смертности (вторичная и третичная профилактика);
- санитарно-гигиеническое просвещение;
- информирование клиента о его правах на медико-социальную помощь и порядке ее оказания с учетом специфики проблем.

Социально-ориентированные функции:

- обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и оказания медико-социальной помощи;
- представление в органах власти интересов лиц, нуждающихся в медико-социальной помощи;

- содействие в предупреждении общественно опасных действий;
- оформление опеки и попечительства;
- участие в проведении социально-гигиенического мониторинга;
- участие в создании реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры для нуждающихся категорий населения;
- обеспечение доступа клиентов к информации по вопросам здоровья, состояния среды обитания, качества продовольственного сырья и продуктов питания;
- информирование клиентов о льготах, пособиях и других видах социальной защиты;
- содействие клиентам в решении социально-бытовых и жилищных проблем, получении пенсий, пособий и выплат;
- семейное консультирование и семейная психокоррекция;
- психотерапия, психическая саморегуляция;
- коммуникативный тренинг, тренинг социальных навыков и др.

Интегративные функции:

- комплексная оценка социального статуса клиента;
- содействие выполнению профилактических мероприятий социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья на индивидуальном, групповом и территориальном уровнях;
- формирование установок клиента, группы, населения на здоровый образ жизни;
- планирование семьи;
- проведение медико-социальной экспертизы;
- осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов;
- проведение социальной работы в психиатрии, наркологии, онкологии, гериатрии, хирургии и других областях клинической медицины;
- содействие предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и обеспечение социальной защиты инфицированных и членов их семей;
- социально-правовое консультирование;
- организация терапевтических сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического, социально-правового характера;
- участие в разработке комплексных программ медико-социальной помощи нуждающимся группам населения на разных уровнях;
- обеспечение преемственности при взаимодействии специалистов смежных профессий в решении проблем клиентов.

Таким образом, специалист способен решать следующие **профессиональные задачи**: управление процессом социальной помощи в ее госу-

дарственных и негосударственных формах; регулирование отношений и взаимодействий в социальной среде на уровне структурной социальной работы; определение и использование оптимальных форм в процессе социальной помощи и защиты населения; организация социальной поддержки различным категориям нуждающихся (группа, общность); защита индивида в трудной жизненной ситуации; проведение научно-практических исследований.

Содержание социальной работы в амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения

Выделяют следующие **виды медико-социальной помощи**:

- первичную;
- скорую медико-социальную помощь;
- специализированную медико-социальную помощь;
- медико-социальную помощь гражданам, страдающим социально-значимыми заболеваниями;
- медико-социальную помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

Рассмотрим деятельность специалистов по социальной работе при оказании этих видов медико-социальной помощи. Первичная медико-социальная помощь осуществляется в **амбулаторно-поликлинических учреждениях, которые** предназначены для оказания помощи проходящим больным, а также больным в домашних условиях. **Поликлиника** (от греч. polis — город и klinike — врачевание) — многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, задачами которого являются:

- оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи населению в поликлинике и на дому;
- организация и проведение диспансеризации населения;
- организация и проведение профилактических мероприятий среди населения с целью снижения заболеваемости, инвалидности, смертности;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- организация и проведение работы по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, пропаганда здорового образа жизни.

Диспансеризация является основным средством профилактики в отечественной системе здравоохранения. Диспансеризация – это активное, динамическое наблюдение за состоянием здоровья определенных контингентов населения (здоровых и больных), взятие групп населения на учет с целью раннего выявления заболеваний, периодического наблюдения и комплексного лечения заболевших, оздоровления труда и быта,

для предупреждения развития болезни, восстановления трудоспособности и продления периода активной жизнедеятельности.

Экспертиза временной нетрудоспособности граждан – вид медицинской экспертизы, основной целью которой является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности. Документами, удостоверяющими временную нетрудоспособность и подтверждающими временное освобождение от работы (учебы), является листок нетрудоспособности и, в отдельных случаях, справки установленной формы. По предъявлению листка нетрудоспособности, в соответствии с действующим законодательством, назначается и выплачивается пособие по временной нетрудоспособности, беременности и родам. Листки нетрудоспособности выдаются лечащим врачом при предъявлении документа, удостоверяющего личность пациента.

Обеспеченность населения амбулаторно-поликлинической помощью оценивается по количеству посещений врачей (включая зубных) на 1 жителя в год. В 2009 г. каждый житель посетил врачей в среднем 13,2 раза (в 2008 г. — 12,9). **Амбулаторно-поликлиническая помощь** населению Беларуси оказывается в 1444 организациях здравоохранения. Из числа амбулаторно-поликлинических организаций Министерства здравоохранения медицинская помощь населению осуществляется в 796 самостоятельных (необъединенных) поликлиниках и амбулаториях, 450 поликлинических отделениях больниц и роддомов, 40 врачебных здравпунктах, 67 стоматологических поликлиниках и 91 диспансере. Медицинская помощь городскому населению проводится в 173 самостоятельных поликлиниках и 243 поликлинических отделениях в составе больниц и роддомов. В сельской местности насчитывается 623 врачебных амбулатории и 207 поликлинических отделений участковых больниц.

Число посещений амбулаторно-поликлинических организаций и посещений на дому в 2009 г. было установлено в объеме 11 700 на 1000 жителей. Число посещений амбулаторно-поликлинических организаций с учетом посещений на дому в целом по республике в 2009 г. составило 11 850 на 1000 жителей (101,3% к годовому плану). Амбулаторно-поликлиническая помощь в республике в целом, оказываемая регионами без учета организаций республиканского подчинения, по своей структуре распределилась следующим образом: 8,12% — посещение пациентов на дому, 27,48% — первичные посещения, 40,88% — повторные и 23,53% — профилактические.

Сокращение числа проведенных койко-дней и уровня госпитализации отмечалось до 2005 г. С 2006 по 2009 гг. наблюдается их ежегодный рост. Нельзя однозначно утверждать, что данная тенденция характеризует повышение заболеваемости населения республики и снижение качества медицинского обслуживания. Основными показателями, характеризующими использование коечного фонда, являются среднегодовая занятость койки и средняя длительность пребывания больного на койке. В 2009 г. среднее число дней функционирования койки по всем организациям Республики Беларусь составило 324,3 дня (2008 г. — 314,7). В 1990 г. этот показатель составлял 296,7 дня, в 1994 г. — 313,6, а максимальный уровень наблюдался в 1998 г. — 341,3. В 2009 г. наиболее высокий уровень занятости койки регистрировался в ЛПО г. Минска и Гомельской области: 337,0 и 334,2 дня соответственно (2008 г. — 332,2 и 326,2). Низкий уровень в Гродненской — 320,7 дня (2008 г. — 299,9) и Минской — 323,5 дня (2007 г. — 288,8) областях.

С каждым годом в нашей стране увеличивается количество социально-неблагополучных семей и инвалидов. Это связано с ухудшением социальной обстановки в стране: высоким уровнем алкоголизма, токсикомании и наркомании, ростом количества неполных семей, безработицей и т.д. Это послужило причиной создания службы медико-социальной помощи при поликлиниках. В медико-социальных отделениях (кабинетах) вводятся ставки: • социального работника; • психолога; • подросткового педиатра.

Функции кабинетов социальной работы поликлиник:

- медико-социальный патронаж различных групп населения;
- санитарно-гигиеническое просвещение;
- информирование клиента о его правах на медико-социальную помощь и порядке ее оказания с учетом специфики проблем;
- организация летнего досуга детей в оздоровительных лагерях;
- представление в органах власти интересов лиц, нуждающихся в медико-социальной помощи;
- участие в проведении социально-гигиенического мониторинга и др.

В настоящее время в республике продолжается активная работа по реформированию системы здравоохранения. Одним из направлений является реструктуризация ЛПО и смещение приоритетов в сторону первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Усиление амбулаторно-поликлинического звена происходит за счет внедрения новых технологий, применявшихся ранее только в стационарах, развития перспективных догоспитальных форм медицинской помощи — дневных стационаров и стационаров на дому, а также перераспределения ресурсов и функ-

ций между амбулаторно-поликлинической и стационарной помощью в пользу первой.

**Роль и место социального работника
в службе планирования семьи**

Охрана репродуктивного здоровья — это система мер, обеспечивающая появление здорового потомства, профилактику и лечение репродуктивных органов, защиту от болезней, передаваемых половым путем, планирование семьи, предупреждение материнской и младенческой смертности. В структуре населения республики на начало 2008 г., как и в предыдущие три года, сохраняется неизменное соотношение мужчин и женщин: на долю мужчин приходилось 46,7%, на долю женщин — 53,3%. Городское мужское население составило 46,5%, женское — 53,4%; сельское мужское — 47%, женское — 53%. По итогам переписи 2009 г. учтено 4 млн. 423 тыс. мужчин и 5 млн. 66 тыс. женщин. Численность женщин превышает численность мужчин как в составе городского населения, так и сельского. (См. таблицу 5, диаграмму 3).

**Динамика численности городского и сельского населения
Республики Беларусь**

Таблица 5

| | Городское население, тыс. человек | | Сельское население, тыс. человек | | Доля в общей численности населения, % | | | |
|---------------------|--------------------------------------|---------|-------------------------------------|---------|---------------------------------------|---------|----------|---------|
| | | | | | городское | | сельское | |
| | 1999 г. | 2009 г. | 1999 г. | 2009 г. | 1999 г. | 2009 г. | 1999 г. | 2009 г. |
| Республика Беларусь | 6 961 | 7 052 | 3 084 | 2 437 | 69 | 74 | 31 | 26 |
| Области: | | | | | | | | |
| Брестская | 902 | 919 | 583 | 482 | 61 | 66 | 39 | 34 |
| Витебская | 923 | 897 | 454 | 334 | 67 | 73 | 33 | 27 |
| Гомельская | 1 054 | 1 050 | 491 | 390 | 68 | 73 | 32 | 27 |
| Гродненская | 741 | 740 | 444 | 332 | 63 | 69 | 37 | 31 |
| г. Минск | 1 680 | 1 828 | - | - | 100 | 100 | - | - |
| Минская | 808 | 788 | 751 | 634 | 52 | 55 | 48 | 45 |
| Могилевская | 853 | 830 | 361 | 265 | 70 | 76 | 30 | 24 |



Диаграмма 3 Численность мужчин и женщин Республики Беларусь (тысяч человек)

По сравнению с 1999 годом численность мужчин сократилась на 6,2%, а женщин — на 4,9%. По предварительным данным на 14 октября 2009 г. на 1000 мужчин приходилось 1145 женщин. В 1999 году этот показатель составлял 1129.

В период с 1990 по 2005 год показатель брачности (число браков на 1000 населения) в республике сократился с 9,7 до 7,5, число разводов — с 3,4 до 3,0. С 2005 по 2007 г. число регистрируемых браков выросло с 7,5 до 9,3 на 1000 населения, или на 24%. В 2007 г. показатель брачности составлял в городах 10,6, на селе — 6,0. С 2005 г. отмечается рост разводов (на 19,3%), причем по состоянию на 2007 г. в сельской местности показатель разводимости 1,9, в городах — 4,4 на 1000 населения; в абсолютных цифрах число разводов на селе составило 4831, в городах 31315 (в 6,5 раз больше). Число детей, рожденных вне брака, в республике не сокращается: в 2007 г. — 21925 чел. (увеличение за год — 13 чел., за 2006 г. — 123 ребенка). Из общей численности рожденных в 2007 г. доля детей, рожденных вне брака, в городах составила 21,2% (в 2006 г. — 22,7%, в 1990 г. — 8,5%). В 2007 г. 62,7% общей численности внебрачных детей рождены в городской местности, 37,3% — в сельской (в 2006 г. — 62,4% в городских поселениях и 37,6% на селе).

В возрастных группах до 30 лет структура населения имела существенные половозрастные различия: на начало 1998 г. численность женщин в возрасте 0–29 лет составила 2 079 075 человек, или 38,8% общей численности женского населения. На начало 2008 г. число женщин этого возраста сократилось на 257 556 и составило 1 821 519 человек, или 35,2% общей численности женщин республики. В общей численности лиц женского пола на начало 2008 г. доля женского населения в возрасте 0–14 лет (13,3%) сократилась на 0,5% по сравнению с началом 2007 г.; по

республике на начало 2008 г. численность мужского населения превышала численность женского в возрастных группах до 30 лет на 86765 человек, в городах — на 45729, в сельской местности — на 41036.

Помощь женскому населению оказывается в 107 женских консультациях и 225 акушерско-гинекологических кабинетах (отделениях). В стране работают 13 консультаций «Брак и семья» и 7 медико-генетических консультаций. В 2008 году создан Минский городской центр планирования семьи, где проводится полный цикл обследования и лечения супружеских пар с бесплодием и невынашиванием беременности (за исключением ЭКО) с использованием современных методов диагностики и лечения.

В июле 2010 года на базе городских детских поликлиник открыты три центра раннего вмешательства. Всего в городе Минске действует 4 таких центра, что позволяет с периода новорожденности выявлять отклонения в психическом и физическом развитии детей и начинать их раннюю реабилитацию. В Республике Беларусь проводится реорганизация акушерско-гинекологической службы. На базе действующих крупных областных родильных домов и районных больниц функционируют перинатальные центры (7 — третьего уровня, и 14 — второго уровня) для оказания специализированной помощи женщинам с тяжелой акушерской и соматической патологией, в которых созданы условия для выхаживания недоношенных детей.

В Республиканском научно-практическом центре «Мать и дитя», который в настоящее время является головным учреждением республики в области акушерства и гинекологии, неонатологии, педиатрии и медицинской генетики, оказывается медицинская помощь женщинам с наиболее тяжелой акушерско-гинекологической и экстрагенитальной патологией, интенсивная терапия и выхаживание новорожденных, в том числе недоношенных и глубоко недоношенных детей из всех регионов республики, диагностика наследственных и врожденных заболеваний, внедрены методы малоинвазивной хирургии, лазеро-и криохирургии, экстракорпоральное оплодотворение и другие высокие медицинские технологии. В учреждениях здравоохранения республики развернуто 5436 акушерских и 4702 гинекологических койки. Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается в более чем 104 женских консультациях, 218 гинекологических кабинетах, 2524 ФАПах и врачебных амбулаториях, 14 консультациях «Брак и семья», 6 медико-генетических центрах.

На основании постановления Совета Министров Республики Беларусь от 23 декабря 2005 года №1525 «Об утверждении государственной программы реализации в 2006–2007 годах основных

направлений совершенствования деятельности организаций здравоохранения, определенных концепцией развития здравоохранения республики Беларусь на 2003–2007 годы» Министерством здравоохранения реализуется программа реконструкции и переоснащения 19-ти родильных домов (отделений) на 2006–2007 годы, что существенно повлияет на доступность, качество специализированной высококвалифицированной медицинской помощи беременным женщинам, в том числе с осложненным течением беременности, родов, а также новорожденным.

Родильные дома работают по системе совместного пребывания матери и ребенка, широко поддерживаются принципы грудного вскармливания. Всё чаще в охране репродуктивного здоровья учитывается гендерный аспект — от совместной подготовке будущих мам и пап к родам до партнерства в родах.

Одним из важных аспектов в охране здоровья женщины и ребенка является своевременное обращение беременных к акушерам-гинекологам.

В республике введено поощрительное пособие для беременных женщин, ставших на учет в женскую консультацию до 12 недель беременности и выполняющих в полном объеме рекомендации врачей. В результате значительно увеличивается удельный вес женщин, ставших на учет в ранние сроки беременности.

Во всех женских консультациях проводится ультразвуковая дородовая диагностика врожденных пороков плода. Это позволяет выявлять патологию, проводить профилактику осложнений состояния плода.

Медико-генетической службой республики ежегодно осуществляется 35–40 тысяч медико-генетических консультаций, проводятся ультразвуковые исследования около 90 тысяч беременных, до 200 тысяч биохимических и молекулярных исследований, свыше 3 тысяч исследований хромосом у детей и 3–3,5 тысячи инвазивных процедур для определения хромосомной патологии у плодов во время беременности. Такой объем высокотехнологичных исследований позволяет ежегодно в течение беременности установить диагноз наследственной патологии плода у 600–700 женщин. В случаях невозможности дальнейшего лечения патологии такая беременность с согласия женщины прерывается. Такая тактика сдерживает частоту рождения детей с наследственной и врожденной патологией, на 10–15% снижает детскую инвалидность.

Актуальным является вопрос предупреждения нежелательной беременности и сохранения каждой возможной (зачатой) жизни. **Планирование семьи**, по определению ВОЗ, — это «те виды деятельности, которые имеют целью помочь отдельным лицам или супружеским парам достичь определенных результатов:

- избежать нежелательной беременности;
- произвести на свет желанных детей;
- регулировать интервалы между беременностями;
- контролировать выбор времени деторождения в зависимости от возраста родителей;
- определять число детей в семье».

В большинстве развитых стран произошла так называемая контрацептивная революция, благодаря которой главным методом планирования семьи стало предупреждение беременности с помощью различных противозачаточных средств. С 1990 г. число аборт в Беларуси снизилось с 247,0 тыс. до 42,2 тыс. в 2008 г. и стало меньше числа родов. Однако уровень производимых аборт по-прежнему остается очень высоким. В 2008 г. число родов на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет составило 41,4 (2003 г. — 39,6), а число аборт на 1000 женщин фертильного возраста — 16,3 (2003 г. — 17,9).

Кроме негативного влияния аборт на организм, в настоящее время наблюдается тенденция увеличения роста болезней передаваемых половым путем; увеличивается число бесплодных семей. В 2009 г. в республике зарегистрировано 1709 (2008 г. — 1841) больных сифилисом всех форм с впервые в жизни установленным диагнозом. Всего больных гонореей с впервые в жизни установленным диагнозом было зарегистрировано 4170 (2008 г. — 4869). В 2009 г. заболеваемость сифилисом составила 18,0 на 100 тыс. населения (2008 г. — 19,0), заболеваемость гонореей — 44,0 на 100 тыс. населения (2008 г. — 50,3).

В Беларуси же до сих пор одним из главных методов планирования семьи остается прерывание беременности с помощью искусственного аборт. Это происходит по следующим причинам:

- аборт является традиционным методом профилактики незапланированной беременности в стране;
- наличие негативного отношения населения к современным средствам контрацепции;
- отсутствие эффективной системы полового воспитания и сексуального образования подростков;
- несовершенство информации населения в области планирования семьи.

Существуют **принципы планирования семьи:**

- обеспечение рождения желанного ребенка в наиболее оптимальном возрасте женщины и условиях жизни;
- использование контрацептивных средств;
- создание системы планирования семьи, обеспечивающей доступность и высокое качество контрацептивных средств и различных видов услуг;
- обеспечение системы профилактики бесплодия;
- осуществление охраны материнства и детства и др.

Контрацепция, в переводе с латинского языка, — предохранение от зачатия. Выделяют несколько видов контрацепции: механическая с использованием презервативов, которая является еще и средством предохранения от венерических заболеваний и ВИЧ; химическая, которая основана на подкислении среды влагалища с помощью специальных свечей, таблеток, кремов, которые оказывают губительное действие на сперматозоиды; физиологический метод, учитывающий фазы менструального цикла женщины; внутриматочная контрацепция с применением внутриматочных спиралей — инородных для организма тел, которые держат матку в тонусе и не дают прикрепиться к ней оплодотворенной яйцеклетке; гормональный метод, основанный на введении в организм женщины определенных половых гормонов, которые прекращают овуляцию на период приема таблеток, на три месяца при применении инъекции «Депопровера» или на пять лет, после вшивания капсул «Норплант», в эту же группу входит метод экстренной контрацепции, разработанный для женщин, подвергшихся изнасилованию, с помощью таблеток «Постинор»; прерванное половое сношение является одним из распространенных методов контрацепции, но он нарушает физиологию полового акта и отрицательно влияет на женский и мужской оргазм; хирургические методы стерилизации мужчин и женщин применяются не часто, что связано с невозможностью в большинстве случаев после операции восстановить репродуктивную функцию, если в ней возникнет необходимость. Планирование семьи следует рассматривать как один из важных путей сохранения здоровья населения. Поэтому чрезвычайную важность приобретают адекватные медико-социальные мероприятия, направленные на охрану репродуктивного здоровья, начиная с самого раннего детства.

Работа по планированию семьи может осуществляться:

- индивидуально;
- на уровне семьи;
- на уровне коллектива;

- путем реализации соответствующих программ.

В соответствии с реализацией таких программ в открыты центры планирования семьи и репродукции. Вопросы, которые они решают: целенаправленную информационную работу с различными категориями населения и специалистами для изменения отношения к планированию семьи и сексуальному воспитанию; работу с подростками и молодежью в организованных коллективах в форме бесед, распространения информационных материалов; индивидуальную работу с «трудными» подростками, неблагоприятными семьями, инвалидами с целью оказания помощи в вопросах планирования семьи и социально-психологической адаптации в семье и обществе; привлечение средств массовой информации для распространения и пропаганды идей планирования семьи.

Одним из основных направлений деятельности центров является работа по профилактике абортов. **Аборт** — это прерывание беременности в сроки до 28 недель. Аборты бывают:

- естественные, называемые выкидышами;
- криминальные, проводимые вне стен медицинского учреждения и дающие наибольшее число серьезных осложнений;
- медицинские — искусственное прерывание беременности на разных сроках:

1. мини-аборты производят в сроки до трех недель задержки менструации;

2. инструментальные аборты производят до 12 недель беременности;

3. на сроке 22-24 недели производят искусственные роды в соответствии с медицинскими или социальными показаниями;

4. фармакологический аборт является перспективным методом относительно безопасного прерывания беременности, его применение находится в стадии апробации.

К сожалению, у нас доминирует прерывание беременности с помощью искусственного аборта, и уровень использования современных методов контрацепции женщинами детородного возраста очень низкий. Крайне недостаточна информированность о них не только у населения, но и у специалистов. Работа по планированию семьи и предоставлению услуг по контрацепции проводится врачами акушерами-гинекологами женских консультаций, психологами, юристами, специалистами по социальной работе. В результате проводимой планомерной профилактической работы с молодежью по профилактике незапланированной беременности отмечается положительная динамика прерывания беременностей: снижение в 5 раз за последние 15 лет и в 2 раза за последние 5 лет, снижение на 9% по сравнению с 2005 годом.

На базе организаций здравоохранения работают школы здоровья для беременных женщин, клубы молодой семьи для молодоженов с видеолекториями, видеолектории для старшеклассников, учащихся средних и высших учебных заведений, телефон доверия с индивидуальным консультированием специалистами.

С целью улучшения репродуктивного здоровья женщин по поручению Президента Республики Беларусь в республике открыто 6 областных эндоскопических центров и городской центр эндоскопической хирургии в Минске. Открытие эндоскопических центров позволило шире применять органосохраняющие и малоинвазивные операции. Все операции в эндоскопических центрах проводятся бесплатно и полностью доступны для женского населения области. Внедрение эндоскопии позволило отказаться от травмирующих, радикальных вмешательств и сохранить детородную функцию у женщин репродуктивного возраста. В республике функционирует отработанная система наблюдения за девочками и девушками-подростками, начиная с дородового патронажа беременной женщины, открыто 47 кабинетов врача детского гинеколога. Увеличение рождаемости в стране частично связано с качеством оказания специализированной помощи при бесплодии. Для лечения супружеских пар, страдающих бесплодием, в каждом областном центре созданы консультации «Брак и семья», открыто отделение вспомогательных репродуктивных технологий на базе РНПЦ «Мать и дитя».

Деятельность специалиста по социальной работе в службе планирования семьи:

- ✓ разработка совместно с врачами индивидуальных планов социальной реабилитации подростков после прерывания незапланированной беременности; организация мероприятий по их социальной защите и поддержке, их трудовому и бытовому устройству;
- ✓ формирование у подростков социального поведения поведения партнера; оказание психологической помощи на разных этапах беременности, в послеродовой период;
- ✓ выявление лиц, испытывающих негативное воздействие социального окружения по месту жительства, учебы, работы; проведение индивидуальной работы по сексуальному поведению и ответственности за планирование семьи;
- ✓ оказание содействия детям и взрослым, нуждающимся в устройстве в учреждения здравоохранения, в получении материальной, социально-бытовой и иной помощи, связанной с беременностью и рождением ребенка;

- ✓ направление на консультацию по вопросам планирования семьи, оказание психологической и социальной помощи молодым супругам и бесплодным семьям;
- ✓ оказание помощи в трудоустройстве женщин, имеющих несовершеннолетних детей; информирование о правах и льготах женщин;
- ✓ участие в защите прав детей при усыновлении, выступление в суде в качестве общественного защитника;
- ✓ организация взаимодействия со СМИ и населением с целью формирования адекватного отношения к проблемам планирования семьи; охрана репродуктивного здоровья женщин, детей и подростков; профилактика заболеваний передаваемых половым путем; сексуальное образование подростков;
- ✓ обеспечение взаимодействия различных государственных и общественных организаций по оказанию необходимой социальной помощи населению, связанной с планированием семьи;
- ✓ организация учебы, проведение консультационной и организационной медицинской помощи работникам службы;
- ✓ взаимодействие со специалистами системы образования, социальной защиты и других министерств и ведомств.

***Содержание социально-медицинской работы в
медицинских стационарах***

Стационарная помощь населению в Республике Беларусь в оказывается в 646 больничных организациях, из них в городах 385, в сельской местности – 261.(См. таблицу 6).

Обеспеченность населения стационарной помощью

Таблица 6

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1. Число больничных организаций | 651 | 654 | 649 | 657 | 649 | 646 |
| в том числе: | | | | | | |
| а) в городских поселениях | 383 | 380 | 363 | 376 | 378 | 385 |
| б) в сельской местности | 268 | 274 | 286 | 281 | 271 | 261 |
| 2. Число коек в больничных Организациях | 98905 | 100539 | 100272 | 102143 | 101206 | 100545 |
| в том числе: | | | | | | |
| а) в городских поселениях | 91896 | 93466 | 92574 | 94548 | 93979 | 93745 |
| б) в сельской местности | 7009 | 7073 | 7698 | 7595 | 7227 | 6800 |
| 3. Из общего числа больничных организаций | | | | | | |
| а) психиатрических и психоневрологических больниц | 15 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 |

| | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| коек в них | 6830 | 6645 | 6545 | 6460 | 6320 | 6255 |
| б) районных больниц | 132 | 126 | 122 | 122 | 121 | 121 |
| коек в них | 28073 | 26889 | 26222 | 26720 | 26485 | 26399 |
| в) участковых больниц | 221 | 184 | 182 | 176 | 170 | 166 |
| коек в них | 6019 | 5056 | 5306 | 5151 | 4843 | 4646 |
| г) больниц медико-социальной помощи (сестринского ухода) | 47 | 90 | 104 | 105 | 101 | 102 |
| коек в них | 990 | 2017 | 2392 | 2444 | 2384 | 2429 |

Одним из основных показателей, характеризующих интенсивность использования коечного фонда, является средняя продолжительность пребывания больного в стационаре. В 1990 и 1994 гг. этот показатель составлял 15,3 дня, а с 1997 г. отмечается устойчивая тенденция его снижения. В 2009 г. средняя длительность пребывания больного во всех стационарах республики составила 11,4 дня (2008 г. — 11,6). В стационарах Витебской и Гродненской областей отмечается самая высокая длительность лечения больного — 11,9 дня, в Могилевской области показатель самый низкий — 10,8 дня.

В 2009 г. число хирургических вмешательств в стационарах снизилось на 0,8% и составило 728 940 операций (в 2008 г. — 728 940). Послеоперационная летальность за этот период осталась на прежнем уровне — 0,65 (в 2008 г. — 0,62%). Число койко-дней на 1000 жителей с учетом работы организаций здравоохранения республиканского подчинения в 2009 г. составило по республике в целом 3151 койко-дня, что соответствует 101,6% выполнения годового норматива (3100%).

Длительность госпитализации была установлена на уровне 11,2 дня. По республике в целом за 2009 г. она составила 11,1 дня без учета больных, пролеченных в организациях республиканского подчинения — 10,7 дня. Число пролеченных (выписанные + умершие) за 2009 г. с учетом организаций республиканского подчинения составило 2 752 158 пациентов (уровень госпитализации — 283,6 на 1000 жителей).

Состояние здоровья населения. В 2008 г. отмечены рост рождаемости, стабилизация общей смертности, снижение младенческой, детской, материнской смертности, инвалидности и другие положительные тенденции в показателях состояния здоровья и деятельности организаций здравоохранения.

С 1994 по 2009 гг. уровень первичной заболеваемости населения Республики Беларусь увеличился на 26,9% и составил 85 903,2 на 100 тыс. населения (в 1994 г. — 67 716,8 на 100 тыс. населения). Общая заболеваемость выросла на 37,8% и составила в 2009 г. 152 791,4 на 100 тыс. населения (в 1994 г. — 110 917,3 на 100 тыс. населения). Соотношение

общей и первичной заболеваемости увеличилось с 1,64 в 1994 г. до 1,78 в 2009 г., что указывает на значительное накопление хронической патологии. Рост уровня первичной заболеваемости в 2009 г. по сравнению с 2005 г. отмечен по следующим классам:

- болезни органов дыхания — на 21,6%;
- болезни системы кровообращения — на 11,4%;
- новообразования — на 6,2%.

В связи с увеличением в нашем обществе таких малообеспеченных категорий как:

- больных одиноких пенсионеров с низким уровнем пенсии,
- одиноких инвалидов,
- бомжей,
- онкологических неизлечимо больных назрела необходимость открытия социальных больниц или отделений сестринского ухода для оказания медико-социальной помощи данной категории лиц.

В стране действуют 102 «Больницы сестринского ухода». Оказание медико-социальной помощи (осуществляется только бесплатно) на 2429 коек.

Некоторые больные нуждаются в непосредственном сестринском уходе или уходе сиделки, а не в квалифицированной медицинской помощи. Они проходят здесь долечивание после хирургических стационаров, медико-социальную реабилитацию. Направление в эти стационары происходит через центры труда и социального обслуживания населения. В связи с недостаточным финансированием данных заведений, функции социальных работников в них выполняют медики. Им приходится решать следующие социально-медицинские задачи:

- Оформление утерянных паспортов.
- Установление дееспособности больных.
- Восстановление в правах на незаконно отнятое жилье.
- Поиски родственников одиноких и бомжей.
- Уход за одинокими больными.
- Определение одиноких малообеспеченных инвалидов и бомжей в дома престарелых после выписки из стационара.
- Помощь в подготовке документов для оформления инвалидности.

К сожалению, коечного фонда для оказания сестринской помощи малообеспеченным категориям больных у нас не хватает.

В здравоохранении медицинские работники выполняют ряд функций социальных работников. При этом в следствие специфики современных клиник, когда персонал перегружен массой специфических документов, пациент со своими страхами и переживаниями, личными проблемами

выпадает из поля зрения врача. У сотрудников не хватает времени, чтобы предоставить пациенту необходимые сведения и разъяснения, обеспечить душевный комфорт и социальную поддержку. В процессе нахождения пациента в стационаре у человека возникает множество проблем, которые он разрешить самостоятельно не в состоянии. Это и финансовые вопросы (например, получить пенсию), материальная заинтересованность (если прогнозируется неблагоприятный исход и ограничение физических возможностей, тогда необходимо оформить инвалидность), юридические вопросы (оформить завещание, если болезнь неизлечима) и сбор сведений для регистрации смерти и организации похорон. Специалист по социальной работе должен взять часть этих функций на себя, четко разграничив функции с медицинскими работниками.

Задачи специалистов по социальной работе в стационаре — участие в приеме и оформлении больного в приемном покое; адаптация больного к больничному режиму; морально-психологическая подготовка больных к операции, особенно детей; организация помощи и ухода после операции; содействие контактам между врачом, пациентом и его родственниками; составление программы работы с тяжелобольными и с лицами с ограниченными возможностями; оказание поддержки родителям, дети которых тяжело больны и проходят длительное лечение; работа с родственниками умерших в клинике; социальная помощь нуждающимся больным; непрерывный контроль за душевным самочувствием больных; овладение навыками первой медицинской помощи и ухода за больными.

После выписки больного из стационара — морально-психологическая поддержка (адаптация к новым условиям, если в результате заболевания или травмы индивид потерял работоспособность; психологическая поддержка родственникам, помощь родителям в общении с детьми-инвалидами и их адаптации в кругу своих ровесников и в школе); социальная поддержка (улучшение бытовых условий, подбор этажа проживания, организация ухода на дому, устройство в дом-интернат в случае отсутствия родственников, оформление опекуна, помощь в получении ортопедических приспособлений, протезов, колясок, помощь в выборе новой профессии, профессиональная ориентация детей-инвалидов); материальная помощь — оформление инвалидности, реализация льгот, предоставляемых государством, контроль выдачи больничных листов, спонсорская и гуманитарная помощь.

Организация социальной работы в сельской местности

Особое внимание уделяется в республике жителям сельской местности, которые острее других ощущают жизненные трудности: неразви-

тость социальной инфраструктуры, транспортных услуг, бытового обслуживания. Поставлена задача осуществлять работу по введению государственных социальных стандартов по всей стране с обязательным учетом региональных особенностей. Введение социальных стандартов направлено на то, чтобы уровень социальной защиты гарантированно улучшался.

В демографической ситуации отмечались значительные территориальные различия. С 1998 по 2008 год убыль сельского населения составила 499,5 тыс. чел., городского — 14,6 тыс. чел. Параллельно происходила структурная трансформация сельского населения, суть которой в старении населения и сокращении численности. В 1998 г. удельный вес детского населения на селе составил 19,5%, на начало 2008 г. — 15,1%; лиц старше трудоспособного возраста — соответственно 30,1 и 27,4%. Степень постарения сельского населения в сравнении с городским почти в 2 раз.

Сфера работы представляет собой сложную систему субъектов, объектов, отношений и взаимосвязей между ними, функционирующую в пределах имеющихся ресурсов и ограничений с целью удовлетворения потребностей населения. Организация работы представляет собой совокупность мер (мероприятий), одними из которых являются государственная поддержка системы оказания социальных услуг населению, обеспечение их доступности всем нуждающимся; развитие социальной инфраструктуры. Среди преимуществ работы по месту жительства чаще всего отмечается близость к дому организаций, оказывающих услуги населению. Важно отметить, что организация работы по месту жительства — это задача межведомственная, включающая в себя и вопросы социальной работы с определенными категориями населения и др. Эта важнейшая задача возложена сегодня на органы местной власти, управления по труду, занятости и социальной защиты населения и др. Для комплексного обслуживания семей и детей нуждающихся в социальной поддержке работают Территориальные центры социального обслуживания семьи и детей, путем оказания своевременной и квалифицированной психологической, реабилитационной и иной социальной помощи, не только на территории города, района, но и сельской местности.

Структурные подразделения Центра работают по нескольким направлениям: это выявление и учет граждан, нуждающихся в социальных услугах, оказание нуждающимся семьям и отдельным гражданам услуг социально-экономического характера, материальной помощи; содействие в получении льгот, пособий, компенсаций и других выплат, материальной и натуральной помощи, социальная защита многодетных, неполных, ма-

лообеспеченных семей, патронаж беременных женщин, матерей, воспитывающих малолетних детей, семей, где имеются лица, страдающие психическими расстройствами, злоупотребляющие алкоголем, просветительскую работу с подростками и молодежью по проблемам подготовки к созданию семьи, пропаганды здорового образа жизни; оказание помощи родителям в воспитании детей и преодолении семейных конфликтов; оказание экстренной психологической помощи, в том числе по "телефону доверия", организацию поэтапного выполнения индивидуальных программ социальной реабилитации несовершеннолетних, оказавшихся в неблагоприятных семейных условиях. В сельской местности работают дома социальных услуг, дома-интернаты малой вместимости (на 20–25 мест), хозрасчетные бригады для оказания населению бытовых услуг. Практика показывает, что создание такого рода учреждений способствует комплексному разрешению социальных проблем малоимущих престарелых граждан, позволяет объединить усилия государственных и общественных организаций, направленные на поддержку и оказание помощи жителям малочисленных и отдаленных сельских населенных пунктов. Имеется немало примеров улучшения культурного, торгового, бытового, медицинского, надомного и других видов обслуживания пожилых людей в деревнях, поселках и городах. В ряде областей существует опыт организации магазинов «Ветеран», «Забота», которые торгуют товарами по сниженным ценам для отдельных категорий граждан. В некоторых регионах существует практика предоставления малоимущим пенсионерам товаров длительного пользования напрокат (стиральные машины, пылесосы, холодильники). Одиноким и одинокопроживающим малоимущим престарелым гражданам оказывается адресная натуральная и материальная помощь со стороны предприятий, организаций, колхозов, совхозов. Во многих районах установлены доплаты к пенсиям за счет средств местных бюджетов.

Система социального обслуживания на селе охватывает: медицинскую помощь: стационар и поликлиника, обслуживание в домах-интернатах, помощь на дому, трудоустройство и переобучение, жилищно-бытовое и коммунальное обслуживание. В сельской местности работают салоны милосердия, центры медико-социальной помощи больным, одиноким старикам, оказывая социально-психологическую помощь, бесплатное питание, доставку обедов.

Методы, применяемые специалистами в учреждениях здравоохранения: социальная профилактика, формирование необходимых жизненных навыков здорового образа жизни, методы активного стимулирования деятельности, поощрение, убеждения; организация поэтапного выполне-

ния индивидуальных программ социальной реабилитации лиц, находящихся в трудной жизненной ситуации и оказавшихся в неблагоприятных семейных условиях.

Вопросы для самоконтроля:

1. Назовите цель, объекты и охарактеризуйте особенности социальной работы в учреждениях здравоохранения.
2. Опишите содержание социальной работы в амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения.
3. Каковы функции специалиста в службе планирования семьи?
4. Опишите особенности социальной работы в медицинских стационарах.
5. Какова структура организации социальной работы в сельской местности.
6. Каковы основные методы, применяемые специалистами в учреждениях здравоохранения?

***ЛЕКЦИЯ № 14 СОДЕРЖАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ ПРИ
ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ***

Вопросы:

- СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА В КАРДИОЛОГИИ***
- СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА В ОНКОЛОГИИ***
- СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА В ЭНДОКРИНОЛОГИИ***
- СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА В ПСИХИАТРИИ***
- СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА В НАРКОЛОГИИ***
- СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА В ЦЕНТРАХ ПРОФИЛАКТИКИ СПИД***
- СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА ВО ФТИЗИАТРИИ***
- СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СВЯЗАННЫЕ СО СМЕРТНОСТЬЮ***
- СОДЕРЖАНИЕ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ***
- СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА В АРМИИ И ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ
ОРГАНАХ***
- СОДЕРЖАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С МИГРАНТАМИ***

Социально-медицинская работа в кардиологии

Такие сердечно-сосудистые заболевания как гипертоническая болезнь (ГБ), атеросклероз и ишемическая болезнь сердца (ИБС) составляют так называемую группу «социальных болезней», т.е. виновниками этих заболеваний выступают достижения цивилизации человечества.

Гипертоническая болезнь — это состояние повышенного артериального давления.

Атеросклероз — представляет собой поражение артерий, при котором на их внутренней поверхности возникают многочисленные желтоватые бляшки, содержащие большое количество жировых веществ. **Ише-**

миочерная болезнь сердца — поражение сердечной мышцы (миокарда), обусловленное расстройством коронарного (сердечного) кровообращения. Основными формами ИБС являются стенокардия (грудная жаба), инфаркт миокарда (кусочек омертвевшей ткани в толще сердечной мышцы) и постинфарктный кардиосклероз (рубец, возникающий на сердце после заживления инфарктной ранки).

Причинами данных заболеваний современного человека являются:

- хронический стресс;
- гиподинамия – малая подвижность;
- избыточная масса тела вследствие нерационального питания;
- табакокурение.

По сравнению с 2007 г. в республике наблюдается увеличение показателя общей заболеваемости болезнями системы кровообращения (БСК): с 2454,7 до 2769,7 (+12,8%) на 10 000 взрослого населения. В структуре болезней системы кровообращения отмечается рост уровня общей заболеваемости острых и хронических форм ИБС и ЦВБ. Показатель первичной заболеваемости БСК в целом по республике в 2008 г. увеличился на 3,6% (с 287,2 в 2007 г., до 297,5 в 2008 г. на 10 000 взрослого населения). Сердечно-сосудистые заболевания являются и основной причиной смертности населения во всех странах мира. В Республике Беларусь доля БСК в структуре общей смертности населения в 2008 году составила 52,6% (2007г. — 52,87%).

Рост заболеваемости и смертности БСК обусловлен объективными причинами: старением населения, социально-экономическими факторами, финансовым и экономическим кризисом, негативно сказавшимся на всех сторонах жизни населения, ростом психоэмоциональных нагрузок, урбанизацией населения, изменением характера питания, условий жизни, труда, наличием вредных привычек, отсутствием у части пациентов мотивации к соблюдению здорового образа жизни и отсутствием, по материальным соображениям, возможности приобрести и длительно принимать современные лекарственные препараты.

В целях стабилизации демографической ситуации и создания предпосылок для демографического роста в Республике Беларусь в 2007 году была принята «Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007—2010 годы», утвержденная Указом Президента Республики Беларусь от 25 марта 2007 года № 135, а 2008 год был объявлен Годом здоровья. В течение года во всех областных городах прошли информационно-просветительские акции по измерению артериального давления и оценке факторов риска развития

ИБС. Во время проведения ежегодной «Недели Моды на здоровье» во всех регионах были организованы пункты по измерению АД. В настоящее время во всех областях республики стали регулярными радио- и телепрограммы, на первом канале радио проводится школа для больных АГ. по каналам белорусского телевидения демонстрируется рекламный ролик «Контролируйте свое артериальное давление. Нам это важно», видеоролики «Что вы знаете о гипертонии?» и «Артериальная гипертония», совместно с Беларусьфильмом подготовлен фильм «Артериальная гипертония. Путь к инсульту?». В рамках антитабачной акции «Беларусь против табака» (май 2008г.) во всех регионах и г. Минске проведены занятия по вопросам профилактики табакокурения, консультации для желающих бросить курить.

Проводимые мероприятия позволили повысить осведомленность населения о влиянии факторов риска и мотивацию к соблюдению здорового образа жизни. Осведомленность каждого пациента о своих собственных факторах риска необходима не только для определения прогноза по поводу своей участи, но и для изменения жизни в лучшую сторону. Факторы риска — это индивидуальные особенности, которые влияют на вероятность развития в будущем у конкретного человека заболевания.

Снижение заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди всего населения можно достигнуть благодаря популяционной (массовой) стратегии профилактики, которая заключается в изменении образа жизни и факторов окружающей среды, связанных с заболеваниями, а также их социальных и экономических последствий. Профилактика ССЗ — реальный путь улучшения демографической ситуации в стране.

Для оказания специализированной медицинской помощи пациентам кардиологического профиля в республике создана и функционирует кардиологическая служба, которая представлена в виде функционально организованной вертикали: ГУ "Республиканский научно-практический центр "Кардиология", 5 областных (Минский городской) кардиологических диспансеров, диспансерно-кардиологический отдел Могилевского диагностического центра и "Кардиологический центр" Минской областной больницы, кардиологические и кардиохирургические отделения областных, городских больниц, отделения рентгеноэндоваскулярной хирургии областных (городских) больниц, кардиологические кабинеты городских поликлиник и поликлинических отделений центральных районных больниц, специализированные реанимационные бригады станций скорой медицинской помощи. На республиканском уровне кардиологи-

ческая и кардиохирургическая помощь оказывается в ГУ "Республиканский научно-практический центр "Кардиология" (75 кардиологических, 75 кардио-хирургических и 40 детских кардиохирургических коек). Специализированная кардиологическая помощь оказывается 622 врачами-кардиологами (2009 г. — 639).

В 2008—2010 гг. кардиологической службой обеспечено наращивание качества и объемов кардиологической и высокотехнологичной кардиохирургической помощи, в стационарах кардиологических отделений ежегодно лечатся более 176,5 тысяч кардиологических пациентов.

Кардиологические койки в общей структуре коечного фонда республики занимают 4,7%. С 2007 по 2010 г. количество кардиологических коек увеличилось на 4,8%. В целом развернуты 5234 кардиологические койки (в 2009 г. — 5204), что составило 5,4 коек на 10 тыс. населения. Следует отметить неравномерность количества развернутых кардиологических коек по регионам республики: так, в г. Минске на 10 тыс. населения развернуто 7,3 коек, в Гродненской области — 6,3, а в Брестской области — 3,8, в Могилевской — 4,1. Такие диспропорции, несомненно, сказываются на доступности и качестве кардиологической помощи.

Средняя длительность лечения кардиологических пациентов по республике составляет 10,1 дней (2008 г. — 10,0). Среднее число дней занятости кардиологической койки в году по республике в 2009 г. — 349,3, при этом в Могилевской области — 383,7, Гомельской области, г. Минске — 356,0. Эти показатели свидетельствуют о хронической перегруженности кардиологических отделений.

Благодаря практической реализации Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 годы в стране создана стройная система кардиохирургической службы. Кардиохирургическая помощь оказывается на республиканском и областном уровне. На базе областных больниц функционируют кардиохирургические отделения. В 2009 г. суммарный коечный фонд кардиохирургических отделений составил 250 коек. Завершено оснащение кардиохирургических отделений современной медицинской техникой, инструментарием. Операции на открытом сердце, в условиях искусственного кровообращения, высокотехнологичные оперативные кардиохирургические вмешательства и сложные диагностические исследования выполняются во всех областях республики и г. Минске.

Основным специализированным лечебно-профилактическим учреждением по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями является РНПЦ «Кардиология» — ведущее научно-исследовательское учреждение Республики Беларусь по изучению эпидемиологии,

механизмов развития сердечно-сосудистых заболеваний, разработке новых методов их диагностики, профилактики, лечения и реабилитации. РНПЦ «Кардиология» возглавляет кардиологическую службу Республики Беларусь, являясь центром организационно-методической и лечебно-консультативной работы. 1 января 2005 г. в составе ГУ РНПЦ «Кардиология» открылся детский кардиохирургический центр.

В настоящее время структура ГУ РНПЦ "Кардиология" включает, кроме научных лабораторий, клинику кардиотерапии на 75 коек, клинику кардиохирургии для взрослых на 75 коек, реанимационные отделения на 22 койки, операционный блок, отделение экстракорпорального кровообращения, рентгенооперационное отделение эндоваскулярной хирургии, консультативно-поликлиническое отделение, отделение функциональной диагностики, отделение ультразвуковой диагностики, а также детский кардиохирургический центр. В состав детского кардиохирургического центра входят: 2 кардиохирургических отделения по 20 коек, реанимационное отделение на 20 коек, операционный блок, ангиографический кабинет рентгенооперационного отделения, подразделения отделений экстракорпорального кровообращения, функциональной и ультразвуковой диагностики, консультативно-поликлиническое отделение.

В центре работает около 900 сотрудников, в том числе 1 академик НАРБ, 24 докторов наук и 89 кандидатов медицинских наук.

Функции социального работника в кардиологии:

- пропаганда здорового образа жизни (умение бороться со стрессом, контроль массы тела, увеличение двигательной активности, отказ от табакокурения);

- раннее распознавание данных заболеваний путем диспансеризации всего населения, особенно после 30 лет (измерение артериального давления и т.д.);

- правовое консультирование больных людей и членов их семей;

- организация и проведение реабилитационных мероприятий лицам, перенесшим инфаркт миокарда, страдающим ГБ или атеросклерозом.

Стресс — защитная реакция организма на очень сильный или длительно действующий раздражитель. Социальный работник должен помнить и пропагандировать методы снятия стресса, как основного фактора, вызывающего развитие многих кардиологических заболеваний:

- глубокий здоровый сон, достаточный по продолжительности (недаром некоторые люди, после сильнейшей стрессовой ситуации непроизвольно впадают в летаргический сон);

- повышенная физическая активность в результате спортивных тренировок, генеральной уборки, бега трусцой, занятий охотой (во время мышечной активности сжигаются излишки адреналина – химической причины стресса);

- различные виды тренингов, проводимые самостоятельно или с помощью специалистов – социального работника или психолога (групповые, аутотренинги);

- занятие любимым или монотонным делом (вязание, наблюдение за рыбками, перебирание четок, раскладывание пасьянса, рыбалка);

- нервно-эмоциональная разрядка с помощью смеха, плача, крика (существует даже специальный метод лечения – смехотерапия);

- секс и др.

В программах реабилитации кардиологических больных неоспоримо важна роль специалиста по социальной работе.

Социально-медицинская работа в онкологии

Онкология — область медицины, изучающая причины возникновения, механизмы развития и клинические проявления опухолей и разрабатывающая методы их диагностики, лечения и профилактики. В последние годы идет активный поиск новых форм и методов медико-социальной помощи в преодолении такой социально-значимой патологии, как онкология.

В Республике Беларусь наблюдается рост заболеваемости раком щитовидной железы. За период с 1974 по 1985 гг. зарегистрировано было 8 случаев заболевания у детей и 1 383 случая у взрослых рака щитовидной железы; после аварии на ЧАЭС за период наблюдения с 1986 г. по 2001 г. среди когорты облученных в возрасте 0-18 лет и внутриутробно облученных выявлено 1 685 заболевших раком щитовидной железы; у взрослого населения за 17 послеаварийных лет выявлено более 6,4 тысячи случаев рака щитовидной железы. Это обусловлено тем, что в начальный период после аварии неправильно проводилась йодная профилактика и высокая нагрузка на щитовидную железу за счет радионуклидов йода. Прогнозируется, что до 2036 г. возможно развитие около 15 тыс. случаев радиационно-индуцированного рака щитовидной железы.

Среди населения, проживающего в зонах первоочередного и последующего отселения, а также отселенного и самостоятельно выехавшего из этих зон после аварии, за период с 1993 по 2002 гг. зарегистрировано 2 448 впервые выявленных случаев злокачественных новообразований, что составило 40 % от всех выявленных случаев среди пострадавшего населения.

В настоящее время в Беларуси заболеваемость злокачественными опухолями имеет тенденцию к росту: уровень первичной заболеваемости новообразований за период с 2005 по 2009 гг. увеличился на 6,2% (с 927,0 на 100 тыс. населения в 2005 г. до 984,9 на 100 тыс. в 2009 г.); в структуре причин смертности класс болезней «Новообразования» в 2009 г. составил 13,4%, в 2008 г. — 13,7%.

Онкологическая помощь населению Республики Беларусь осуществляется в РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова, РНПЦ детской онкологии и гематологии, четырех областных диспансерах (Брестский, Витебский, Гомельский, Могилевский), онкологических отделениях Гродненской областной клинической больницы, семи городских и межрайонных диспансерах (Барановичский, Бобруйский, Вилейский, Минский, Мозырский, Пинский, Полоцкий) с общим коечным фондом 3970 коек.

Кадровый врачебный состав онкологической службы к концу 2009 г. представлен 970 врачами, из них 378 онкологов, 118 лучевых терапевтов и 474 врача других специальностей. Среди них 30 докторов и 87 кандидатов наук по специальностям "онкология" и "лучевая диагностика, лучевая терапия". Диагностика и лечение онкологических пациентов с 2007 г. осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 февраля 2007 г. №80 "Алгоритмы диагностики и лечения больных злокачественными новообразованиями".

Достигнуты определенные успехи в лечении злокачественных новообразований, и, таким образом, в целом прогноз заболеваний у больных данного профиля улучшается. Вместе с тем увеличивающаяся продолжительность жизни значительного числа пациентов не может оставаться единственным критерием уровня онкологической помощи. В организации медико-социальной работы важнейшим является показатель излеченности от злокачественных новообразований, который означает не только клиническое выздоровление больных, но и возвращение их к прежнему социальному статусу. Число пролеченных онкологических пациентов из года в год растет, в 2009 г. из онкологических стационаров выбыло 100 666 пациентов. В целом по стране средняя длительность госпитализации составила 12,7 дней. Занятость койки в среднем составила 340,0 дней в году при обороте койки 26,7 раз.

Диспансеры удовлетворительно обеспечены противоопухолевыми препаратами, необходимыми для соблюдения стандартов лечения. Следует отметить, что химиотерапия пациентов со злокачественными новообразованиями относится к наиболее высокочувствительным методам лечения. На фоне роста заболеваемости, увеличения числа пациентов, проживших

более пяти лет, и в связи с появлением новых высокоэффективных химиопрепаратов расходы на лекарственное обеспечение будут только возрастать.

Медико-социальная работа в онкологии имеет свои особенности. Поскольку диагностика онкологических заболеваний на ранних стадиях дает больным большой шанс на полное выздоровление, медико-социальная работа с группами риска онкологических заболеваний приобретает особое значение. **Профилактическая работа** проводится с лицами:

- страдающими предопухолевыми заболеваниями;
- родственники которых имеют онкологические заболевания;
- работающими на вредных предприятиях;
- проживающими на загрязненных радионуклидами территориях.

Специалист по социальной работе может:

- участвовать в разработке и реализации целевых профилактических программ,
- проведении социально-гигиенического мониторинга,
- определении факторов риска,
- информировать население о состоянии среды обитания.

Второй отличительной особенностью социально-медицинской работы в онкологии является работа с членами семьи и ближайшим окружением онкологического больного.

Первоочередные меры в этой группе — решение психологических проблем. Психологическая дезадаптация пациентов и членов их семей затрудняет лечение и неблагоприятно влияет на качество жизни. Психологические проблемы таких семей усугубляются материальными трудностями, связанными с расходами на лечение и уход за больными, снижением трудовой занятости родственников больных.

Система мероприятий в онкологии предусматривает постоянный психологический тренинг и помощь на всех этапах лечения:

- ✓ создание различных групп психологической поддержки с обучением саморегуляции и самопомощи;
- ✓ организация психологических тренингов для переживших утрату;
- ✓ организацию встреч семей, имеющих больных со злокачественными новообразованиями, излеченными и волонтерами.

Особое место в медико-социальной работе занимает организация паллиативной помощи incurабельным онкологическим больным.

Паллиативный — ослабляющий проявления болезни, но не устраняющий ее причину. **Инкурабельный** — (неизлечимый) — состояние больного, при котором общие расстройства или особенности местного

патологического процесса исключают возможность спасения жизни либо полного восстановления здоровья, трудоспособности.

В комплекс мероприятий паллиативной помощи входят: управление симптомами болью, отдышкой; расстройство сна; тошнота, рвота, беспокойство, тревога, депрессия. Поэтому для специалиста важно умение общаться с пациентом и его семьей, уважать их мнение и чувства, даже если оно расходится с профессиональным решением. Уважать выбор пациента на альтернативную терапию.

К мероприятиям паллиативной помощи относится организация хосписов. Хосписы помогают умирающему человеку прожить оставшуюся жизнь, не испытывая чувства страха, по возможности полноценно, получая медицинскую, социальную и психологическую помощь. В рамках медицинской помощи проводятся симптоматическое лечение и обезболивание; социальные работники организуют материальную поддержку, содействуют в обеспечении гарантированных прав клиентов и их семей и др.; психологи и социальные работники помогают избавиться от чувства страха, депрессии, проводят психологические тренинги для родственников.

Функции специалиста по социальной работе в онкологии:

- выявление социальных и психологических проблем больных с онкологическим заболеванием и его семьи;
- разработка и реализация совместно с врачом, психологом, педагогом индивидуальных планов реабилитации пациента; участие в проведении мероприятий по их социальной защите, поддержке, трудовому и бытовому устройству;
- информирование пациентов о состоянии их здоровья, диагнозе, прогнозе;
- предоставление информации о правах, льготах в связи с онкологическим заболеванием;
- оказание психологической помощи больным и их семьям;
- организация и участие в проведении медико-реабилитационно-экспертной комиссии;
- организация работы терапевтических сообществ больных и лиц, излеченных;
- взаимодействие со СМИ и населением по разъяснению современных возможностей онкологии; формирование в обществе адекватного отношения к лицам, имеющим онкологические заболевания и излеченным;

- содействие интеграции общественных и государственных организаций по оказанию гуманитарной помощи больным;
- проведение медико-социальных исследований.

Вследствие этого медико-социальная работа с онкологическими больными предполагает взаимодействие и координацию усилий специалистов смежных профессий — врачей, психологов, социальных работников.

Социально-медицинская работа в эндокринологии

Эндокринология — это наука о железах внутренней секреции, биологически активных веществах — гормонах, которые эти железы выделяют, воздействии гормонов на организм человека и патологических состояниях, вызванных сбоем в работе эндокринных желез. Республика Беларусь является биогеохимической территорией по недостатку йода. Йода не хватает в воде, земле, растениях, которые растут в Беларуси и в организмах животных, обитающих на ее просторах. Поэтому каждый житель Беларуси недополучает с едой и водой достаточное количество важнейшего микроэлемента — йода и испытывает скрытый голод по йоду. Это приводит к тяжелым последствиям для здоровья людей — так называемым йод-дефицитным состояниям: эндемическому зобу, раку щитовидной железы, эндемическому кретинизму, гипотериозу.

Дефицит йода в рационе питания жителей нашей страны имеет прямое отношение к проблеме развития слабоумия у детей и большого числа лиц, страдающих умственной отсталостью. Причины умственной отсталости многообразны: семейно-средовые и биологические. Последние включают хромосомные аномалии, врожденные нарушения обмена, повреждения плода в период беременности и родов, повреждение мозга ребенка в первые годы жизни.

Наблюдаются неблагоприятные тенденции роста генетических аномалий, о чем свидетельствует увеличение частоты рождаемости детей с врожденными пороками развития (ВПР). С 1979 г. функционирует Регистр врожденных пороков развития. В 1995 г. показатель частоты ВПР на 1 тыс. родившихся живыми и мертвыми составлял 18,36 ‰, в 1996 г. — 22,52 ‰, в 1997 г. — 23,0 ‰, в 1998 г. — 27,07 ‰. Анализ отдельных видов пороков развития показал, что в период интенсивного возрастания их частоты наблюдался наибольший прирост множественных пороков и полидактилий, т.е. тех пороков развития, в происхождение которых большой вклад вносят мутации. Основными причинами их возникновения являются радиационный фактор, наследственность, возраст матери, патоморфологические изменения, перенесенные заболевания в пе-

риод беременности и другие нарушения, обусловленные биофизиологическими факторами.

Заболеваемость йод-дефицитными болезнями в РБ больше, чем в других странах, например, в России.

Эндемический зоб — это увеличение щитовидной железы, которое развивается вследствие йодной недостаточности у лиц, проживающих в эндемичной по зобу местности. Серьезные исследования непростой ситуации по недостатку йода в нашей республике были проведены в 50-х годах прошлого века. Когда был открыт республиканский эндокринологический диспансер. Одним из ведущих направлений работы диспансера стала профилактика йоддефицита у жителей страны. Выполнялась непростая, но крайне эффективная программа, которая включала:

- раздачу детскому населению бесплатно препарат «Антиструмин»;
- запрет на ввоз в РБ нейодированной соли;
- организацию рыбного дня на предприятиях общественного питания 1 раз в неделю.

Проводя в жизнь перечисленные мероприятия, проблема, связанная с возникновением йоддефицитных заболеваний, была практически решена, но после разрушения в 90-х годах профилактической программы мы пришли к такой же ситуации, которая существовала в республике 100 лет назад. Ситуация усугубилась катастрофой на Чернобыльской атомной электростанции в 1986 г. После аварии изменилось состояние здоровья населения республики, наблюдается дозовая зависимость онкологической заболеваемости и смертности, продолжается рост заболеваемости по всем классам болезней, в том числе наблюдается рост первичной заболеваемости раком щитовидной железы, психических расстройств и расстройств поведения.

На долю эндокринных заболеваний приходится до 4,5% в структуре первичной и общей заболеваемости. Общая заболеваемость с 1995 по 2009 год выросла в 1,6 раза (3373,9⁰/0000 и 5502,25⁰/0000 в 1995 и 2009 гг. соответственно). При построении тренда общей заболеваемости отмечается вероятность дальнейшего роста распространенности эндокринной патологии.

Еще одно заболевание эндокринной системы вызывает все большую озабоченность у медицинских работников и государства. Это сахарный диабет, которым страдает около 2% населения нашей республики. **Сахарный диабет** — это заболевание, характеризующееся повышением сахара в крови из-за недостатка гормона инсулина в организме, приводящим к нарушению обмена веществ, поражению кровеносных сосудов, нервных окончаний и патологическим изменениям в разных органах и

тканях. Данное заболевание входит в категорию «болезней цивилизации» или «социальных болезней», т.к. характерно для жителей высокоразвитых стран, имеющих избыточную массу тела и ведущих малоподвижный образ жизни.

Среди больных сахарным диабетом смертность от болезней сердца и инсультов наблюдается чаще в 2–3 раза, слепота в 10 раз, нефропатии в 12–15 раз, гангрена конечностей в 20 раз, чем среди населения в целом.

Социально-медицинская работа в РБ по снижению заболеваемости сахарным диабетом и йод-дефицитными состояниями осуществлялась по двум программам: «Сахарный диабет» и «Профилактика йоддефицитных заболеваний в Республике Беларусь». Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера на сегодняшний день осуществляется на территории республики учреждениями здравоохранения и социальной защиты населения.

Количество пациентов с сахарным диабетом за последние 15 лет практически удвоилось — со 108 031 чел. в 1995 г. до 198 955 чел. в 2009 г., что является результатом внедрения активного скрининга сахарного диабета 2 типа. Первичная заболеваемость сахарным диабетом с 1995 по 2009 год выросла в 3,3 раза — с 69,6⁰/0000 до 227,0⁰/0000.

Сахарный диабет увеличивает риск развития ишемической болезни сердца и инфаркта в 2 раза, патологии почек — в 17 раз, гангрены нижних конечностей — в 20 раз, артериальной гипертензии — более чем в 3 раза; на первом месте среди причин слепоты также сахарный диабет.

В Республике Беларусь рост хронических осложнений сахарного диабета отмечался до 2000 года: у 75% пациентов с сахарным диабетом были зарегистрированы те или иные осложнения, затем регистрировалось планомерное снижение, и в 2009 г. данный показатель составил 48%.

Следует отметить, что сахарный диабет увеличивает смертность в 2–3 раза. Основными причинами смерти больных сахарным диабетом являются сердечно-сосудистые и цереброваскулярные заболевания, атеросклероз и хроническая почечная недостаточность. Средняя продолжительность жизни больных сахарным диабетом на 6–12 лет меньше, чем в других группах населения страны.

В нашей стране смертность пациентов с сахарным диабетом имеет тенденцию к росту, что связано с увеличением общего количества пациентов данной группы (с 0,49⁰/0000 в 1995 г. до 0,72⁰/0000 в 2009 г.). Летальность же на 100 пациентов с сахарным диабетом, напротив, снизилась с 4,3 в 1995 г. до 3,6 в 2009 г. Снижение летальности является результатом проводимого скрининга, ранней диагностики осложнений,

широкого внедрения системы обучения самоконтролю и динамического наблюдения.

Для решения всех проблем, стоявших перед эндокринологами республики, создана и функционирует стройная многоуровневая **эндокринологическая служба**.

Оказание эндокринологической помощи *в амбулаторных условиях* производится в поликлиниках центральных районных больниц, городских поликлиниках; на областном уровне: в 5 областных эндокринологических диспансерах, в 2 диспансерных отделениях (УЗ "Минская областная клиническая больница", УЗ "Могилевский областной лечебно-диагностический центр"); в городском детском эндокринологическом центре г. Минска (на базе УЗ "2-я детская клиническая больница" г. Минска). Функция республиканского уровня возложена на ГУ "Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения".

На республиканском уровне проводятся консультации профессорско-преподавательским составом сотрудников ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования" и УО "Белорусский государственный медицинский университет".

Для оказания специализированной эндокринологической помощи *в стационарных условиях* в Республике Беларусь выделено 965 коек, из них для взрослых — 845, для детей — 120.

Помощь оказывается *на областном уровне* в 9 взрослых и 6 детских эндокринологических отделениях областных больниц, *на республиканском уровне* — в эндокринологическом отделении и отделениях эндокринной и реконструктивной хирургии ГУ "Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека" (г. Гомель), в детском эндокринологическом отделении УЗ "2-я городская детская клиническая больница" г. Минска.

Количество специалистов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с эндокринной патологией в Республике Беларусь, составляет 484 чел., в том числе: взрослому населению — 383 врача-эндокринолога, детскому населению — 78 врачей-эндокринологов. В организациях и подразделениях, оказывающих эндокринологическую помощь, также работают офтальмологи, акушеры-гинекологи, неврологи, хирурги (23 врача-специалиста).

Медицинская помощь пациентам с сахарным диабетом. Для улучшения оказания медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом за последние 15 лет разработан ряд нормативных правовых актов и программных документов. Прежде всего, это комплексная программа "Сахарный диабет" на 1999–2003 годы, государственная программа "Са-

харный диабет" на 2004–2008 годы, Закон Республики Беларусь "О ратификации Соглашения о сотрудничестве государств-участников Содружества независимых государств в борьбе с ростом заболеваемости сахарным диабетом".

Создана широкая сеть "школ диабета" (ШД) для обучения пациентов. Начало создания ШД положил приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.08.1994 г. № 197. Первые школы были предназначены для больных с 1-м типом сахарного диабета и, прежде всего, для детей и подростков. Однако СД 1 типа составляет лишь 13,7% всех больных, остальные — это больные 2-м типом сахарного диабета, т.е. взрослые пациенты, у которых регистрируется больший процент инвалидности и осложнений. Поэтому основная проблема — обучение именно этой группы, а поскольку пациенты со 2-м типом сахарного диабета — чаще всего амбулаторные больные, то и место, где они смогут получить всю необходимую информацию, должно быть максимально приближено к ним.

На настоящий момент в республике функционируют 224 ШД, где за 2009 год прошли обучение 31 254 пациента с сахарным диабетом.

Проводятся мероприятия, направленные на планирование беременности при сахарном диабете.

Все женщины с сахарным диабетом состоят на учете у эндокринолога и гинеколога. В течение года до наступления беременности ведется строгий контроль за компенсацией сахарного диабета. Всех беременных с сахарным диабетом обязательно госпитализируют в стационар для коррекции дозы инсулина и обучения в ШД. Ведутся списки женщин фертильного возраста, девочек и подростков, болеющих сахарным диабетом, которые имеются у каждого эндокринолога в поликлинике по месту жительства. Все беременные, болеющие сахарным диабетом, получают интенсивную инсулинотерапию генно-инженерными инсулинами в картриджах. Проблемой на настоящий момент является обеспечение данной категории средствами самоконтроля (глюкометрами и тест-полосками), поскольку далеко не все из них имеют группу инвалидности.

Работа по профилактике ампутаций нижних конечностей при сахарном диабете проводится совместно со смежными специалистами (неврологи, хирурги). Организована работа полноценно оборудованных 12 кабинетов "Диабетическая стопа" (7 — в областных учреждениях, 5 — в районных). Разработаны методические рекомендации по диагностике и лечению синдрома "диабетической стопы".

К сожалению, не во всех районах республики имеется возможность проведения доплерографии сосудов нижних конечностей, что затрудняет диагностику диабетической ангиопатии.

Организовано исследование гликированных белков и микроальбуминурии для оценки компенсации сахарного диабета и выявления ранних стадий диабетической нефропатии. Оборудование для проведения данных исследований имеется не только во всех областных ЛПО, оказывающих помощь пациентам эндокринного профиля, а зачастую и в районных. Однако с учетом количества пациентов с сахарным диабетом количество проводимых исследований гликированных белков (47 051) и микроальбуминурии (10 742) явно недостаточно.

В республике внедрено 6 систем длительного мониторинга глюкозы.

Обеспечение лечением пациентов с сахарным диабетом, нуждающихся в проведении диализа, проводится в полном объеме. На 01.01.2010 г. в республике нуждалось в данном виде лечения 228 человек. Проблем в организации диализа нет — 165 человек проходят курсы гемодиализной терапии, 61 — перитонеального диализа.

Важный аспект в обеспечении высокого качества жизни пациентов с сахарным диабетом — обеспечение своевременного эффективного лечения и мониторинга заболевания. По существующему в Республике Беларусь законодательству все пациенты с сахарным диабетом обеспечиваются бесплатно: всеми видами инсулинов; пероральными сахароснижающими препаратами; средствами введения инсулина (инсулиновый шприц или игла для шприц-ручки) из расчета 1 шт. в день.

В 2010 г. прекращен выпуск животных инсулинов, и все нуждающиеся пациенты обеспечены генно-инженерными ("человеческими") инсулинами.

Из общего количества пациентов с сахарным диабетом около 20% получают инсулинотерапию, из них лечение инсулинами в картриджах - 10,4%. В 2009 г. Министерством здравоохранения Республики Беларусь расширены показания к назначению картриджной формы инсулинов, и в настоящее время их могут получать дети, лица с сахарным диабетом, болеющие с детства, учащиеся средних и высших учебных заведений, беременные и лактирующие женщины, пациенты с наличием социальной слепоты.

Глюкометрами и тест-полосками к ним обеспечиваются только лица, имеющие инвалидность.

Проводится работа по созданию регистра больных сахарным диабетом, которая была начата в 2006 г. и регламентировалась приказом Ми-

нистерства здравоохранения Республики Беларусь "О проведении опытной эксплуатации автоматизированной системы обработки информации республиканского регистра "Сахарный диабет".

В настоящее время работа по организации регистра "Сахарный диабет" проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.07.2009 г. № 658 "Об организации функционирования системы обработки информации республиканского регистра "Сахарный диабет". Всего введены в базу данных сведения о 135825 больных сахарным диабетом.

Консультативная и диагностическая помощь пациентам с заболеваниями эндокринной системы централизованно осуществляется в ГУ "Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения". Помощь оказывается в эндокринологическом отделении (8 эндокринологов для взрослых), детском консультативно-реабилитационном отделении (3 детских эндокринолога), в гинекологическом кабинете (2 гинеколога-эндокринолога), офтальмологическом кабинете (2 врача-офтальмолога), в кабинете лазерной микрохирургии глаза. Открыты Центр метаболических остеопатий и остеопороза, кабинет метаболических нарушений по лечению ожирения.

Помощь пациентам с эндокринной патологией оказывается также терапевтами, неврологами взрослого консультативно-реабилитационного отделения, педиатрами детского консультативно-реабилитационного отделения, врачами УЗД, ФД, физиотерапевтом, реабилитологами.

Ежегодно около 60 тыс. посещений в Центре осуществляются пациентами с различными эндокринными заболеваниями. Структура посещений в разрезе регионов выглядит следующим образом: жители Минска составляют 37,9%, Минской области — 23,4%, Гродненской области — 15,9%, Брестской области — 8,5%, Могилевской области — 7,5%, Витебской области — 4,5%, Гомельской области — 2,3%.

Удельный вес так называемой "редкой патологии" вырос за последние 3 года практически в 2 раза и составляет 33,5%. В том числе, возросло количество консультаций по поводу гипопаратиреоза (на 60%), гиперпаратиреоза (на 65%), гиперсоматотропизма (на 43%), гиперкортицизма (на 177%), дефицита гормона роста (на 105%), гипопитуитаризма (на 57%), гипокортицизма (на 162%), дисфункции яичников и патологического течения менопаузального синдрома (на 115%), синдрома Шерешевского-Тернера (на 58%). Значительно снизилась доля лиц, не имеющих эндокринной патологии, что указывает на улучшение преемственности в работе головной и региональных организаций здравоохранения по отбору пациентов для консультирования в Центре.

На базе Центра создана и работает республиканская комиссия по назначению лечения гормоном роста и агонистами гонадотропинрилизинг гормона. На заседания данной комиссии направляются дети со всей республики с преждевременным половым развитием, дефицитом гормона роста, синдромом Тернера. При наличии показаний назначается лечение, протоколы заседания комиссии еженедельно передаются главным внештатным областными детским эндокринологом, на основании чего выписываются рецепты на бесплатное лечение.

Таким образом, за последние 15 лет работа эндокринологической службы значительно усовершенствована. При этом в будущем необходимо решить следующие задачи: медицинские и социальные работники должны вести широкую пропаганду регулярного применения населением йодсодержащих фармацевтических препаратов или пищевых добавок и употребления в пищу продуктов морского происхождения, вести работу в средствах массовой информации по освещению факторов риска развития сахарного диабета, необходимости раннего выявления сахарного диабета, здорового образа жизни.

Социально-медицинская работа в психиатрии

Важнейшей составляющей нации является психологическое и духовное здоровье. **Психиатрия** — наука о психических (душевных) болезнях. Самую незащищенную и уязвимую категорию нашего общества составляют психиатрические больные. В настоящее время вопросы психического здоровья приобрели исключительное значение. Нервно-психические заболевания являются одной из самых серьезных социальных, медицинских и экономических проблем.

От психических расстройств не застрахован никто. Хотя бы раз в жизни серьезное психическое расстройство поражает каждого четвертого человека. Психические и поведенческие расстройства в любое время наличествуют у 10% взрослого населения. Около 20% всех пациентов, получающих медицинскую помощь у врачей первичной медико-санитарной помощи, страдают каким-либо психическим расстройством. В каждой четвертой семье имеется хотя бы один член семьи, страдающий психическим или поведенческим расстройством.

Значимость психических расстройств исчерпывается не только их огромной распространенностью. Четыре из шести основных причин сокращения полноценной жизни — это психические расстройства: депрессия, шизофрения, биполярное психическое расстройство и зависимость от алкоголя. Психические расстройства влияют на все стороны жизни человека: они пагубно отражаются на общем состоянии

здоровья, семейных отношениях, общественной жизни, карьере, социальном функционировании, способны толкнуть на преступление и самоубийство. Их связь с социальной изоляцией не вызывает сомнений.

Люди, страдающие психическими заболеваниями, должны пользоваться теми же правами и свободами, что и все другие граждане. Они не должны быть подвергаться дискриминации на почве психического заболевания. Психически больные имеют право на профессиональную, гуманную, достойную помощь. Они должны быть защищены от эксплуатации, плохого обращения и унижения в соответствии с этическими стандартами.

Психиатры должны служить высшим интересам пациента в соответствии с полученными знаниями и этическими принципами. Законодательство должно обеспечивать адекватное лечение всех пациентов, защищать их право на лечение в соответствии с принятыми стандартами в лечебных заведениях и вне их. Где только возможно, психиатрические службы должны быть интегрированы в систему медико-социальной помощи. Пациенты, принятые в психиатрические заведения или обратившиеся за помощью добровольно, должны быть защищены юридическими и этическими правилами. Принудительное вмешательство является грубым нарушением прав человека и его свобод. Поэтому для такого вмешательства необходимы особые критерии и соблюдены определенные гарантии.

Закон Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» гарантирует:

защиту прав и законных интересов граждан от необоснованного вмешательства в их жизнь при оказании им психиатрической помощи;

защиту лиц, страдающих психическими расстройствами, от необоснованной дискриминации в обществе; защиту общества от возможных опасных действий психических больных;

защиту врачей и медицинского персонала.

В Законе определены основания и порядок применения в психиатрии недобровольных мер; введены принципиально новые для психиатрической практики судебные процедуры принятия решений и контроля за их исполнением; установлены гарантии прав пациентов психиатрических учреждений и механизмы социальной защиты лиц с психическими расстройствами; определены основные виды оказания психиатрической помощи: освидетельствование; амбулаторная помощь; госпитализация и лечение.

Если пациенту предлагается *амбулаторная помощь*, его следует информировать о том, в каком виде она будет осуществляться: консультативно-лечебном или в виде диспансерного наблюдения, какова при этом

степень добровольности и какими правами обладает пациент.

При госпитализации пациента врач должен определить ожидаемую пользу и возможный вред для пациента в связи с тем, что госпитализация связана с ограничением свободы, подчинением больничному режиму, надзор медперсонала и пр. Пациент прежде, чем принять добровольное решение, должен получить от врача информацию:

- куда (в какую больницу) его собираются поместить;
- с какой целью (для обследования, лечения, обеспечение ухода, проведение экспертизы) и на какой срок;
- какая в этом необходимость, возможны ли альтернативные варианты;
- какими правами он будет обладать, находясь в стационаре;
- к каким последствиям может привести факт его пребывания психиатрической больнице.

При назначении лечения врач обязан предоставить информацию, чтобы обеспечить возможность сознательного выбора терапевтического процесса. Больному следует разъяснять:

- в чем состоит расстройство его психического здоровья;
- что представляет собой рекомендуемое лечение (методы, цель, этапы, продолжительность терапии, наличие альтернатив);
- каковы преимущества (ожидаемая польза) и недостатки (риск побочных эффектов и осложнений).

В случае *отказа от лечения*, следует разъяснить возможные негативные последствия для здоровья. Предоставление пациенту информации необходимо осуществлять в виде заинтересованного общения врача и пациента: беседы, разъяснения, убеждения, поиска компромиссов с учетом индивидуальных предпочтений.

Отказ больного от психиатрической помощи представляет собой нежелательное явление, которое может привести к отрицательным последствиям: обострению, прогрессированию психического расстройства, увеличению частоты приступов, нарушение социальной адаптации и инвалидности. Врач обязан установить контакт с пациентов, объяснить, предупредить, успокоить, убедить пациента в необходимости получения согласия на лечение. Отказ от психиатрической помощи пациента остается на совести врача.

Первичная заболеваемость населения республики с 2001 г. продолжает иметь тенденцию роста во всех возрастных группах, как в абсолютных, так и в относительных показателях. В 2009 г. в республике было взято на учет с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства под диспансерное и консультативное

наблюдение больных 78 017 (2008 г. — 73 026), или 882,4 на 100 тысяч населения (2008 г. — 754,3) , в том числе по областям: г. Минск — 14 156 человек, или 778,1 на 100 тысяч населения, Брестская обл. — 10 661 человек, или 760,8 на 100 тыс. населения, Витебская обл. — 9160 чел., или 743,2 на 100 тыс. населения, Гомельская обл. — 13321 чел. или 924,9 на 100 тыс. населения, Гродненская обл. — 12157 чел., или 1133,6 на 100 тыс. населения, Минская обл. — 10178 чел., или 714,5 на 100 тыс. населения, Могилевская обл. — 8384 чел. или 764,7 на 100 тыс. населения.

В 2007 г. в республике насчитывается 237 психиатрических кабинетов для обслуживания взрослого населения и 73 детских психиатрических кабинетов. Общее число психотерапевтических кабинетов увеличилось со 133 в 2003г. до 160 в 2007г., из них: 132 психотерапевтических кабинета для обслуживания взрослого населения и 28 психотерапевтических кабинетов для обслуживания детей.

Улучшается обеспечение психиатрической службы современными лекарственными средствами, возросло число лекарственных средств, применяемых в практической психиатрии, включенных в перечень основных лекарственных средств, утвержденный постановлением Министерством здравоохранения № 65 от 16.07.2007 г.

Разработана и используется при оказании психиатрической помощи вторая версия протоколов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств, в 2008 г. планируется разработка третьей версии. Планируется также издание отдельной версии протоколов диагностики и лечения отдельных форм психических и поведенческих расстройств для врачей ПМСП с целью интеграции психиатрической помощи в общелечебную практику. Планируется дальнейшее развитие и совершенствование психиатрической помощи.

В 2006 г. специалистами системы Министерства здравоохранения, разработана Концепция развития психиатрической помощи в Республике Беларусь на 2007—2010 годы, утверждена Министром здравоохранения 25.05.2006 г. В соответствии с Концепцией разработан План мероприятий по реализации Концепции развития психиатрической помощи в Республике Беларусь на 2007—2010 годы, утвержден Министром здравоохранения 13.12.2006 г. Реализация указанного Плана станет началом реформы психиатрической помощи в нашей стране, что в конечном итоге повысит качество оказания психиатрической помощи населению и, будет способствовать повышению авторитета Белорусской психиатрии в международном сообществе. В марте-мае 2007 г. специалистами Министерства здравоохранения, управлений

здравоохранением облисполкомов, комитета по здравоохранению Мингорисполкома, республиканских психиатрических организаций здравоохранения, высших медицинских учреждений образования республики разработан проект Государственной программы профилактики самоубийств в Республике Беларусь на 2008—2012 годы.

Психические заболевания редко становятся причиной смерти. Поэтому большое социальное значение приобретает инвалидность при этих заболеваниях, имеющая свои особенности:

- чаще всего больные являются инвалидами первой и второй групп;
- инвалидность является более «молодой».

Всю работу с психическими больными и их семьями проводят специалисты *психоневрологических диспансеров*. Всего в настоящее время в стране функционирует 14 психоневрологических диспансеров. Задачами таких диспансеров являются:

- выявление среди населения больных с нервно-психическими нарушениями, постановка их на учет, динамическое наблюдение и лечение;
- медико-социальный патронаж;
- социальная помощь больным;
- трудовое обучение и трудоустройство больных с остаточной трудоспособностью (совместно с органами социальной защиты);
- судебно-психиатрическая, трудовая, военная и другие виды экспертиз;
- профилактическая работа и т.д.

На конец 2009 г. на учете в психоневрологических диспансерах и кабинетах под диспансерным и консультативным наблюдением состояло 269992 больных (2008 г. — 263 285) психическими расстройствами, что на 100 тысяч населения составило 2848,0 (2008 г. — 2722,2), в том числе по областям: г. Минск — 43 985 человек, или 2398,0 на 100 тысяч населения, Брестская обл. — 37 857 человек, или 2706,6 на 100 тыс. населения, Витебская обл. — 37 371 чел. или 3041,7 на 100 тыс. населения, Гомельская обл. — 43 441 чел. или 3020,3 на 100 тыс. населения, Гродненская обл. — 33 776 чел. или 3157,8 на 100 тыс. населения, Минская обл. — 42803 чел. или 3016,6 на 100 тыс. населения, Могилевская обл. — 30759 чел. или 2817,0 на 100 тыс. населения.

В отделениях диспансеров появились социальные работники, которые решают социально-медицинские проблемы больных. К этим проблемам относятся:

- Идентификация личностей, поступивших в стационар в состоянии амнезии.

- Составление социальных паспортов на каждого поступившего больного.
- Восстановление утерянных паспортов.
- Восстановление в правах на незаконно проданную жилплощадь.
- Социальное обслуживание после выписки на дом, т.к. отделы соц. защиты не хотят брать на учет данную категорию больных.
- Устройство после прохождения лечения в специализированные дома-интернаты.
- Организация досуга больных.
- Организация трудотерапии, как средства лечения и реабилитации, восстановление лечебно-трудовых мастерских.
- Обучение родных и близких совместному проживанию с психиатрическим больным.
- Подготовка к переходу на бригадный метод работы в психиатрии по опыту зарубежных стран.
- Правовое консультирование больных и членов их семей.

Социально-медицинская работа в наркологии

Значительный материальный и нравственный ущерб обществу продолжают причинять пьянство, алкоголизм и наркомания. С 2000 по 2009 гг. контингент больных хроническим алкоголизмом и алкогольным психозом вырос на 37,2% (с 1426,9 до 1957,6 на 100 тыс. населения). Наряду с ростом потребления спиртных напитков отмечается повышение заболеваемости наркоманией. В 2009 г. на учете в диспансерах состояло 8058 больных наркоманией (85,0 на 1000 жителей, в 1994 г. — 1154, в 2000 г. — 4545). С 2000 г. количество больных увеличилось на 77,3%.

Средняя длительность пребывания в стационаре больных алкогольным психозом в 2009 г. составила 14,1 дня (2006 г. — 16,2), больных алкоголизмом — 10,7 дня (2008 г. — 10,5), наркоманиями — 10,3 дня (2008 г. — 10,2), токсикоманиями — 17,8 дня (2008 г. — 13,7).

Наркология — (греч. *narke* — сон, оцепенение) — наука о сне или об измененном, под влиянием наркотического вещества, сознании. В группу наркологических социальных болезней входят:

• **Наркомании** — 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.

- **Алкоголизм** — хроническое заболевание, вызванное злоупотреблением спиртными напитками (напитками, содержащими этиловый спирт), характеризующееся патологическим влечением к алкоголю.

- **Токсикомании** — группа заболеваний, вызываемых хроническим употреблением психоактивных средств и определяющихся патологическим влечением к ним.

- **Табакочурение** или никотинизм — разновидность токсикомании.

Все эти заболевания объединяют три черты:

- **Психическая зависимость** — патологическое влечение к наркотическому средству (в наркомании влечение к тому, чтобы в результате приема наркотика испытать чувство кайфа).

- **Физическая зависимость** — проявляется абстинентным синдромом (синдром отмены), при прекращении приема наркотического вещества (в наркомании выражается в виде ломки).

- **Толерантность** — невосприимчивость к предыдущей дозе наркотического вещества с тенденцией к ее увеличению (в результате толерантности наркоманы погибают от передозировки наркотика).

В настоящее время в нашей стране резко обострились проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами (ПАВ). **ПАВ** — это исторически выявленные и социально закрепленные адаптогены, т.е. средства, способствующие адаптации (истинной или иллюзорной) к условиям и требованиям жизни благодаря своему воздействию на психическое состояние — настроение, эмоции, тонус, поведение. Употребление ПАВ — это системное биопсихосоциальное явление, социальные, медицинские, экономические, криминальные последствия которого влияют на общественное благосостояние.

В течение 2009 г. в республике взято на учет 36 477 больных с впервые в жизни установленным диагнозом наркологических расстройств (2008 г. — 32232), в том числе с алкоголизмом и алкогольным психозом 34 578 (2008 г. — 30869), больных наркоманией — 1826 (2008 г. — 1298), токсикоманией — 73 (2008 г. — 65).

Изучение возрастного состава зарегистрированных на наркологическом учете наркопотребителей показало, что большинство из них составляют лица в возрасте до 35 лет — 84,5%. Из них: моложе 15 лет — 2,9 %, 15-19 лет — 10,3%, 20–24 лет — 22,4% и 25–34 лет — 48,9%. Обращает внимание, что количество состоящих на наркологическом учете детей и подростков ежегодно растет. Так, по сравнению с уровнем 1994 года число пациентов с нарко (токсико) маниями в возрастных группах до 15 лет и 15–19 лет увеличилось в 14,5

и 3,5 раза соответственно. Поскольку основу этих возрастных групп составляют учащиеся школ и других учебных учреждений, важно было выяснить, какова их доля среди всех наркопотребителей, а также в контингенте больных наркоманиями и токсикоманиями. Исследованием установлено, что удельный вес учащихся средних учебных заведений и студентов вузов в контингенте всех потребителей ПАВ составляет 14,0%, а среди нарко (токсико) манов — 6,7%. При этом доля зависимых от ПАВ учащихся школ и других учебных заведений среднего звена за исследуемый период увеличилась с 1,7% в 1994 году до 5,8% — в 2002-м, а среди элитной части молодежи — студентов высших учебных заведений — с 0,2% до 0,9% соответственно. В основном это были лица в возрасте до 20 лет или 5,3%.

Результаты социологического исследования показали, что большинство студентов информированы о проблеме наркотиков и наркоманий в молодежной среде: 40,8% из них убеждены, что наркомания широко распространена в этой популяции, другие — 39,9% считают, что иногда встречается. Установлено также, что опыт применения ПАВ имели 52 студента или 16,7% всех опрошенных. Причем, 6,8% опрошенных употребляли наркотики, по меньшей мере, 1 раз, 9,3% — несколько, а 0,6% — многократно. Подавляющее большинство из признавшихся курили марихуану — 78,8%, принимали наркотики внутрь — 30,8%, вводили наркотики инъекционным способом 3 студента — 5,8% потребителей.

Распространение этой патологии наблюдается как среди мужской популяции, так и женской, однако темпы роста различаются. Так, количество женщин с наркоманиями за исследованный период увеличилось в 4,9 раза, а у мужчин — в 3,6. Одновременно произошло увеличение доли женщин в контингенте наркоманов с 16,3% до 21,0%, и снижение соотношения мужчины/женщины — с 5,1 до 3,8. В тоже время, в контингенте токсикоманов отмечается снижение удельного веса женщин с 18,1% в 1994 году до 11,8% — в 2002 году, а соотношение мужчины/женщины выросло с 4,5 до 7,5. Все это свидетельствует об ускорении темпов наркотизации среди женской популяции и является прогностически неблагоприятным для дальнейшего развития наркологической ситуации.

Принципами наркологической помощи являются:

- добровольность обращения за помощью;
- уравнивание в правах больных наркоманией и алкоголизмом с больными другими хроническими заболеваниями;

- многовариантность организации наркологической помощи – сочетание общедоступной бесплатной и платной (чаще всего анонимной) помощи населению;

- комплексность — сочетание социальной, лечебной и реабилитационной помощи.

В меняющихся экономических и политических условиях, при росте наркологических больных и принятии новых законов о психиатрической помощи, изменяется и социальная направленность ее деятельности специалистов. В 90-е годы работа по профилактике наркомании и алкоголизма в семье велась по месту непосредственного жительства больных. Теперь это тоже ушло в прошлое, и медицинские работники ждут на приеме добровольного обращения нуждающихся в их помощи граждан. Отсутствует и система организации трудотерапии больных, которая существовала в виде наркоотделений на промышленных и строительных предприятиях республики. А системе МВД РБ функционировал лечебно-трудовой профилакторий (ЛТП) для принудительного лечения больных.

Всего в Беларуси действует 11 диспансеров наркологического профиля. В ряде наркологических диспансеров городов открываются и эффективно работают отделения медико-социальной помощи. Лечение в наркологических диспансерах осуществляется на добровольной основе, но бывают и исключения. При РНД работает комиссия для освидетельствования лиц, к которым, наряду с наказанием за совершенное преступление, судом может быть применено принудительное лечение от алкоголизма, наркомании или токсикомании, предусмотренное Законодательством Республики Беларусь. Кроме того, лица в состоянии острого алкогольного психоза, представляющие опасность для окружающих и для самих себя, также проходят принудительное лечение.

По состоянию на 2006 г. реабилитацию и ресоциализацию наркологических больных осуществляли несколько реабилитационных центров, созданных неправительственными общественными организациями (НПО) и христианскими миссиями. Организация этих центров проходила в ограниченном количестве населенных пунктов, в основном, с наибольшей распространенностью потребителей наркотиков.

Только в некоторых государственных наркологических учреждениях начинают оказывать подобные услуги, но из-за малочисленности они не в состоянии обеспечить реабилитацию всем желающим пациентам. Как правило, в наркологических диспансерах имеется список

негосударственных реабилитационных центров и зачастую их рекомендуют наркозависимым, прошедшим детоксикацию.

В частности, в 2006 г. на базе Гродненского областного клинического центра «Психиатрия-наркология» впервые в республике было открыто стационарное наркологическое отделение для лечения и реабилитации больных наркоманией, в котором активно используются психотерапевтические методики на основе Миннесотской модели реабилитации зависимых (Minnesota Drug and Alcohol Rehabilitation Programs and Addiction Treatment: www.addictionsearch.com/treatment/MN/minnesita.html). Согласно этой модели реабилитация больных наркоманий происходит с участием врача-нарколога, врача-психотерапевта, консультанта терапии зависимости, священнослужителей, а также выздоравливающих пациентов (со сроком трезвости не менее 3-х лет). Знакомство пациентов с движением «Анонимные алкоголики» и «Анонимные наркоманы» проходит посредством спикерских собраний, проводимых в отделении больницы.

В 2006 г. работа ряда НПО, занимающихся первичной профилактикой, снижением вреда и реабилитацией и ресоциализацией наркозависимых, поддерживалась в рамках выполнения некоторых международных проектов - программы БУМАД, проекта ПРООН/Глобального фонда «Профилактика и лечение ВИЧ/СПИДа в Республике Беларусь», а также представительство Христианского детского фонда в Республике Беларусь.

Особенность медико-социальной работы с наркологическими больными выражается в проведении профилактических, лечебных и специализированных программ.

Профилактические программы направлены на предупреждение действия — в основном дети и подростки в целом те группы, в которых риск приобщения к приему ПАВ особенно велик. **Лечебные программы** предусматривают раннее выявление и направление на лечение больных с той или иной наркологической проблематикой. **Специализированные программы**, неразрывно связанные с терапевтическими, предусматривают реабилитацию, реадaptацию, ресоциализацию наркологических больных. В рамках этих программ преодолеваются разрывы и противоречия между личностью и обществом.

В комплексе мер борьбы с наркотизмом на первое место выходят профилактические. Любое заболевание легче предупредить, чем лечить, тем более что болезни наркологического профиля неизлечимы, а их купирование стоит слишком дорого. Функции социального работника в диспансерах часто выполняют врач-психотерапевт и трудинспектор. По-

этому существует острая необходимость в деятельности специалистов по социальной работе для оказания квалифицированной помощи больным и их семьям.

Анализ зарубежного опыта показал, что самими эффективными моделями профилактики считаются различные варианты модели формирования необходимых жизненных навыков (далее — ФЖН). Было отмечено также, что некоторые дети, даже когда они подвергаются многим факторам риска, не употребляют наркотики и алкоголь. Исследования показывают, что от этого их удерживает целый ряд защитных навыков и условий: чувство юмора, внутренний самоконтроль, целеустремленность, важность взаимоотношений, по крайней мере, с одним взрослым человеком помимо родителей (это может быть и более взрослый «трезвый» подросток, и учитель), привязанность к законам и нормам общества, школы, общины, семейным стандартам, исключающим употребление алкоголя и наркотиков. Программа первичной профилактики, осуществляемая в Германии, включается в действие в младшей школе. Существует поурочная разработка по антинаркотическому обучению младших школьников, включаемая в годовой учебный план.

Самыми распространенными в мире программами первичной профилактики являются образовательные антиалкогольные и антинаркотические программы. Они доказали свою эффективность. Вместе с тем программы, ориентированные только на информацию о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, оказываются менее результативными, чем программы, обучающие адаптивному стилю жизни, навыкам общения, критическому мышлению, умению принимать решения и противостоять в ситуациях предложения психоактивных веществ.

В основу программы обучения легли семь стадий принятия решения.

1. Всестороннее рассмотрение широкого спектра альтернативного поведения.

2. Рассмотрение всех целей, которые должны быть достигнуты, и оценка ценностей, связанных с совершаемым выбором.

3. Тщательное взвешивание того, все ли отрицательные последствия, наряду с положительными, известны применительно к каждому образу действий.

4. Активный поиск информации, важной для оценки альтернатив.

5. Объективная оценка поступающей информации и полученных мнений экспертов, даже если они идут вразрез с тем образом действий, к которому изначально склонялся индивид.

6. Повторная оценка положительных и отрицательных последствий всех известных альтернатив, даже тех, которые изначально

рассматривались как неприемлемые, прежде чем будет принято окончательное решение.

7. Составление детального плана осуществления избранного курса поведения, учет возможности его изменения в случае реализации нежелательных последствий.

Таким образом, специалистам необходимо учитывать специфику медико-социального статуса различных групп пациентов наркологического профиля при составлении программ медико-социальной работы.

- Группа повышенного риска развития наркологических заболеваний характеризуется наличием клинической и субклинической патологии, формирующей предрасположенность к употреблению ПАВ и развитию наркологических заболеваний, а также наследственной отягощенностью.

- Члены семей наркологических больных и их ближайшее окружение представляют собой группу, особенностями которой являются медицинские проблемы, связанные с личностной реакцией на длительную и острую психотравматическую ситуацию.

- Группа длительно и часто болеющих пациентов наркологического профиля.

- Группа больных наркологического профиля, имеющих выраженные социальные проблемы.

- Инвалиды, причем инвалидность в данном случае устанавливается не по основному заболеванию наркологического профиля, а по его осложнениям и сопутствующим заболеваниям.

Проблема пьянства и алкоголизма продолжает оставаться одной из самых социально значимых и актуальных для нашего государства. Это негативное явление причиняет как обществу в целом, так и отдельным гражданам огромный материальный и нравственный ущерб. Изучение данного вопроса показало, что пьянство и алкоголизм по масштабам своего распространения, величине экономических, экологических, демографических и нравственных потерь представляют серьезную угрозу стабильности и развитию общества, здоровью и благополучию нации.

Потребление спиртных напитков в последнее десятилетие приобрело устойчивый и массовый характер. Уровень потребления алкогольных напитков населением Республики Беларусь продолжает оставаться высоким. Объем потребления спиртных напитков на душу населения с 1995 по 2007 годы увеличился с 6,7 до 11,6 литра абсолютного алкоголя. Фактически население республики потребляет спиртных напитков больше, так как официальной статистикой не учитывается алкогольная

продукция, производимая кустарным способом и реализуемая с сокрытием от учета и налогообложения.

За последние пять лет число лиц, страдающих хроническим алкоголизмом и состоящих на диспансерном учете в специализированных организациях здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь, возросло с 121 880 до 177 188 чел. В 2009 г. госпитализировано больных с алкоголизмом и алкогольным психозом — 48863 (2008 г. — 47531), больных наркоманиями — 2134 (2008 г. — 1739), токсикоманиями — 192 (2008 г. — 135). Средняя длительность пребывания в стационаре больных алкогольным психозом в 2009 г. составила 14,1 дня (2008 г. — 16,2), больных алкоголизмом — 10,7 дней (2008 г. — 10,5), наркоманиями — 10,3 дня (2008 г. — 10,2), токсикоманиями — 17,8 дня (2008 г. — 13,7).

В последнее время значительно возросло число женщин, страдающих алкогольной зависимостью. Большое значение для формирования болезни приобретают физиологические и конституциональные факторы. Традиционно положение женщины в обществе складывается исходя из её биологической природы, предназначенной для продолжения рода и вынашивания плода, кормления ребёнка, воспитания детей, то есть функции матери, домохозяйки, работницы. Изменение положения женщины в обществе приводит и к негативным последствиям, в том числе и к пьянству и алкоголизму. В последние годы доля женского алкоголизма в структуре заболеваемости населения неуклонно возрастает. Этому способствуют тяготы жизни, одиночество, психотравмирующие ситуации, особенности эмоционального реагирования, профессия, социальная микросреда.

Хотя женский алкоголизм, по сравнению с мужским, развивается в более позднем возрасте (25–35 лет), большинство исследователей отмечает его особую тяжесть и злокачественность. Только на официальном учёте в Республике Беларусь общее число наблюдаемых женщин, страдающих алкоголизмом и наркоманией, достигло в 2008 г. — 34 120 чел.

По наблюдениям наркологов, есть два опасных возраста, когда женщины наиболее часто попадают в зависимость от алкоголя. Первый — 25–30 лет. В нашем обществе пока невелик набор адаптационных сценариев, еще не сформировалась привычка расслабляться здоровым способом: в фитнес-центре, бассейне. Стрессы снимаются с помощью алкоголя. Другая группа риска — женщины примерно 40–45 лет. На этот период приходится пик семейных кризисов: дети вырастают, муж отдаляется и т.д.

Общество довольно терпимо относится к пьющей женщине, пока у нее в доме чисто, дети накормлены и у начальства нет претензий к ее работе, а родственно-дружеский контроль включается, когда ее поведение выходит за рамки социальных норм.

Адаптационные способности женского организма выше, чем мужского, и вредная привычка может долгое время не сказываться на работоспособности.

Психологи убеждены, что скрытый женский алкоголизм набирает обороты. Есть среди них высокопоставленные менеджеры и собственницы бизнеса. Например, одна владелица крупной торговой компании на протяжении долгого времени не могла расслабиться после напряженного рабочего дня и заснуть, не выпив пол-литра виски. Особенно часто это случалось в командировке, когда она возвращалась в гостиницу после переговоров. От этой зависимости женщина избавилась лишь после того, как у нее случился роман с коллегой.

Развитие раннего женского алкоголизма характеризуется стадийностью (этапностью) и высокой прогрессивностью. На этапе групповой психической зависимости девушки в абсолютном большинстве предпочитают легкие алкогольные напитки. На этапе сформированной зависимости относительно увеличивается удельный вес предпочтения крепких напитков, хотя легкие алкогольные напитки продолжают преобладать. Как и для всей подростковой популяции в целом, для девушек также характерно сочетание злоупотребление алкогольными напитками и эпизодическое употребление наркотических веществ.

Тесна и для всех совершенно очевидна связь пьянства и алкоголизма с преступностью. Около 30% расследуемых преступлений совершается в состоянии алкогольного опьянения. Наблюдается ухудшение демографической ситуации в республике. Число лиц, вступающих в брачный союз за последние 10 лет уменьшилось на 28%, а число разводов увеличилось на 35%. Увеличивается социальное сиротство. Растет количество детей, оставшихся без попечения родителей, причем это происходит на фоне падения рождаемости и уменьшения численности детского населения страны. Одной из причин сиротства является алкоголизм родителей и как следствие, жесткое отношение к детям, пренебрежение их интересами и правами. Увеличивается количество детей, рожденных вне брака.

Совет Министров Республики Беларусь своим постановлением от 27 апреля 2006 г. № 556 утвердил Государственную программу

национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2006–2010 годы.

Приоритетными направлениями новой Государственной программы продолжают оставаться вопросы совершенствования законодательства и разработка системы эффективных профилактических мероприятий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма, взаимодействия государственных органов с общественными организациями, регулирования производства и оборота алкогольных напитков, совершенствования организации наркологической службы, обеспечения научных исследований в области профилактики алкоголизма и связанных с ним последствий.

Наркологической службой республики в течение года проводилась целенаправленная работа по раннему выявлению лиц, страдающих наркоманией и токсикоманией, их активному наблюдению и комплексному лечению. В республике ежегодно увеличивается число людей, попадающих в физическую и психическую зависимость от наркотиков, а также потребителей наркотических средств.

Министерством здравоохранения разработаны и утверждены примерные штатные нормативы обеспечения наркологической службы Министерства здравоохранения Республики Беларусь (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 апреля 2008 г. № 81 «Об утверждении примерных штатных нормативов медицинского и фармацевтического персонала наркологических диспансеров, отделений и кабинетов»).

Много внимания уделяется работе с неблагополучными семьями. Так в Могилевской области налажен учёт неблагополучных семей, в которых родители, имеющие несовершеннолетних детей, злоупотребляют спиртными напитками. Ежегодно выявляется 800–900 таких семей, состоят под наблюдением наркологической службы 5–6 тысяч неблагополучных семей.

На крупных промышленных предприятиях области функционируют 12 наркологических пунктов. В 10-ти районах области совместно с ГАИ организована работа передвижных наркологических пунктов.

Активизирована работа организаций здравоохранения по снижению уровня преступлений совершенных в состоянии алкогольного опьянения, на бытовой почве, по предупреждению гибели людей, активному информированию населения о возможных опасностях и угрозах для жизни и здоровья.

Принимаются профилактические меры по раннему выявлению и лечению больных алкоголизмом. Врачи наркологи, совместно с

участковыми инспекторами милиции, инспекцией по делам несовершеннолетних регулярно проводят совместные выезды в населенные пункты по месту жительства граждан с целью выявления неблагополучных семей, в которых супруги злоупотребляют спиртными напитками, не занимаются воспитанием детей, на почве пьянства устраивают скандалы. Врачи-наркологи участвуют в заседаниях комиссии по делам несовершеннолетних, за истекший период 2008 года осмотрено 923 несовершеннолетних, из них наркологом наблюдается 398 человек.

Информацию о семьях, в которых родители злоупотребляют спиртными напитками и воспитывают несовершеннолетних детей, врачи-наркологи районов ежеквартально передают в инспекцию по делам несовершеннолетних. За 1-й квартал 2008 года только в Минской области было выявлено при дорожном патронаже 20 неблагополучных семей, врачами-педиатрами — 75 таких семей, по направлению педагогов осмотрено 31 родитель, допускающий злоупотребление алкоголем и воспитывающий несовершеннолетних детей, 168 — направлены на осмотр к наркологу сотрудниками милиции (за 1-й квартал 2007 года было выявлено 130 неблагополучных семей). На учете наркологической службы области состоит 3 242 неблагополучные семьи, воспитывающие несовершеннолетних детей и допускающие злоупотребление алкоголем.

Министерством здравоохранения проводится большая работа по предупреждению пьянства и алкоголизма с использованием средств массовой информации. Так на телеканалах ЛАД, БТ, СТВ, кабельном телевидении прошёл показ тематических телепередач: «Здоровье граждан — здоровье нации», «Приглашаем к откровенному разговору», «Пиво и подростки», «Мы рождены жить». В информационной программе «Репортер» Гомельского областного телевидения вышло в эфир интервью с подростковым наркологом Гомельского областного наркологического диспансера по проблемам зависимостей; в программе «Казанова» - с заведующим диспансерным отделением Гомельского областного наркологического диспансера по проблемам мужского здоровья и алкоголизма. В г. Солигорске Минской области проведены телеинтервью с врачами на темы «Профилактика зависимостей, девиантного поведения», «О состоянии наркологической и алкогольной патологии в районе». Сморгонским телевидением подготовлен сюжет с участием врача-нарколога по профилактике употребления психоактивных веществ. По кабельному телевидению г. Новогрудка транслировалась передача «Развеем миф об алкоголизме».

По радио «Столица» прозвучали выступления «Алкоголизм и наркомания – правовые аспекты», «Сознательный вред здоровью», «Здоровый человек — новый образ настоящего», «Семья проглядела», «На заседании КДН», «Проблема алкоголизма», «Молодежь и вредные привычки», «Профилактика алкоголизма у женщин», «Пивной алкоголизм среди подростков», «Человек! Живи свою жизнь! Без вредных привычек» и другие. В эфире Щучинского районного радио проведена «прямая линия» с врачом-наркологом УЗ «Щучинская ЦРБ» по профилактике пьянства и алкоголизма.

В печатных изданиях в рубриках, освещающих вопросы медицинской тематики, систематически публикуются материалы по пропаганде трезвого образа жизни: «Алкогольная зависимость и ее последствия», «Неблагополучные семьи — угроза обществу», «Детство без жестокости и насилия», «Пьянство и производственный травматизм», «Бытие... питание?», «Возвращение из ада», «Не пей!» и другие.

В учреждениях образования и культуры разработаны программы по профилактике алкоголизма и наркомании, которые включают в себя проведение тематических вечеров, круглых столов, бесед, акций, дней здоровья, конкурсов. К примеру, в Гродненской области на базе УО «Гимназия № 7» работает Университет практических знаний «Активные формы и методы обучения курсу «Здоровый образ жизни», в программу которого вошли уроки здоровья для младших классов «Вредные привычки нам не сестрички»; занятия в валеологической мастерской «Алкоголизм — злейший порок человечества»; уроки-тренинги с детьми, требующими повышенного педагогического внимания; специалисты отдела общественного здоровья ГУ «ГОЦГЭОЗ» приняли участие в заседаниях «круглого стола» «Ответственность несовершеннолетних за совершение преступлений, правонарушений и пропаганда здорового образа жизни среди молодежи» и «Здоровье девушки — будущей матери», интеллектуальной игре «Наркотики и здоровье». В школах области с привлечением медицинских специалистов проведены уроки здоровья «Вред алкоголя и курения», «Сам себе я помогу, свое здоровье сберегу»; лекции «Профилактика алкоголизма и пьянства»; психологический тренинг «Подросток и алкоголь»; акции «Письмо ровеснику», «Нет — алкоголю», «Вместе в страну здоровья» и др. В Минской области внедрена организация работы по системе «равный обучает равного».

Организациями здравоохранения совместно с учреждениями образования, комиссиями по делам несовершеннолетних, отделами идеологической работы исполнительных комитетов проводится работа

по раннему выявлению подростков, злоупотребляющих алкоголем, путем обследования условий проживания детей и подростков в неблагополучных семьях. Специалистами организованы рейды в неблагополучные семьи, работают учительско-родительские патрули, проводятся профилактические и разъяснительные беседы с подростками и их родителями по месту жительства, учебы. В Могилевской области реализуется программа «Проблемный подросток» с целью оказания помощи учащимся определить свои этические и нравственные принципы, сформировать здоровый образ жизни.

На предприятиях и в общественных организациях работают комиссии по борьбе с пьянством и алкоголизмом, усилен контроль руководителей учреждений за состоянием трудовой и исполнительской дисциплины согласно Декрета Президента Республики Беларусь № 1.

Активно проводится индивидуальная работа с населением: в течение 1 квартала 2008 года в 209 «школах здоровья» организовано 385 занятий на темы «Сохрани себя для жизни, «Вредным привычкам — НЕТ!», «Беременность и алкоголизм», «Алкоголь и дети», «Женский алкоголизм», «О несовместимости алкоголя и спорта», «Алкоголизм и сахарный диабет», на которых прошли обучение 2 716 человек. Для оказания практической помощи в отказе от вредных привычек организованы «горячие линии» и телефоны доверия (ряд из которых действует круглосуточно), на которые за истекший период обратились 633 абонента.

С целью изучения информированности населения по проблеме алкогольной зависимости и выявления причин, влияющих на потребление алкоголя, в 1 квартале 2008 года проведено 100 региональных социологических исследований, в которых приняли участие свыше 8 500 респондентов. Так, на базе учреждений образования и здравоохранения Минской области проведены тематические анкетирования среди учащихся, родителей и работающей молодежи на темы: «Я и мои права», «Изучение факторов, влияющих на распространение алкоголизма, токсикомании, наркомании, курения в молодежной среде». В Гродненской области организованы анкетирования населения «Ваше отношение к алкоголю», «Причины употребления алкогольных напитков», «Какой информацией о курении, алкогольных напитках и наркотических веществах вы владеете?»; прошел мониторинговый опрос школьников старших и младших классов на тему «Мое здоровье» (1 015 участников).

В Вооруженных силах в целях реализации Государственной программы проделаны следующие мероприятия:

1. Ужесточены требования к проведению медицинского освидетельствования призывников и военнослужащих, злоупотребляющих алкоголем.

2. Проводится научное изучение факторов, влияющих на формирование зависимости от алкоголя у военнослужащих по контракту.

3. Ежегодно в День психического здоровья в воинских частях проводятся лекции по пропаганде трезвого образа жизни.

В Министерстве промышленности и в подведомственных организациях осуществлен ряд организационных, технических, экономических, воспитательных мер, направленных на укрепление трудовой дисциплины, профилактику пьянства на производстве. Во всех организациях подведомственных Минтрансу созданы и работают комиссии по борьбе с пьянством. Работа комиссий проводится в соответствии с разработанными и утверждёнными планами мероприятий.

В автобусных парках и автопредприятиях, занимающихся перевозкой пассажиров, организованы здравпункты, медицинские работники которых осуществляют предрейсовые, межрейсовые и послерейсовые осмотры водителей с целью определения физического состояния водителей.

Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма облисполкомами и Минским горисполкомом, заинтересованными министерствами и ведомствами в целом выполняется, но есть целый ряд нерешённых вопросов: заболеваемость алкоголизмом, смертность от случайного отравления алкоголем увеличивается; уровень потребления населением алкогольных напитков остается высоким.

В настоящее время прорабатывается комплекс дополнительных мероприятий по внесению дополнений в Государственную программу национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2006–2010 годы.

Социально-медицинская работа в центрах профилактики СПИД

С наркоманией неразрывно связана проблема ВИЧ-инфекции и СПИД. **ВИЧ** — (вирус иммунодефицита человека) — это вирус, который вызывает разрушение иммунной системы и делает больного восприимчивым к различным инфекциям и опухолям. **ВИЧ-инфицированные** — лица, зараженные вирусом иммунодефицита человека. Оно включает в себя период длительного вирусоносительства (10 и более лет), заканчи-

вающееся СПИДом. **СПИД** — (синдром приобретенного иммунного дефицита) — это конечная стадия проявления болезни. Ее продолжительность не превышает обычно трех лет.

До 1995 г. Беларусь относилась к странам с низким уровнем выявления ВИЧ-инфекции. В 2009 г. новые случаи инфекции выявлены у 1072 человек (2008 г. — 990). На 01.01.09 в Республике Беларусь было официально зарегистрировано 10 690 ВИЧ-инфицированных. В 2009 г. по причинам, связанным с ВИЧ-инфицированием, умерло 349 жителей республики.

Пандемия СПИДа является проблемой мировой социальной медицины. В связи с массовым распространением в мире заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), которое остается неизлечимым и приводит к неотвратимому смертельному исходу, вызывает тяжелые социально-экономические и демографические последствия для страны, создает угрозу личной, общественной и государственной безопасности, угрозу существования человечества, все это вызвало необходимость защиты прав и законных интересов населения и применения современных эффективных мер комплексной профилактики ВИЧ-инфекции. На решение этих проблем направлен Закон Республики Беларусь «О здравоохранении», которым определены следующие гарантии:

- регулярное информирование населения, в т.ч. через СМИ, о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции;
- эпидемиологический надзор за распространением ВИЧ-инфекции на территории Республики Беларусь;
- производство средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции;
- доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции;
- бесплатное предоставление всех видов квалифицированной и специализированной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным — гражданам РБ;
- развитие научных исследований по проблемам ВИЧ-инфекции;
- включение в учебные и образовательные программы учреждений тематических вопросов по нравственному и половому воспитанию;
- социально-бытовая помощь ВИЧ-инфицированным — гражданам, получение ими образования, их переквалификация и трудоустройство;
- подготовка специалистов для реализации мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции;

- развитие международного сотрудничества и регулярный обмен информацией в рамках международных программ по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции.

Большую роль в профилактике, диагностике и лечении ВИЧ-инфекции играет Республиканский центр гигиены и эпидемиологии, в структуре которого действует Отдел по профилактике и борьбе со СПИДом. Основными задачами являются:

- организация и проведение мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и СПИД;
- организация и оказание необходимых видов медицинской, психологической помощи ВИЧ-инфицированным;
- организация и пропаганда мер профилактики ВИЧ-инфекции и СПИД среди населения;
- оказание помощи в решении социально-правовых и реабилитационных вопросов в отношении носителей ВИЧ и больных СПИД.

Медико-социальные и экономические последствия ВИЧ-инфекции следующие:

- поражение наиболее трудоспособной части населения;
- резкое снижение показателей здоровья населения;
- экономический ущерб обществу;
- трудность в организации лечения больных из-за разнообразия клинических проявлений;
- большие расходы на лечение (лечение больного СПИДом в течение года измеряется десятками тысяч долларов);
- возможная дискриминация больных и ВИЧ-инфицированных.

На территории Республики Беларуси все проблемы, связанные со СПИДом, решает Министерство здравоохранения Республики Беларусь.

В работе с ВИЧ-инфицированными и с больными СПИДом специалист по социальной работе организует психологическую помощь, проводит изучение психологического статуса пациента, предоставляет нуждающимся информацию о возможности получения иной помощи; проводит психологическую помощь медицинскому персоналу в отделениях по вопросам общения с пациентами, имеющими факторы риска психологической дезадаптации и нуждающимся в психологической помощи; оказывает консультативную помощь сотрудникам медико-социальной помощи.

Социально-медицинская работа во фтизиатрии

Фтизиатрия — (фтиза с лат. — чахотка, истощение) — наука изучающая туберкулез. Туберкулез — одно из самых тяжелых инфекцион-

ных заболеваний, относящихся к социально опасным заболеваниям. Среди клиентов специалиста по социальной работе большое место занимают больные туберкулезом, так как чаще всего туберкулезом заболевают именно социально дезадаптированные лица.

Возбудитель туберкулеза — микобактерия (*Mycobacterium tuberculosis*) была открыта немецким ученым Робертом Кохом . 24 марта 1882 года в Берлине Р. Кох сделал доклад о своем открытии. С тех пор во всем мире 24 марта является **Днем борьбы с туберкулезом**.

Заболевание передается воздушно-капельным путем. Основным источником инфекции является человек, но также болеет крупный рогатый скот, птицы. Основную опасность для окружающих составляют лица с невыявленным туберкулезом, не получающие лечения. Они выделяют в окружающую среду большое количество микобактерий. Основная часть микобактерий, выделяющихся при кашле, чихании, распространяются в радиусе одного метра от больного.

Чаще заболевают туберкулезом лица, находящиеся в контакте с больным в плохо проветриваемых помещениях (тюрьме, больничных палатах, имеющие семейные контакты). При краткосрочном не близком контакте с больным туберкулезом, угроза заболевания невысокая.

Инфицирование туберкулезом не всегда приводит к заболеванию. Данные многочисленных исследований свидетельствуют о том, что только около 5—10% инфицированных на протяжении жизни заболевают туберкулезом. В большинстве случаев у инфицированных микобактериями заболевание не развивается. Об инфицировании микобактериями туберкулеза свидетельствует положительная туберкулиновая проба.

Кожные покровы, слизистая дыхательных путей и кишечника непроницаемы для микроорганизмов. Поэтому одного попадания даже значительного количества микобактерий туберкулеза в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт недостаточно для заболевания туберкулезом.

Большое значение имеет состояние иммунной системы организма, которое зависит от многих факторов: возраста, наличия сопутствующих заболеваний, полноценного питания, условий труда. На состояние иммунной системы отрицательно влияют стрессовые ситуации и депрессия, которые могут способствовать развитию заболевания.

Заболеть туберкулезом можно в любом возрасте и независимо от принадлежности к той или иной социальной группе. Болезнь передается воздушно-капельным путем. Чаще всего болеют социально необеспеченные люди с вредными привычками (алкоголь, курение,

наркотики), а также люди, имеющие хронические заболевания (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, заболевания легких, сахарный диабет). Самый высокий риск возникновения заболевания у ВИЧ инфицированных. Возможность заболеть туберкулезом у ВИЧ-инфицированных в 30 раз выше, чем у остального населения. Самый высокий риск возникновения заболевания у ВИЧ инфицированных. Возможность заболеть туберкулезом у ВИЧ-инфицированных в 30 раз выше, чем у остального населения.

Источником заражения является больной туберкулезом и предметы его обихода. Туберкулез может поражать различные органы и ткани человека: глаза, кости, кожу, почки, кишечник и т.д. Но чаще всего (в 90% случаев) туберкулезная инфекция поражает органы дыхания. Особенно большому риску заражения туберкулезом подвергаются люди, длительное время находящиеся в контакте с больным в плохо проветриваемом помещении. Вероятность заболеть активным туберкулезом у здорового человека, получившего палочку Коха, составляет около 5—10%. От момента попадания микобактерии туберкулеза до проявления болезни может пройти время от нескольких месяцев до нескольких лет. В возникновении заболевания у инфицированного туберкулезом человека играют роль два фактора: объем инфицирующей дозы, и состояние защитных сил организма. Единственным способом выявить болезнь на ранних этапах развития является флюорографическое (или рентгенологическое) и бактериологическое исследования.

Как правило, туберкулез излечим. Излечение туберкулеза наблюдается в среднем через 1—2 года после начала химиотерапии. У больных с ограниченными формами заболевания оно может наступить раньше. При отсутствии лечения за 5 лет погибают 50% больных туберкулезом. Основу лечения составляет длительный и регулярный прием противотуберкулезных препаратов в сочетании с другими средствами и строгое соблюдение определенного режима.

Таким образом, опасность возникновения заболевания туберкулезом определяется не тем, на каком расстоянии проживает человек от туберкулезной больницы, а целым комплексом факторов. Основу профилактики туберкулеза среди всего населения составляют меры направленные на повышение защитных сил организма: соблюдение правильного режима труда, рациональное и своевременное питание, отказ от курения, наркотиков, злоупотребления спиртными напитками, прием поливитаминов в весенний период, закаливание, занятия физкультурой, соблюдение здорового образа жизни. Следует соблюдать

правила личной гигиены, регулярно проводить влажную уборку и проветривание жилых помещений. Подушки, одеяла, матрасы и верхнюю одежду тщательно вытряхивать и выколачивать на свежем воздухе (микобактерии туберкулеза погибают при воздействии прямого солнечного света!).

Эффективным способом предупреждения заражения и заболевания туберкулезом является вакцинация новорожденных. Большое значение имеет профилактика туберкулеза среди групп населения с повышенным риском заболевания.

В Республике Беларусь ситуация по туберкулезу находится на постоянном контроле в правительстве. Успешно реализуется Государственная программа «Туберкулез» на 2005—2009 годы. В настоящий момент совместно с ПРООН разработан и утвержден проект «Поддержка Государственной программы «Туберкулез» в Республике Беларусь», финансируемый за счет средств Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (одобрен постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 14 ноября 2007 г. № 1506 «Об одобрении проектов международной технической помощи»). Подписан приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.01.2008 г. № 19 «Об утверждении Порядка реализации проекта «Поддержка Государственной программы «Туберкулез» в Республике Беларусь», финансируемого Глобальным Фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией».

Хотя в профилактике и лечении туберкулеза достигнуты значительные успехи, тем не менее заболеваемость и смертность от этого заболевания имеет тенденцию к росту во всем мире. Каждые 4 секунды один житель земного шара заражается туберкулезом, а каждые 10 секунд один человек умирает от него.

Лечебно-профилактическими организациями в 2009 г. было выявлено 4441 больных (2008 г. — 4393) с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза всех форм, что составляет 46, 8 на 100 тысяч населения (2008 г. — 45,4). На конец 2009 г. на учете противотуберкулезных организаций министерства здравоохранения Республики Беларусь состояло 11 963 больных активным туберкулезом (2008 г. — 10 640), что составляет 126 на 100 тысяч населения (2008 г. — 110). На конец 2009 г. среди контингентов больных туберкулезом числилось бацилловыделителей 5 676 (2008 г. — 5456), или 59 на 100 тысяч населения (2008 г. — 56), в том числе по областям: Брестская обл. — 47 (2008г. — 46), Витебская — 61 (2008 г. — 61), Гомельская — 75 (2008 г. — 68),

Гродненская — 68 (2008г. — 56), Минская — 69 (2008 г. — 66), Могилевская — 58 (2008 г. — 58), г. Минск — 42 (2008 г. — 43).

В 2008–2009 гг. проводились мероприятия, направленные на совершенствование оказания противотуберкулезной помощи населению Республики Беларусь, как в рамках государственных программ (Государственная программа «Туберкулез» на 2005–2009 гг., Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010 гг., Программа развития здравоохранения Республики Беларусь на 2006–2010 гг., проект международной технической помощи «Поддержка Государственной программы «Туберкулез» в Республике Беларусь»), так и в рамках мероприятий, проводимых противотуберкулезной службой республики.

В 2008 году существенно улучшена эпидемиологическая ситуация по туберкулезу: снижена первичная заболеваемость и количество рецидивов на 3,2 и 12,6% соответственно, а также смертности от туберкулеза – на 8,8%. Всего за последние 3 года заболеваемость снизилась на 9% и смертность от туберкулеза — на 17%. В 2008 году удалось снизить смертность от заболеваний органов дыхания — на 17,0%, в том числе в трудоспособном возрасте — на 8,8%.

В 2009 году успешно завершилось выполнение Государственной программы «Туберкулез» на 2005–2009 годы, реализация которой позволила преодолеть неблагоприятные тенденции в эпидемиологии туберкулеза и достичь основных прогнозных показателей. Суммарное снижение заболеваемости за 5 лет составило 13,8%, смертности от туберкулеза – 33,1%.

Особенно опасным в современных условиях является так называемый **лекарственно-устойчивый туберкулез**. Среди впервые заболевших в 3–5% случаев микобактерии имеют устойчивость к тем или иным противотуберкулезным препаратам. Распространителями этой формы заболевания являются асоциальные личности, которые, принимая противотуберкулезное лечение, уходят из диспансера, прерывая его. Во время такого «вояжа» они выращивают палочку, устойчивую ко всем имеющимся в современном арсенале лекарствам. Заражая такой палочкой законопослушных граждан, они «награждают» их неизлечимым заболеванием, ведущим к смерти. Особое внимание в 2009 году было уделено проблеме множественной лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза. Для её решения республиканская туберкулезная больница «Сосновка» перепрофилирована в больницу для паллиативной терапии и лечения больных с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя.

Современная фтизиатрическая служба Беларуси располагает всеми необходимыми противотуберкулезными препаратами для лечения больных туберкулезом.

Основными методами снижения заболеваемости туберкулезом являются:

- его профилактика с помощью живой ослабленной вакцины БЦЖ;
- раннее выявление больных с легочными формами туберкулеза с помощью флюорографического обследования;
- выявление инфицированности палочкой Коха населения с помощью аллергической пробы Манту.

В Республике Беларусь вся противотуберкулезная работа осуществляется РТМО Фтизиатрия. В 24 противотуберкулезных диспансерах в социальные проблемы больных и членов их семей решают медицинские работники, психологи, специалисты по социальной работе. Такими проблемами являются:

- Восстановление утраченных паспортов либо их получение после выхода из мест лишения свободы, получение прописки.
- Помощь в оформлении медицинских полисов и инвалидности.
- Обеспечение бациллярных больных жильем (бациллярные — это те больные, которые выделяют в окружающую среду с мокротой палочку туберкулеза и являются источником заражения для окружающих людей).
- Организация трудоустройства после излечения, особенно декретируемых групп населения (после перенесенного туберкулеза человек не имеет права работать на предприятиях общественного питания, в детских учреждениях).
- Восстановление на рабочих местах после незаконного увольнения в связи с болезнью (лечение от туберкулеза длится не менее года и многие работодатели незаконно увольняют больных, имеющих лист временной нетрудоспособности).
- Определение детей из семей больных, проходящих длительное лечение, в интернаты или специализированные детские сады (особенно в тех случаях, когда курс лечения проходят оба родителя или у ребенка имеется только один родитель).
- Организация обучения и обеспечения вещами первой необходимости больных детей, особенно из асоциальных семей (в диспансере организовано обучение детей по основным предметам приходящими учителями, некоторые подростки прямо в диспансере получают аттестат о среднем образовании).
- Захоронение умерших бомжей, болевших туберкулезом.
- Правовое консультирование больных и членов их семей.

- Проведение психологической коррекции и релаксации (длительное нахождение в закрытом стационаре оказывает негативное воздействие на психику человека).

- Санитарно-просветительская деятельность.

Основу профилактики туберкулеза среди населения составляют меры, направленные на повышение защитных сил организма: соблюдение правильного режима труда, рациональное и своевременное питание, отказ от курения, наркотиков, злоупотребления спиртными напитками, прием поливитаминов в весенний период, закаливания, занятия физкультурой, соблюдение здорового образа жизни. Следует соблюдать правила личной гигиены, регулярно проводить влажную уборку и проветривание жилых помещений, чаще бывать на свежем воздухе – микобактерии туберкулеза погибают при воздействии прямого солнечного света. Туберкулез до настоящего времени продолжает оставаться непобежденной болезнью и представляет одну из важных социальных и медико-биологических проблем. Значительную часть бюджета здравоохранения многих стран мира расходуют на содержание сети противотуберкулезных учреждений и проведение мероприятий, направленных на профилактику туберкулеза, выявление и лечение больных.

Значительный объем помощи страдающим инфекционными заболеваниями, не является лечебно-диагностическим, и может оказываться социальными работниками. В их функции входят:

при поступлении больного в приемный покой - изучение социально-бытовых условий, заполнение медицинской карты по установленной форме;

выяснение у больного или его родственников место прописки; если нет родственников — где они; кто сможет обеспечить помощь пациенту и уход за ним;

определение возможности ухода за больным в домашних условиях;

выяснение потребности социальной помощи после выписки из больницы.

В отделении — с пациентами, у которых в медицинской карте есть заключение «подлежит подготовке к выписке», социальный работник проводит дополнительные беседы с целью изучения возможностей организации ухода и социально-бытового обслуживания на дому; определяет нуждаемость в обслуживании при выписке. Оказывается психологическая помощь пациенту и его семье; предоставляется необходимая информация и консультации по вопросам социальной помощи. Родствен-

ники обучаются практическим навыкам ухода за больным. При этом осуществляется согласование плана выписки с пациентом и его семьей. Нуждающимся подбирается одежда, предметы первой необходимости. Обеспечивается связь с отделениями инфекционно-паразитарных заболеваний и иммунопрофилактики городских поликлиник, органами социальной помощи, комитетами Красного Креста и другими общественными организациями.

Социально-медицинские проблемы связанные со смертностью

Смертность — массовый процесс прекращения индивидуальных жизней, протекающий в населении. Наряду с рождаемостью, смертность формирует естественное движение (воспроизводство) населения. Индивидуальные смерти происходят в результате совместного действия множества биологических и средовых факторов и могут рассматриваться как поток случайных событий.

Смертность — число людей, умерших за определенный период (например, за год) по отношению к условному их числу (как правило на 1000 человек), обитающему на какой-либо территории, занимающемуся какой-либо конкретной деятельностью, или ко всей рассматриваемой популяции.

В целом по республике число случаев смерти от всех причин в 2009 году (по сравнению с 2008 годом) увеличилось на 0,5%. Рост числа умерших регистрируется за счет смертности лиц старше трудоспособного возраста (0,9%). Следует отметить, что на протяжении последних лет в результате активной позиции медицинских работников по профилактике заболеваний, совершенствованию организации оказания медицинской помощи отмечается тенденция к снижению смертности трудоспособного населения. Так, число умерших в трудоспособном возрасте в 2009 году снизилось по сравнению с 2008 годом на 1,1%. В структуре общей смертности на население трудоспособного возраста приходится 23,5%. При этом структура смертности в этом возрасте не изменилась. Как и в 2008 году, треть смертей приходится на внешние причины и треть на болезни системы кровообращения.

Возросло число умерших от болезней органов пищеварения, от инфекционных и паразитарных болезней, от болезней сердечно-сосудистой системы. Значительно снизилась смертность от внешних причин (на 4,6%) и от новообразований (на 1,9%). В 2009 г. естественная убыль населения снизилась до 2,6 на 1000 населения (2008г. — 2,8‰).

Произошли некоторые изменения в структуре общей смертности. Увеличились доля болезней сердечно-сосудистой системы (с 52,7% до 54%) и органов пищеварения (с 3,4% до 3,7%), уменьшились доля новообразований (с 13,8% до 13,4%) и внешних причин смерти (с 10,7% до 10,2%).

Ведущее место среди причин смерти по-прежнему занимают болезни системы кровообращения (БСК), которые традиционно вносят основной вклад в смертность, инвалидность и трудовые потери населения.

В целом по республике за 2009 год по сравнению с 2008 г. число умерших от БСК увеличилось на 2,9%, среди сельских жителей — на 2,1%, среди городских — на 3,4%. В структуре данного класса смертность от ишемической болезни сердца занимает около 70%, от цереброваскулярных болезней — 24,1%.

Значительно уменьшился показатель смертности при черепно-мозговых травмах, и в среднем по республике он составил 19,9 на 100 тыс. населения против 22,3 в 2008 году.

Основными причинами смерти явились самоубийства, отравления алкоголем, транспортная травма. Однако в 2009 году число случаев отравлений алкоголем уменьшилось на 7,2%. Их всех случаев смерти в результате отравлений алкоголем около 77% приходится на трудоспособный возраст. Очевидно, что здесь многое зависит от эффективности мер, направленных на формирование здорового образа жизни и воспитание культуры человека.

В 2009 г. по сравнению с предыдущим годом на 8,5% уменьшился показатель послеоперационной летальности при внутримозговых кровоизлияниях.

Летальность — это смертность больных людей, которая, как правило наступает в стационаре.

Очень ответственно и гуманно должна осуществляться заключительная процедура отправления человека в последний путь — вскрытие или аутопсия. И это зависит, в первую очередь, от того медицинского персонала, который трудится в патологоанатомических отделениях, сотрудникам которых приходится выполнять и социально-медицинские функции:

- захоронение невостребованных трупов;
- правовое консультирование;
- оказание психологической помощи родственникам, понесшим утрату.

Организация захоронения невостребованных трупов осуществляется с санкции прокурора за счет средств республиканского бюджета.

Судебно-медицинская экспертиза осуществляется врачами, специально подготовленными медэкспертами. Определяет характер повреждений, которые получил потерпевший, в случае смерти – причины; может быть использована в ходе судебного разбирательства параллельно с судебно-психиатрической экспертизой. В комплексе могут работать психологи-эксперты, психиатры и врачи.

Содержание социально-реабилитационной работы

С середины 90-х годов в Республике Беларусь начала формироваться национальная законодательно-нормативная база, регламентирующая права и гарантии пожилых людей, инвалидов и семей, воспитывающих детей; стали появляться и развиваться новые формы социального обслуживания населения; государство обратило самое пристальное внимание на проблемы охраны труда, занятости, развития системы заработной платы, демографической ситуации, государственной поддержки материнства и детства. В республике создана система государственной социальной помощи, которая способствует поддержанию доходов малообеспеченных граждан на уровне минимальной государственной гарантии. Осуществляются мероприятия по социальной реабилитации и адаптации инвалидов, предпринят ряд значимых мер по улучшению положения семьи. Действующая система государственных пособий семьям, воспитывающим детей, в совокупности с другими выплатами социального характера, различного рода льготами, обеспечивает прямую материальную поддержку семьи при рождении и воспитании детей.

Сегодня в органах по труду, занятости и социальной защите Республики Беларусь и подчиненных им организациях работает почти 36 тысяч человек. В структуру центрального аппарата Минтруда и соцзащиты входят главные управления, управления, отделы, секторы, департаменты с правами юридического лица: Департамент государственной инспекции труда и Фонд социальной защиты населения Минтруда и соцзащиты. В систему Минтруда и соцзащиты входят структурные подразделения областных и Минского городского исполнительных комитетов, осуществляющие государственно-властные полномочия в области труда, занятости и социальной защиты, территориальные органы Департамента и Фонда, государственные организации, подчиненные Минтруда и соцзащиты: НИИ труда, Республиканский институт повышения квалификации работников системы Министерства, 4 санатория для ветеранов войны и труда и инвалидов, Республиканский реабилитационный центр для детей-инвалидов, Белорусский протезно-ортопедический восстановительный центр, Республиканский интернат ветеранов войны и труда, три

центра профессиональной ориентации молодежи. Министерство является учредителем редакции журнала «Охрана труда и социальная защита».

В республике функционирует 156 территориальных центров социального обслуживания населения, охватывающих все административные районы республики и предоставляющих помощь социально уязвимым категориям граждан, в том числе инвалидам (1 октября 2010 года на учете в центрах состояло более 1,6 млн. граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации), и 74 стационарных учреждения социального обслуживания, в которых проживает более 17,3 тыс. человек (из них более 12,0 тыс. инвалидов).

Главная цель социально ориентированного государства, каким является Республика Беларусь, — обеспечение устойчивого роста уровня и качества жизни населения, создание условий для развития человеческого потенциала. В Республике Беларусь проводится активная государственная политика, направленная на сохранение жизни и здоровья граждан в процессе их трудовой деятельности. Сформирована и развивается национальная нормативная правовая база, регулирующая данную сферу общественных отношений. Определены субъекты и уровни государственного управления охраной труда. Вступивший в силу со 2 января 2009 года Закон Республики Беларусь «Об охране труда» закрепил систему государственного управления охраной труда в республике, определил полномочия субъектов управления в этой области, что повышает ответственность государственных институтов за положение дел в организациях отраслей и регионов. Принятые в развитие Закона нормативные правовые акты направлены на дальнейшее совершенствование управления охраной труда в организациях.

Социальная защита инвалидов — система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

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

Ограничение жизнедеятельности — полная или частичная утрата лицом способности или возможности:

- осуществлять самообслуживание — самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены;

- самостоятельно передвигаться — самостоятельно перемещаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела в рамках выполняемой бытовой, общественной, профессиональной деятельности;
- ориентироваться — определяться во времени и пространстве;
- общаться — устанавливать контакты между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации;
- контролировать свое поведение – осознавать себя и адекватно вести с учетом социально-правовых норм;
- обучаться — воспринимать знания (общеобразовательные, профессиональные и др.), овладевать навыками и умениями (социальными, культурными и бытовыми);
- заниматься трудовой деятельностью — осуществлять деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему и условиям выполнения работы.

В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид».

Инвалидность — это социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и вызывающая необходимость его социальной защиты.

Медико-социальная экспертиза – определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничения жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма. Признание лица инвалидом осуществляется Государственной службой медико-социальной экспертизы.

В задачи медико-социальных экспертных комиссий входит:

- определение группы инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты;
- разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов;
- изучение уровня и причин инвалидности населения;
- участие в разработке комплексных программ профилактики инвалидности, медико-социальной реабилитации и социальной защиты инвалидов;
- определение степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание;

- определение причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством РФ предусматривается предоставление льгот семье умершего.

Основанием для признания гражданина инвалидом является:

- нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствием травм или дефектами;
- ограничение жизнедеятельности;
- необходимость осуществления мер социальной защиты инвалида.

Реабилитация инвалидов – система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации является восстановление социального статуса инвалида, достижения им материальной независимости и его социальная адаптация.

Для каждого инвалида составляется своя индивидуальная программа реабилитации (ИПР). Реабилитация инвалидов включает в себя:

- **медицинскую реабилитацию**, которая состоит из восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, протезирования и ортезирования;
- **профессиональную реабилитацию** инвалидов, которая состоит из профессиональной ориентации, профессионального образования, профессионально-производственной адаптации и трудоустройства;
- **психологическую реабилитацию**, состоящую из воздействия психолога, врача на инвалида, нуждающегося в реабилитации для преодоления в его сознании безысходности и беспомощности, веры в благополучном изменении трудной жизненной ситуации;
- **социальную реабилитацию** инвалидов, которая состоит из социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации.

Социальная реабилитация — комплекс мер, направленных на восстановление разрушенных или утраченных общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья, инвалидности, изменении социального статуса (пожилые люди, беженцы, безработные и т.п.) девиантного поведения личности (лица, страдающие наркоманией, алкоголизмом. Освобожденные из мест лишения свободы и др.). Цель социальной реабилитации — восстановление социального статуса личности, обеспечение социальной адаптации в обществе, достижение материальной независимости. Эффективность социальной реабилитации достигается комплексом реабилитационных мер: медицинских, психологических, социальных, профессиональных. Степень их эффективности опре-

деляется уровнем социализации индивида, его способности адаптироваться в обществе.

Существует государственная программа реабилитации инвалидов Она представляет из себя гарантированный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно за счет средств государственного бюджета. Социальное пособие на оплату технических средств социальной реабилитации предоставляется безотносительно дохода семьи (гражданина) детям в возрасте до 18 лет, не признанным инвалидами, но нуждающимся по медицинским показаниям в таких средствах реабилитации, и инвалидам III группы, кроме лиц, инвалидность которых наступила в результате противоправных действий, по причине алкогольного, наркотического, токсического опьянения, членовредительства. В 2010 г. социальное пособие на оплату технических средств социальной реабилитации получили 14,3 тыс. человек на сумму 7,6 млрд. рублей.

Для каждого инвалида медико-экспертные реабилитационные комиссии разрабатывают индивидуальную программу реабилитации.

В 2009 г. в Республике Беларусь было впервые признано инвалидами 44 968 человек, что на 0,8% больше, чем в 2008 г. Из них взрослыми (18 лет и старше) являлись 42 098 человек (на 1,0% больше, чем в 2008 г.). Количество впервые признанных инвалидами среди трудового населения составило 18 947 человек (*на 1,% меньше*, чем в 2008 г.). Число впервые признанных детей-инвалидов сократилось на 2,0% и составило 2870 человек. Контингент впервые признанных инвалидами среди взрослого населения, как и в прошлом году, формировался, главным образом, за счет инвалидов вследствие болезней системы кровообращения (21,92 на 10 тыс. населения, или 41,0%); новообразований (13,56 на 10 тыс. населения, или 25,4%); болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (3,87 на 10 тыс., или 7,2%); травм (3,18 на 10 тыс., или 6,0%).

Вся деятельность по работе с инвалидами в Республике Беларуси определяется Законами «О социальной защите инвалидов» и «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов», в которых обозначены гарантии обеспечивающие инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод.

Социальная защита инвалидов — одно из приоритетных направлений государственной социальной политики. Одним из приоритетных направлений социальной политики нашего государства является осуществление комплекса мер по интеграции инвалидов в общество. С целью создания условий для устойчивого повышения качества жизни населения

государство обеспечивает социальную поддержку инвалидов путем: оказания адресной социальной помощи и социальных услуг; предоставления льгот и гарантий, предусмотренных законодательством; организации медицинской, профессиональной, трудовой и социальной реабилитации инвалидов; реализации государственных и местных (территориальных) программ в области предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов и т.д.

По состоянию на 1 ноября 2010 года на учете в органах по труду, занятости и социальной защите состояло 502,9 тыс. инвалидов, в том числе: инвалидов I группы — 72,4 тыс. человек; II группы — 269,0 тыс. человек; III группы — 136,0 тыс. человек; детей-инвалидов в возрасте до 18 лет — 25,5 тыс. человек. За 10 месяцев текущего года численность инвалидов сократилось на 3 856 человек.

Единственным в республике предприятием по оказанию протезно-ортопедической помощи населению и изготовлению более 70 % наименований изделий, включенных в Государственный реестр (перечень) технических средств социальной реабилитации, выделяемых инвалидам бесплатно или на льготных условиях, является Республиканское унитарное предприятие «Белорусский протезно-ортопедический восстановительный центр» (РУП БПОВЦ). В настоящее время РУП БПОВЦ представляет собой многопрофильное предприятие с разветвленной сетью протезно-ортопедических филиалов, мастерских и ателье, представленных во всех регионах страны. В структуре центра функционируют: отделение стационарного протезирования на 80 мест, поликлиника на 300 посещений в день, лечебно-реабилитационный комплекс, филиалы в Барановичах, Витебске, Гомеле, Гродно, Могилеве, ателье — в Бобруйске, Мозыре, Бресте, мастерские — в Лиде, Пинске, Новополоцке. Кроме того, организованы выездные приемные пункты в Лунинце, Глубоком, Орше. Во всех филиалах организовано сервисное обслуживание средств реабилитации. На учете в РУП БПОВЦ состоит более 97 тыс. чел., нуждающихся в технических средствах социальной реабилитации.

Ежегодно РУП БПОВЦ изготавливает более 40 тысяч пар ортопедической обуви, 42 тысячи различных индивидуальных средств реабилитации, 20 тысяч изделий лечебного протезирования, 4 тысячи кресел-колясок, 3,5 тысячи экзопротезов молочной железы. В центре постоянно ведется работа по улучшению качества и повышению технического уровня выпускаемой продукции. Специалисты центра тесно работают в этом направлении с общественными организациями, инвалидами, предприятиями республики.

В целях подготовки, переподготовки и повышения квалификации инвалидов на базе учебного центра профессиональной реабилитации РУП БПОВЦ организовано обучение инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата. За девять месяцев 2010 года прошли реабилитацию в «Республиканском реабилитационном центре для детей-инвалидов Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь» 874 ребенка-инвалида. В целях активной реабилитации инвалидов проводится обучение инвалидов-колясочников управлению креслом-коляской активного типа.

Для координации политики в отношении проблем инвалидности и выработки согласованных действий Правительством Республики Беларусь образован Республиканский межведомственный совет по проблемам инвалидов, формируемый из первых лиц республиканских органов государственного управления, занимающихся вопросами труда и социальной защиты, здравоохранения, транспорта, связи, жилищно-коммунального хозяйства, образования, культуры, спорта, а также руководителей общественных объединений «Белорусское общество инвалидов», «Белорусское общество глухих», «Белорусское товарищество инвалидов по зрению», «Республиканская ассоциация инвалидов-колясочников», «Белорусская ассоциация помощи детям-инвалидам и молодым инвалидам» и других неправительственных организаций.

В центре внимания государства находятся семьи, воспитывающие детей-инвалидов. В соответствии с законодательством каждый ребенок-инвалид имеет право на социальную пенсию, размер которой зависит от степени утраты здоровья. При первой степени утраты здоровья — 60%, второй — 65%, третьей — 75%, четвертой — 85% БПМ в среднем на душу населения.

Кроме пенсии, семьям, воспитывающим детей-инвалидов, в соответствии с Законом Республики Беларусь «О государственных пособиях семьям, воспитывающим детей», выплачиваются ежемесячные государственные пособия с рождения и до достижения ими возраста 18 лет.

В настоящее время для инвалидов **при решении проблемы трудоустройства имеются реальные возможности, предоставляемые государством.** В соответствии с Законом «О занятости населения Республики Беларусь» **инвалидам предоставляются дополнительные гарантии занятости,** которые обеспечиваются путем: разработки и реализации целевых государственных программ содействия занятости, создания дополнительных рабочих мест, установления брони приема на работу, предоставления услуг по профессиональной ориентации, организации обу-

чения по специальным программам, организации адаптации к трудовой деятельности.

С целью повышения доступности, расширения перечня социальных услуг и внедрения новых форм социального обслуживания открываются социальные пункты территориальных центров социального обслуживания населения (ТЦСОН), создаются отделения круглосуточного пребывания для граждан пожилого возраста и инвалидов (ОКП), отделения дневного пребывания для инвалидов (ОДП), организуется работа хозяйственных бригад и бригад социального обслуживания на мобильной основе.

По состоянию на 1 октября 2010 года на учете в центрах состояло более 1,6 млн. граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации. Из них численность одиноко проживающих пожилых граждан составляла 559 тыс. человек, одиноких пожилых граждан — 155,4 тыс. человек, одиноких и одиноко проживающих инвалидов I и II группы — 44,4 тыс. человек, молодых инвалидов — 22 тыс. человек, лиц из числа детей-сирот — 9,5 тыс. человек, а также более 57 тыс. многодетных семей 22,2 тыс. семей, воспитывающих детей-инвалидов в возрасте до 18 лет.

Одной из наиболее востребованных форм социального обслуживания у пожилых людей и инвалидов является предоставление им социально-бытовых услуг на дому. По итогам 9 месяцев 2010 года социальными работниками обслуживалось 83,6 тысячи нетрудоспособных граждан, из них 70 процентов в сельской местности, при этом малообеспеченным одиноким и одиноко проживающим пожилым гражданам и инвалидам эти услуги оказываются бесплатно. Доля граждан, обслуживаемых на условиях частичной и полной оплаты, составила 91,2 процента.

С целью оказания помощи гражданам, остро нуждающимся в социальной поддержке, в территориальных центрах социального обслуживания работают салоны «Милосердие», предназначенные для сбора, хранения и выдачи нуждающимся гражданам (семьям) одежды, обуви, продуктов питания, гуманитарной помощи, средств технической реабилитации и других предметов первой необходимости.

Постоянно расширяется перечень социальных услуг, в том числе оказываемых центрами на платной основе — разовые хозяйственно-бытовые услуги, обработка приусадебных участков, услуги почасового дневного ухода за гражданами, утратившими способность к самообслуживанию, услуги социальных парикмахерских и мини-прачечных и др. В текущем году оказано 145 тыс. таких услуг, помощь получили более 39 тыс. человек.

С целью оказания содействия в социально-бытовой, социально-трудовой и социально-психологической реабилитации инвалидов, в центрах создаются отделения дневного пребывания с трудовыми мастерскими, кружками и клубами по интересам.

На сокращение очередности на поселение нуждающихся граждан в дома-интернаты направлено создание в центрах ОКП, предназначенных для предоставления нетрудоспособным гражданам временного (до шести месяцев) пребывания, с оказанием бытовых, санитарно-гигиенических услуг, при необходимости — социально-медицинской помощи, а также организацией их питания и досуга.

Повышению эффективности системы социального обслуживания будут способствовать мероприятия Комплексной программы развития социального обслуживания на 2011–2015 годы, которые предусматривают укрепление материально-технической базы центров, развитие инновационных технологий социальной работы.

Так, Программой предусмотрено создание в административных районах республики попечительских советов центров по вопросам социальной поддержки и социального обслуживания населения, отделений дневного пребывания для граждан пожилого возраста, оснащение необходимым оборудованием кружков (клубов) по интересам и реабилитационно-трудовых мастерских в ОДП, создание на базе центров компьютерных классов в целях обучения пожилых граждан и инвалидов основам компьютерной грамотности.

В настоящее время нами постоянно принимаются меры, направленные на развитие внедренного государственного социального стандарта и его перевод на более высокий и качественный уровень. На эти цели направлены и мероприятия завершающейся в уходящем году Программы развития и оптимизации сети учреждений социального обслуживания до 2011 года, позволившие:

— обеспечить преемственность перехода выпускников центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации системы Министерства образования в Центры;

Решение этой задачи возложено на отделения дневного пребывания для инвалидов Центров (ОДП), в которых предусмотрено обеспечение структуры дня, трудотерапии, а также организация досуга и общения инвалидов и членов их семей. Всего с начала реализации Программы создано 105 ОДП. На 1 октября 2010 года в республике функционировало 130 таких отделений (на 01.01.2007 — 25).

— охватить социальным обслуживанием всех нуждающихся нетрудоспособных граждан, проживающих в отдаленных малонаселенных сель-

ских пунктах, в том числе путем использования развитой социальной инфраструктуры агрогородков, малых и средних городов республики;

По состоянию на 1 октября 2010 г. в Центрах функционировало 570 социальных пунктов, на базе которых, в том числе, организована работа:

31 хозяйственной бригады, которые оказывают разовые социально-бытовые услуги на дому с использованием средств малой механизации: мини-тракторов, мотоблоков, бензопил и т.п., приобретенными за счет средств, поступивших от оказания платных услуг — по итогам 9 месяцев текущего года помощь получили 4,5 тыс. человек;

47 бригад социального обслуживания на мобильной основе, обеспечивающих оказание комплексных услуг жителям села: консультационные, психологические, соцпомощь на дому и др. — по итогам 9 месяцев текущего года помощь получили 4,4 тыс. человек;

— укрепить материально-техническую базу Центров;

Мероприятия по укреплению материально-технической базы центров включают реконструкцию (41 Центр), капитальный и текущий ремонт (98 и 231 Центр соответственно), оснащение их оборудованием и автомобильным транспортом.

— открыть 19 отделений круглосуточного пребывания для граждан пожилого возраста и инвалидов (ОКП);

В настоящее время в республике функционирует 53 ОКП на 1888 мест, создаваемых по месту жительства граждан (на территории их родного села или района).

На дальнейшее развитие Центров, как наиболее экономичных и приближенных к реальным нуждам людей учреждений социального обслуживания, направлена Комплексная программа развития социального обслуживания на 2011–2015 годы, реализация мероприятий которой позволит:

создать условия для социально-бытовой и социально-трудовой адаптации молодых людей с особенностями психофизического развития (*оборудование в отделениях дневного пребывания для инвалидов кружков, клубов по интересам и трудовых мастерских*);

продолжить создание и укрепление материально-технической базы отделений круглосуточного пребывания для граждан пожилого возраста и инвалидов (ОКП);

обеспечить условия для общения и поддержания активного образа жизни пожилых людей путем создания в Центрах отделений дневного пребывания для граждан пожилого возраста;

распространить по республике предоставление услуг сиделки по общедоступным социально-низким ценам;

внедрить информационные технологии в деятельность ТЦСОН и реализовать другие мероприятия.

В настоящее время актуальные проблемы лечения и реабилитации пациентов **старших возрастных групп**. В республике проживает более 20 тысяч долгожителей (старше 90 лет), в том числе 648 человек старше 100 лет. Большинство пожилых граждан республики женщины. Продолжается дальнейший рост количества одиноких и одиноко проживающих граждан. По оперативным данным на 01.07.2008 г. на учете в организациях здравоохранения состоит 137 294 одиноких и 498 753 одиноко проживающих пожилых людей.

При организации социально-медицинской помощи лицам в возрасте старше трудоспособного приходится учитывать более высокую заболеваемость, полиморбидность, хронический характер патологии, наблюдаемые у пожилых. В 2008 году Министерство здравоохранения продолжило работу по выполнению всех мероприятий, определенных Республиканской комплексной Программой социальной поддержки пожилых людей, ветеранов и лиц, пострадавших от последствий войн на 2006–2010 годы и Республиканской комплексной Программой по совершенствованию системы социальной работы с одинокими гражданами пожилого возраста до 2010 года.

Анализ тенденций в отношении населения в возрасте 60 лет и старше показывает, что возрастает число лиц пожилого возраста и что старение населения проходит более интенсивно. Быстрыми темпами увеличивается и количество одиноких или проживающих отдельно от детей и родственников лиц старше трудоспособного возраста. Одинокие и одиноко проживающие нетрудоспособные граждане сталкиваются с целым рядом серьезных социальных, экономических и психологических проблем, которые они не всегда могут решить самостоятельно. Одним из проявлений заботы государства о престарелых гражданах является функционирование в стране стационарных учреждений социального обслуживания, предназначенных для жизни в них пожилых и нетрудоспособных людей.

В настоящее время в республике функционирует 74 дома-интерната для престарелых и инвалидов, в которых проживает 17,3 тысячи человек, в том числе 21 — для престарелых и инвалидов, в том числе Республиканский интернат ветеранов войны и труда на 180 мест, 44 — психоневрологических, 9 — для детей-инвалидов с особенностями психофизического развития.

Для обслуживания указанных категорий граждан в стационарных учреждениях создана стройная система медико-социальной помощи. Постоянно укрепляется материально-техническая база, проводится значительная работа по улучшению медицинского, бытового и культурного обслуживания, создаются условия для отдыха, посильного труда и оздоровления.

Вместе с тем, тенденция роста в структуре населения числа лиц пожилого и старческого возраста сопровождается увеличением числа одиноких и одиноко проживающих пожилых людей, ухудшением состояния их здоровья, ограничениями в самообслуживании, ростом потребности в стационарном социальном обслуживании. Наиболее остро стоит проблема с гражданами с особенностями психофизического развития, создающих опасность для проживания в семьях, а вследствие этого возросла потребность в социальном обслуживании таких граждан в стационарных условиях.

Для решения имеющихся проблем постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 сентября 2007 года № 1229 утверждена Программа развития и оптимизации сети учреждений социального обслуживания до 2011 года на реализацию мероприятий которой предусмотрено 171,1 млрд. рублей, в том числе: по стационарным учреждениям – 139,9 млрд. рублей.

В целях приведения площадей спальных помещений к санитарной норме, улучшения условий проживания и обслуживания престарелых и инвалидов постоянно принимаются меры по увеличению количества койко-мест. Так, с начала реализации мероприятий Программы создано 1178 мест, уменьшена очередность на поселение в дома-интернаты с 1370 человек до 671 (49%), приведены площади жилых помещений в соответствие с установленными санитарными нормами (7 квадратных метров на одного человека) в 9 стационарных учреждениях из 17 (53%).

В последние годы произошли большие изменения, касающиеся вопросов жизнеобеспечения, укрепления материально-технической базы стационарных учреждений для детей-инвалидов, обеспечения детей-инвалидов современными индивидуальными техническими средствами реабилитации и средствами, облегчающими им самообслуживание, совершенствования системы профессионально-трудовой и социальной реабилитации детей-инвалидов, интеграции их в общество.

Несмотря на проводимую работу, остались нерешенными основные задачи в полном объеме (ликвидация очередности на поселение в стационарные учреждения и приведение площади спальных помещений в соответствии с установленными нормами). Для решения указанных и

иных задач развития социального обслуживания постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 29.07.2010 № 1126 утверждена Комплексная программа развития социального обслуживания на 2011–2015 годы, которая включает и подпрограмму «Развитие стационарных учреждений социального обслуживания».

Данная подпрограмма с общим объёмом финансирования более 291,0 млрд. рублей предусматривает ликвидацию очередности на поселение в дома-интернаты, приведение площадей жилых помещений в соответствие с установленными санитарными нормами, укрепление материально-технической базы учреждений.

Программой также предусматривается создание стационарных учреждений нового типа — домов-интернатов малой вместимости и повышенной комфортности, в которых услуги будут предоставляться на платной основе. Такие учреждения будут создаваться как за счет нового строительства, так и перепрофилирования уже имеющихся зданий. В них планируется создание улучшенных условий проживания, обеспечение ухода на современном уровне, в том числе по индивидуальной программе, с учетом потребностей каждого человека. Создание подобных учреждений возможно также за счет средств частных инвесторов.

Наряду с выполнением указанных мероприятий в предстоящей пятилетке планируется:

создавать и расширять реабилитационные помещения в домах-интернатах, позволяющие в полной мере осуществлять мероприятия по социальной и медицинской реабилитации проживающих;

использовать новые социальные технологии по уходу за лежачими больными с учётом отечественного и зарубежного опыта.

Принципы Программы будут служить усилению социальной защищенности лиц, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, путем совершенствования системы **социального обслуживания в стационарных условиях.**

В системе Министерства труда и социальной защиты функционируют также четыре санатория на 724 места, два из них расположены в Минской области, два — в Брестской. Эти санаторно-курортные организации предназначены для оздоровления ветеранов войны, труда и инвалидов с различными профилями заболеваний.

Во всех регионах медицинское обслуживание пожилых людей осуществляется без ограничения по возрасту; прием граждан пожилого возраста наиболее часто проводится участковыми терапевтами. Для повышения уровня оказания медицинской помощи пожилым людям в

ряде учреждений республики работают гериатры, которые проводят консультативный прием пожилых людей, а также обеспечивают проведение реабилитационных мероприятий в сформированных группах из числа пожилого населения, проживающего в зоне обслуживания поликлиники. Во всех организациях здравоохранения в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения Республики Беларусь созданы школы «Третьего возраста».

Все население в возрасте старше 60 лет с целью более раннего выявления и профилактики заболеваний, ежегодно осматривается врачом-терапевтом, а одинокие пожилые люди осматриваются ежеквартально. В первом полугодии 2008 года такие осмотры проведены у 1 320 222 пожилых пациентов (71%).

В республике для лечения больных пожилого возраста широко используются стационарозамещающие технологии: дневные стационары и стационары на дому. За 6 месяцев 2008 года в дневных стационарах пролечено 92 044 пациента в возрасте старше 60 лет или 5,1% от общей численности данной категории лиц, в стационарах на дому – 34 447 человек или 1,9%.

В организациях здравоохранения республики (кроме г. Минска) для хронических больных выделено 715 медико-социальных коек, на которых получило медицинскую помощь 2 922 человека, и 370 коек сестринского ухода, на которых получили медицинскую помощь 903 человека. По состоянию на 01.07.2008 г. в республике функционирует 109 больниц сестринского ухода на 2 476 коек, пролечено 4 858 пациентов. В республике функционирует 7 региональных гериатрических центров.

Для улучшения качества медицинского обеспечения, его доступности в практическом здравоохранении организована работа доврачебных кабинетов, прием в которых осуществляют помощники врача, выполняющие обязанности специалиста по социальной работе:

- обеспечение медицинского обслуживания лиц старше трудоспособного возраста, ветеранов Великой Отечественной войны в поликлинике и на дому в пределах должностной инструкции;
- проведение комплекса профилактических, лечебных, диагностических и реабилитационных мероприятий;
- осуществление самостоятельного приема больных в поликлинике;
- организация учета и оценка динамики наблюдения за пациентами старше трудоспособного возраста; определение показаний для направления на консультацию врача-специалиста (терапевта, эндокринолога и т.д.);

- выписка рецептов в соответствии с назначениями врача;
- оказание доврачебной, неотложной помощи;
- осуществление активного патронажа пациентов на дому;
- проведение санитарно-просветительской работы среди населения, гигиенического обучения и воспитания, пропаганды здорового образа жизни.

Анализируя динамику посещений, патронажей и выполненных инъекций, можно заключить, что среди пожилого населения работа доврачебного кабинета востребована. Высокая оценка качества проводимой работы подтверждена результатами анкетирования. Организация доврачебных кабинетов для медицинского обслуживания пожилых людей позволяет снизить количество вызовов ими скорой помощи, улучшая экономические показатели здравоохранения. Скорая медицинская помощь — наиболее дорогая форма оказания медицинской помощи. С ростом числа посещений доврачебного кабинета наблюдалось снижение количества вызовов скорой медицинской помощи к пожилым пациентам, что свидетельствует об экономической эффективности проводимой работы с пациентами старше трудоспособного возраста. Число станций скорой помощи (самостоятельных и входящих в состав других организаций) — 146.

В следующей пятилетке предстоит дальнейшая реализация государственной социальной политики в отношении инвалидов, приоритетными направлениями которой будут являться:

совершенствование нормативной правовой базы по решению проблем инвалидов (принятие Закона Республики Беларусь «О присоединении Республики Беларусь к Конвенции о правах инвалидов», проработка вопроса о введении в республике института персональных ассистентов (помощников) для инвалидов 1 группы и детей-инвалидов в возрасте до 18 лет с 3–4 степенями утраты здоровья и др.); развитие отечественной реабилитационной индустрии; координация, мониторинг и реализация государственных программ, таких как Комплексная программы развития социального обслуживания на 2011–2015 годы, Государственная программа по созданию безбарьерной среды жизнедеятельности физически ослабленных лиц на 2011–2015 годы. Реализация данных программ будет способствовать улучшению качества жизни пожилых людей и инвалидов, повышению уровня комфорта среды жизнедеятельности всех граждан, всестороннему развитию их личности и активному участию в жизни общества.

В настоящее время в республике проживает около 2,1 млн. пожилых граждан (21,4 процента всего населения страны), 506,7 тыс. инвалидов, 156 тыс. одиноких пожилых граждан.

В республике проживает: ветеранов Великой Отечественной войны — 39 148 чел., в том числе инвалидов и участников войны — 28 163 чел. (из них инвалидов войны I и II группы — 8 395 чел.), награжденных тружеников тыла — 9418 чел., блокадников Ленинграда — 871 чел., граждан, работавших на прифронтовых участках железных дорог — 555 чел., граждан, принимавших участие в составе специальных формирований в разминировании территорий и объектов после освобождения от немецкой оккупации в 1943–1945 годах — 141 чел.; граждан, пострадавших от последствий войны, — 45 279 чел., в том числе членов семей военнослужащих, погибших в годы войны — 3 348 чел., бывших узников фашизма — 40 705 чел., инвалидов с детства вследствие ранения, контузии, увечья, связанных с боевыми действиями в период войны либо с последствиями боевых действий, — 1226 чел. 665 человек достигли возраста 100 и более лет. В регионах постоянно проводится работа по обследованию условий жизни ветеранов Великой Отечественной войны, членов семей погибших в годы войны военнослужащих, партизан и подпольщиков, одиноких пожилых граждан и порядку предоставления им соответствующих льгот.

С начала 2010 года улучшили жилищные условия 391 ветеран, из них: 212 ветеранов ВОВ (в том числе 189 инвалидов и участников ВОВ), 179 ветеранов боевых действий на территории других государств (в том числе 7 инвалидов боевых действий на территории других государств), а также 9 членов семей погибших в годы ВОВ. Немаловажным аспектом поддержки пожилых людей и ветеранов является оказание материальной помощи данной категории граждан.

За 9 месяцев 2010 г. из средств Фонда социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь материальную помощь получили 44 542 человека на сумму 4 308 106,9 рублей. Из средств местных бюджетов 12 572 человека на сумму 2 215 809,9 рублей.

Различные виды социально-бытовой и психологической помощи оказываются ветеранам и пожилым людям через территориальные центры социального обслуживания. В июне 2009 года к 65-летию освобождения Республики Беларусь от немецко-фашистских захватчиков в соответствии с Указом Президента Республики Беларусь № 224, материальную помощь получили 53,8 тыс. человек на общую

сумму более 9,8 млрд. рублей. В апреле 2010 года к 65-й годовщине Победы в Великой Отечественной войне в соответствии с Указом Президента Республики Беларусь от 18 февраля № 69 ветеранам и гражданам, пострадавшим от последствий войны (в том числе бывшим узникам фашизма), оказана единовременная материальная помощь.

Материальную помощь на общую сумму **15 653 050** тыс. рублей к юбилейному Дню Победы получили **81 тыс. человек**. С целью устойчивого повышения уровня и качества жизни ветеранов, лиц, пострадавших от последствий войн, пожилых людей и инвалидов, повышение эффективности и доступности социальной защиты, базирующейся на государственных социальных гарантиях и стандартах постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 29 июля 2010 г. № 1126 утверждена Комплексная программа развития социального обслуживания на 2011–2015 годы.

Реализация Комплексной программы позволит усилить систему социальной защиты ветеранов, лиц, пострадавших от последствий войн, пожилых людей и инвалидов; развить инфраструктуру, обеспечивающую их социальное обслуживание; повысить реабилитационный потенциал у ветеранов, лиц, пострадавших от последствий войн, пожилых людей и инвалидов, нуждающихся в социальной поддержке; повысить эффективность использования бюджетных средств за счет усиления адресной направленности и развития нестационарного социального обслуживания; обеспечить эффективное взаимодействие и координацию деятельности республиканских органов государственного управления, местных исполнительных и распорядительных органов, общественных объединений и других организаций, осуществляющих благотворительную деятельность.

Содержание социальной работы в стационарных социальных учреждениях

Важнейшая функция стационарных социальных учреждений — социальная адаптация и реадаптация. ***Социальная адаптация*** — процесс активного приспособления человека к новым для него социальным условиям жизнедеятельности. Выделяют 2 формы социальной адаптации: первая — активная (когда человек сам пытается воздействовать на окружающую среду в целях ее изменения через переоценку ценностей и изменения форм взаимодействия жизнедеятельности); вторая — пассивная форма (когда человек не стремится изменить социальную среду, а постепенно включается в этот процесс).

Социальная адаптация проходит через 4-е стадии адаптированности личности в новой социальной среде:

I — начальная стадия — когда индивид знает как он должен вести себя в данной новой среде, но в своем знании пока не признает ее ценностей и может что-то отвергать;

II — стадия терпимости — когда индивид и новая среда проявляют взаимную терпимость к системам ценностей и образцам поведения друг друга;

III — стадия аккомодации — признания и принятия индивидом основных систем ценностей новой среды при одновременном признании некоторых ценностей индивида его новой средой;

IV — стадия ассимиляции — полное совпадение систем ценностей индивида и среды.

Процесс социальной адаптации может быть объективным и субъективным. *Объективный* процесс заключается в том, что человек со дня своего рождения приобретает различные социальные свойства, отражающие его место в системе общественных отношений. Это — непрерывный процесс усвоения и развития механизмов адаптации, в формировании которых активное участие принимает окружающая социальная среда. *Субъективный* процесс социальной адаптации непосредственно не связан с общественным положением человека, а связан с его личными качествами, взглядами, убеждениями.

Основные механизмы социальной адаптации — социальная деятельность, социальное общение и социальное самосознание личности. Процесс социальной адаптации характеризуется таким понятием как *адаптационный потенциал* — степень скрытых возможностей субъекта включаться в новые условия среды. Адаптационный потенциал связан с адаптивной подготовкой — накоплением человеком такого потенциала в процессе особым образом организованной деятельности по приспособлению к социальным условиям. Успешная адаптация характеризуется высоким социальным статусом индивида, его психологической удовлетворенностью средой в целом или ее наиболее важными компонентами.

Внешние трудности, болезнь, состояние экстремальности, голод, нищета и т.д. снижают адаптационный потенциал индивида. При возникновении трудной жизненной ситуации сожжет возникнуть *дезадаптация*, следствие которой индивид может переместиться в другую социальную среду. По этой причине возникают миграция, разводы, текучесть кадров на предприятиях и т.п. Различные формы девиантного поведения — алкоголизм, наркомания, проституция — следствие неудачной социальной адаптации и дезадаптации. Поэтому важным направлением в социальной

работе является *реадаптация* — восстановление адаптационных способностей личности.

Полная социальная адаптация включает: физиологическую; управленческую; экономическую; педагогическую; психологическую; профессиональную.

Физиологическая адаптация — нормальное функционирование всех функций жизнедеятельности человека в новой среде без определенной степени физического и нервно-психического напряжения.

Управленческая (организационная) адаптация — управление может осуществляться не только в русле воздействия социальных институтов на личность в ходе ее производственной, вне производственной деятельности, но и в русле самоуправления, которое предполагает требовательное самокритичное отношение человека к самому себе, к своим мыслям и поступкам.

Экономическая адаптация — процесс усвоения новых социально-экономических норм и принципов экономических отношений индивидов, субъектов. Это адаптирование к реальной социальной действительности размеров пенсий, пособий по безработице, уровню заработной платы и их соответствие к физиологическим и социальным потребностям.

Педагогическая адаптация — приспособление к системе образования, обучения и воспитания, которые формируют систему ценностей индивида. Зависит от комплексного воздействия природных, наследственных, географических факторов, влияющих на социализацию личности.

Психологическая адаптация — процесс приспособления органов и чувств к особенностям действующих на них стимулов с целью их лучшего восприятия и предохранения рецидивов от излишней нагрузки.

Профессиональная адаптация — приспособление индивида к новому виду профессиональной деятельности, новому социальному статусу, окружению, условиям труда и особенностям социализации.

Функции специалистов по социальной работе в домах-интернатах для пожилых

Во время нахождения в приемно-карантинном отделении социальный работник разъясняет цели и задачи учреждения; знакомит с распорядком дня, с расположением служб помощи, администрации; устанавливает причину поступления в дом-интернат. Беседует, консультирует, рассказывает о досуге учреждения. Демонстрирует стенды, схемы, альбомы и прочие наглядные и технические средства. На этом этапе адаптации необходимо помочь подопечному снизить неуверенность и тревожность.

При размещении для проживания в доме-интернате подопечные испытывают эмоциональные нагрузки. Важно удачно подобрать комнату, соседей. Помочь установить психологический климат, не нарушая традиций других. Успех социально-психологической адаптации будет зависеть и от того, насколько хорошо социальный работник знает интересы, привычки, установки подопечного. Он должен научить общению с окружающими, помочь осмыслить ситуацию совместного проживания в доме-интернате и пр.

Далее более длительный этап адаптации пожилого человека в первые 6 месяцев. За это время решается проблема: останется он в доме-интернате на постоянное проживание, или вернется к домашним условиям. Одним из эффективных методов адаптации является «терапия средой», т.е. создание благоприятного психологического микроклимата; трудотерапия, индивидуальные и групповые методы воздействия. Специалист по социальной работе контактирует с врачом, медицинским персоналом, культработниками, библиотекарем, трудоинструкторами, реабилитологами и другими специалистами. Следит за состоянием здоровья пожилого человека и соблюдением всех прав и свобод.

Таким образом, адаптация включает широкий круг понятий: от элементарного опыта приспособления человека к среде до сложнейшей социально-психологической адаптации личности в процессе ее социализации. Изучение адаптации человека возможно при комплексном подходе к исследованию всех уровней организации человека: от психосоциального до биологического с учетом их взаимосвязей и взаимовлияний. Поэтому деятельность специалиста по социальной работе должна быть направлена на содействие социальной адаптации в новых социально-экономических условиях (помощь клиенту в поиске работы с целью утверждения социального статуса, восстановление веры в духовные ценности и пр.).

Социально-медицинская работа в армии и правоохранительных органах

Социальная работа является оказанием помощи индивидам или социальным группам, которые находятся в трудной жизненной ситуации, уязвимом положении, не могут самостоятельно справиться со своими затруднениями и по этому нуждаются в содействии специалистов. На первый взгляд военнослужащие, находящиеся в нормальных социальных обстоятельствах, по самому характеру своей деятельности, набору личностных качеств, соответствующих этой деятельности, не могут относиться к уязвимым слоям населения: это, как правило, люди среднего

возраста, считающегося наиболее благоприятным, их состояние здоровья находится под неусыпным профессиональным наблюдением, наконец, представители Вооруженных Сил, одного из наиболее уважаемых социальных институтов, обладают высоким социальным статусом, и их материальное положение весьма устойчиво.

Однако сама специфика профессиональной деятельности, связанной с воинской службой, содержит в себе определенные объективные факторы, которые негативно влияют на военнослужащих и выполнение ими определенных функций. Это характерно для вооруженных сил любого современного общества, но особенности положения военнослужащих в Республике Беларусь обуславливают сложность их социальной ситуации, и это не может не сказаться на их самочувствии и деятельности.

Все проблемы и кризисы современного общества находят отражение в Вооруженных Силах, одном из социальных институтов страны. Так, снижение качества здоровья и интеллекта населения приводит к тому, что на военную службу попадают лица с серьезными соматическими или психическими заболеваниями (с другой стороны, непосильные армейские нагрузки, некачественное питание с выраженным белково-витаминным дефицитом приводят к появлению или обострению у военнослужащих различных заболеваний); алкоголизма обуславливают повышение числа преступлений, совершаемых военнослужащими, опасность для самих военнослужащих стать жертвой преступления со стороны своих коллег.

Особую группу составляют проблемы участников войн и вооруженных конфликтов, и их реадаптация к мирной жизни. В Республике Беларусь количество граждан, пострадавших в результате военных действий в Афганистане составляет 5 000 человек; граждан, пострадавшие в результате ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС — 128 000 человек; ветераны ВОВ, труда, семьи погибших военнослужащих — 100 000 человек. У каждого из них свои медико-социально-психологические проблемы.

- Во-первых, это лица, получившие ранения или, тем более, утратившие полностью здоровье, трудоспособность, способность к социальному функционированию, не пользуются в настоящее время адекватным уровнем социального обеспечения; они и их семьи имеют целый ряд материальных, финансовых, жилищных, медицинских и социальных проблем, на решение которых ни у них самих, ни у государства в настоящее время не хватает ресурсов.

- Во-вторых, эти военнослужащие, даже те, которые не получили ранений в вооруженных конфликтах, являются носителями так называемо-

го «**посттравматического стрессового синдрома**» (ПСС). Впервые подобное состояние было диагностировано у американских ветеранов вьетнамской войны, а впоследствии — у многих участников «странных» вооруженных конфликтов. Его основные симптомы:

- слабость психики, при которой незначительные проблемы воспринимаются как непреодолимые препятствия, толкающие людей на проявление агрессии или самоубийства;
- чувство вины перед погибшими (за то, что остался жив);
- негативное или пренебрежительное отношение к социальным институтам.

Причем такие явления со временем не исчезают: психологические проблемы бывших «вьетнамцев» обострились спустя 15–20 лет после окончания войны; среди них на треть больше самоубийств и разводов и наполовину больше больных алкоголизмом и наркоманией по сравнению со средними показателями по стране. Психологический стресс приводит к развитию таких психосоматических заболеваний, как язва, гипертония, астма и др. Самое болезненное воздействие на участников таких войн оказывают отчужденность общества, развенчание целей и методов войны. Большинство медико-социальных проблем военнослужащих Вооруженных Сил решается военно-врачебными комиссиями при военных комиссариатах. Военно-врачебная комиссия призывного пункта Военного комиссариата РБ решает следующие социально-медицинские проблемы:

- Проведение военно-врачебного освидетельствования призывников.
- Демобилизация личного состава по состоянию здоровья.
- Организация санаторно-курортного лечения личного состава.
- Психологическая реабилитация личного состава, побывавшего в «горячих точках».

Социальные проблемы сотрудников правоохранительных органов во многом схожи с таковыми у служащих в армии. Серьезная психосоциальная реабилитация и реадaptация требуются служащим правоохранительных органов, побывавшим в «горячих точках». Ее целью является медико-психологическое сопровождение сотрудников правоохранительных органов, которое подразумевает:

- психологическое освидетельствование поступающих на работу в органы внутренних дел;
- проведение психокоррекции (в основном в виде тренингов) лицам, побывавшим в «горячих точках»;
- психологическую и социальную реабилитацию членам семей погибших при исполнении своих обязанностей и др.

Правоохранительными органами ведется огромная социально-медицинская работа с населением по профилактике пьянства и алкоголизма через систему **медицинских вытрезвителей**. Социально-медицинская работа проводится в системе Управления исполнения наказаний с осужденными. С этой целью были созданы **группы социальной защиты и учета трудового стажа осужденных** в колониях. Основными социально-медицинскими задачами этих групп являются:

- работа по оформлению инвалидности осужденным (с этой целью в колонии приглашаются выездные МРЭК);
- устройство в интернаты для престарелых освобождающихся осужденных (одиноких, достигших пенсионного возраста).

Территориальные центры социального обслуживания населения оказывают помощь лицам, вернувшимся из мест лишения свободы в поиске работы, в социализации и адаптации к условиям жизни на свободе.

Основные этапы социальной адаптации лиц, отбывших тюремное заключение

На первом этапе происходит выработка адаптационных навыков и способностей — средствами убеждения, принуждения необходимо нейтрализовать антиобщественные установки личности.

На втором — приспособительном этапе, когда освобожденный решает жизненные проблемы, связанные с бытом, трудоустройством, необходимо помочь ему наладить внутрисемейные, дружеские отношения в социальной среде в максимально короткие сроки.

Далее происходит усвоение социально полезных ролей. Наблюдается ломка стереотипов поведения, сознания. Важно не пропустить влияние неблагоприятного социального окружения.

Когда в сознании утверждаются и закрепляются социально значимые установки и цели исправления судимого лица, наступает этап правовой адаптации. Поскольку только человек способен контролировать и регулировать процесс социальной адаптации, только для человека характерна способность варьировать свое поведение при изменении условий и обстоятельств.

Содержание социальной работы по восстановлению и развитию социально-полезных связей в пенитенциарных учреждениях

Пенитенциарные учреждения — исправительные и воспитательные колонии, тюрьмы, лечебно-исправительные учреждения и следственные изоляторы. В социальной работе в пенитенциарной системе особенно важно то, что она носит универсальный характер, позволяющий максимально точно и правильно рассмотреть проблему каждого клиента и по-

строить оптимальный именно для него выход из данной проблемы; социальная работа позволяет увидеть весь спектр условий, необходимых для помощи клиенту; играет важную роль в обеспечении необходимых условий людей, находящихся в местах лишения свободы.

Принципы социальной работы в пенитенциарной системе: общефилософские, общенаучные (социально-политические и др.); специфические (принципы: универсальности, охраны соц.прав, профилактики, соц.реагирования, опоры на собственные силы, толерантности и др.), принцип законности (законопослушное поведение), принцип справедливости (соответствие между практической ролью различных людей в жизни общества и их социальным положением, между их правами и обязанностями, трудом и вознаграждением и т.д.), принцип справедливости (не только исполнение уголовно-карательных правоограничений, но и применением к осужденным льгот и поощрений), принцип гуманизма (человеческое отношение государства и общества к преступнику).

Функции специалиста по социальной работе: вместе с осужденными и персоналом-администрацией составить план обучения и работы в период лишения свободы; помочь осужденным преодолеть психологический кризис в связи с нахождением их под арестом, содействовать в адаптации их к среде ИТУ, оказание помощи, льготы, направление инвалидов-осужденных по их просьбе в дома инвалидов и престарелых и их реабилитации, организация медицинской помощи. **Основные направления деятельности в пенитенциарной системе:** правовая помощь и поддержка осужденных, психолого-педагогическая диагностика личности осужденного, разработка совместно с администрацией ИТУ программ социально-психологической и профессиональной реабилитации осужденных к среде ИТУ.

Психологические методы в деятельности специалиста по социальной работе: метод воспитательного воздействия; метод расширения позитивных общественных связей и отношений субъекта (он помогает осужденному приобщиться к художественной литературе, музыке, искусству, спорту, художественной самодеятельности); метод прогрессивного исполнения наказания заключается в совокупности юридических, организационных и воспитательных средств, обеспечивающих поэтапное смягчение наказания осужденному по мере повышения степени его исправления (стимулирование правопослушного поведения осужденных); метод психологической коррекции личности осужденного с целью устойчивого изменения определенных психологических свойств личности, определяющих содержательные стороны социального поведения осужденного.

Социальная работа с лицами БОМЖ

Помимо общих причин, отмеченных выше, наиболее характерными причинами, усугубляющими проблему бездомности и бродяжничества, для многих стран в настоящее время являются: недостаточное количество жилищ, нехватка дешевого жилья; безработица, обуславливающая отсутствие средств для оплаты жилья; малоимущество многих семей и отдельных граждан; социальное здоровье общества (наличие душевнобольных, лиц с отклоняющимся поведением, наркоманов, алкоголиков; нездоровые отношения в семье; положение лиц, вышедших из мест заключения); слабые возможности реализации социальных программ, нацеленных на оказание материальной и другой помощи малообеспеченным семьям, группам риска.

Разрешение проблем кроется в изменении социального статуса людей без определенного места жительства, в ликвидации такой прослойки современного общества как бездомные. Социальная реабилитация, будучи одной из общих технологий социальной работы, направлена на восстановление не только здоровья, трудоспособности, но и социального статуса личности, его правового положения, морально-психологического равновесия, уверенности в себе. В зависимости от специфики объекта реабилитации определяются и методики реабилитационного воздействия, дополняемые соответствующими частными технологиями социальной работы. Одной из главных проблем социальной работы с «бомжами» является решение проблем беженцев, которые в данном случае составляют «группу риска», при неблагоприятных условиях пополняющую ряды бездомных и бродяг. Для решения проблемы беженцев, необходимо принимать меры глобального, стратегического характера. Их реализация зависит от уровня развития общества, морали, духовной жизни в целом, политической культуры, степени развития социальной сферы, а также от состояния его экономики. Одной из таких ключевых мер является стабилизация ситуации на территории Беларуси, прекращение национальных конфликтов в целом ряде бывших советских республик, а также в России.

Содержание социальной работы с мигрантами

Миграция — перемещение людей по различным причинам через границы тех или иных территориальных образований в целях постоянного или временного изменения места жительства. Такое перемещение в пределах одной страны называют внутренней миграцией, или из одной страны в другую — внешняя миграция — эмиграция. Выделяют четыре типа миграции:

I — *эпизодическая* (поездки на отдых, учебу);

II — *маятниковая* (перемещение по относительно постоянному маршруту в одну сторону и обратно);

III — *сезонная* (сельскохозяйственные работы, лесозаготовки и пр.);

IV — *безвозвратный* тип миграции — в строгом смысле слова.

По степени управляемости различают *организационную*, осуществляющую при участии государственных общественных органов, и негосударственную (*стихийную*), осуществляемая средствами и силами самих мигрантов.

По отношению к перемещению различают: добровольную, вынужденную и принудительную миграции. *Добровольная* миграция осуществляется в поисках лучшего места работы, жилья, образования и т.п. *Вынужденную* миграцию осуществляют лица, вынужденные покинуть свои родные места из-за военных действий, спасающиеся от тех или иных природных или техногенных катастроф (последствия катастрофы на ЧАЭС, землетрясения, наводнения, пожар и пр.). *Принудительная* миграция – сталинская департация народов СССР, вывоз советских граждан на работу в Германию в годы Великой Отечественной Войны.

В Беларуси до 1970-х годов имело место ситуация аграрного переселения. Две трети населения республики проживало в сельской местности. Города не имели промышленно развитого потенциала, были не в состоянии принять сельское население. Поэтому потоки мигрантов устремились за пределы Беларуси. Объем таких миграционных перемещений достигал до 100 тыс. человек в год. Доминировала внешняя миграция. Это было экономическое явление, подорвавшее демографическую структуру на селе.

Период с середины 1970-х до 1985 гг. связан с интенсивным промышленным развитием республики. На ее территории создаются крупные городские военно-промышленные центры. Преобладать стала внутренняя миграция с устойчивой структурой регионального масштаба. В интересах наукоемкого динамичного промышленного комплекса миграция обеспечивала отбор трудовых ресурсов особого социального качества, отличавшихся высокой мобильностью. Условия такого отбора сложны. Это наиболее активное молодое сельское население. Таким образом города истощали демографическую базу села и тем самым подорвали основу будущего роста за счет сельского населения. Социальные условия промышленного развития демографически расточительно.

С 1986 года по начало 1990-х годов отмечалось противоречивое народохозяйственное развитие: депопуляционные явления, наблюдавшееся в 1970-х годах, стали характерны для всей страны. Ситуация осложни-

лась катастрофой на ЧАЭС, распадом СССР, переходом страны к рыночным отношениям. Все это обусловило появление новых видов миграции — *нелегальной внешней трудовой, интеллектуальной*, в стране появились беженцы.

Демократизация общества открыла широкие возможности для обмена населением с другими странами. Экономические последствия, кризис народного хозяйства в начале 1990-х годов делали такой обмен односторонним, т.е. численность выезжающих в дальнейшее зарубежье превышал поток граждан из-за границы. Пик выезда из республики приходится на 1990 г., когда выехало 34 тыс. наших соотечественников.

В настоящее время поток миграции стабилизировался на уровне 6 тыс. человек в год. Одной из причин уменьшения объемов эмиграции стало появление возможностей выезда и въезда в страну, относительно свободного общения родственников, живущих за пределами страны, выезда в личных целях на короткий срок. Миграционный обмен Республики Беларусь с государствами ближнего зарубежья происходит на фоне резкого снижения подвижности населения в целом. В последние годы потоки межгородской миграции нарастают, замещая сельскогородские перемещения населения.

В настоящее время сохраняется социально-демографический характер развития миграционной ситуации в стране. Структура потоков потеряла устойчивость, деформировалась под воздействием экологических и социально — экономических факторов, стала неадекватной размещению народнохозяйственных объемов. Возможности ее стабилизации и дальнейшего эффективного развития находятся за пределами миграционных процессов. Здесь необходимы социально-экономические мероприятия, направленные на оздоровление демографической ситуации в сельской местности путем разработки государственных мер по сбалансированному обмену населения между городской и сельской местностью.

В основе миграционных процессов лежат причины экономического, политического, социального, национального, религиозного и другого характера. Миграционные процессы имеют существенные последствия для государства, находятся в центре внимания не только миграционных служб, но и работников социальной сферы. Мигранты — лица, которые в большей или меньшей степени попадают в ситуацию маргинации в силу потери своих «территориальных» корней.

Для мигрантов потеря территориальности оказывает влияние на соматическое, психическое здоровье, на этику, на чувство хозяина, восприятие пространства (чувство дома), чувство достоинства, духовности, на профессиональную активность, на право на жилье, пищу, одежду, меди-

цинский уход, социальное обслуживание, на право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая трудной жизненной ситуации. Специалисту по социальной работе приходится ориентироваться в социальных аспектах проблем миграции.

Правовые аспекты социальной работы с мигрантами обозначены во Всеобщей Декларации прав человека (1948 г.), в Международном Пакте «Об экономических, социальных и культурных правах» (1966 г.); в Конвенции ООН «О статусе беженца» (1971 г.); в документах Всемирной конференции по правам человека (1993 г.), Всемирного форума по социальному развитию в Копенгагене (1995 г.), Всемирном форуме по устойчивому развитию в ЮАР (2002 г.) и других.

Правительство Республики Беларусь в 1998 г. ратифицировало Соглашение между Республикой Беларусь и Международной организацией по миграции о сотрудничестве, согласно которому в Республике Беларусь выполняются с учетом имеющихся средств выполняются следующие программы:

- укрепление потенциала национальных структур в сфере миграции;
- оказание консультативных услуг;
- техническое сотрудничество по миграционным вопросам;
- информационное обеспечение по вопросам миграции;
- оказание помощи в миграции гражданам Республики Беларусь, иностранным гражданам, лицам без гражданства, перемещенным как внутри страны, так и за ее пределами, и другим лицам, нуждающимся в подобной помощи, возвращении квалифицированной рабочей силы и в выборочной миграции.

При проведении социальной работы с мигрантами важно учитывать, что для осознания человеческого достоинства важны государственно-правовая защищенность; реализация права на социальное обслуживание, трудоустройство, образование, медицинскую, психологическую, правовую помощь. Поэтому специалист по социальной работе выступает в роли юриста-консультанта.

Проблема мигрантов на государственном уровне занимаются миграционные, социальные службы, центры занятости населения, министерство юстиции, министерство здравоохранения, министерство внутренних дел, министерство образования и другие. Основные направления их деятельности:

- защита прав и интересов прав граждан Республики Беларусь на ее территории и за ее пределами;

— управление миграционными процессами, регулирование выезда и въезда; осуществление миграционного контроля, стабилизация миграционных потоков;

— содействие социально-экономической адаптации и интеграции мигрантов в стране, оказание помощи беженцам и вынужденным переселенцам;

— осуществление сотрудничества с международными организациями в области миграции.

В настоящее время органы социальной защиты населения проводят разноплановую работу с мигрантами. Специалисты помогают каждому обратившемуся человеку в решении его личных, социальных, экономических, правовых и других проблем; содействуют в установлении необходимых социальных отношений. В социальной работе с мигрантами выделяют 2 вида: практическую (работа с конкретным человеком или группой людей, нуждающихся в социальной помощи) и организационную (разработка конкретных программ деятельности социальных служб).

Практическая социальная работа с мигрантами проводится по следующим направлениям:

- социальному;
- социально-психологическому;
- социально-педагогическому;
- социально-правовому;
- материальному;
- социально-информационному;
- социально-трудовому;
- социально-медицинскому.

Социальное направление осуществляется различными ведомствами и включает:

- проведение социальных консультаций по социальной реабилитации в стационарных и нестационарных условиях;
- выявление лиц, особо нуждающихся в социальной помощи;
- социальная диагностика;
- помощь мигрантам в получении пенсий и пособий;
- содействие организации групп самопомощи и взаимопомощи;
- выявление лиц с девиантным поведением из числа мигрантов и их семей;
- профилактика девиантного поведения;
- организация культурно-досуговой работы с престарелыми гражданами из числа мигрантов;

- профилактика бездомности, включая содействие в получении общежития, временного жилья, приобретение собственного жилья;
- профилактика детской беспризорности, включая устройство детей в детские дома и дома-интернаты;
- содействие возвращению имущества мигрантов или получение ими компенсаций;
- взаимодействие с различными общественными и государственными организациями по вопросам помощи мигрантам.

Социально-психологическое направление осуществляется в контакте с органами образования и здравоохранения и включает:

- психологическое консультирование;
- психологическая коррекция и помощь в социальной адаптации;
- психологическая помощь в острой кризисной ситуации и условиях посттравматического стресса;
- психопрофилактика стресса;
- проведение психологических тренингов с мигрантами;
- обучение аутотренингам и психологической саморегуляции;
- психологическая диагностика и консультирование в области приобретения новых специальностей.

Социально-педагогическое направление осуществляется в контакте с учреждениями образования, здравоохранения и правоохранительными органами и включает;

- ✓ проведение консультаций по вопросам семьи и воспитания детей;
- ✓ социально-педагогическая работа с детьми и подростками;
- ✓ специализированная (коррекционная) социально-педагогическая помощь нуждающимся детям и подросткам, в том числе детям, имеющим проблемы в обучении;
- ✓ контроль за получением образования детьми из семей мигрантов;
- ✓ профессиональное консультирование и содействие в получении профессионального образования;
- ✓ профилактика девиантного поведения, организация досуга, направленного на адаптацию в новых условиях.

Социально-правовое направление осуществляется с судебными и правоохранительными органами и включает:

- защита прав и интересов мигрантов;
- предоставление информации об их правах и обязанностях;
- социально-правовое консультирование.

Материальное направление осуществляется в контакте с общественными организациями и включает:

- предоставление продуктовой и иной натуральной (лекарства, одежда, строительные материалы и пр.);
- консультирование по социально-экономическим вопросам;
- предоставление помощи в достижении экономической самостоятельности и в повышении доходов;
- предоставление финансовой помощи; выделение кредита, ссуд на основе индивидуального подхода в каждой конкретной ситуации.

Социально-информационное направление осуществляется в контакте со средствами массовой информации и включает:

- информирование мигрантов о деятельности социальных служб;
- сбор информации о мигрантах и ее систематизация в целях организации оптимальной социальной работы с данной категорией населения;
- информирование общественности относительно проблем миграции и мигрантов через СМИ в целях установления мигрантами устойчивых социальных связей;
- содействие адекватному освещению в СМИ процессов миграции.

Социально-трудовое направление осуществляется совместно с территориальными службами занятости и включает:

- оказание содействия в получении основной и дополнительной работы;
- консультирование по вопросам труда, занятости и профориентации;
- содействие в открытии собственного дела;
- помощь в профессиональной подготовке и переподготовке.

Социально-медицинское направление осуществляется с учреждениями здравоохранения и включает:

- ❖ медико-социальное консультирование;
- ❖ оказание доврачебной медицинской помощи;
- ❖ содействие в организации диспансеризации мигрантов;
- ❖ контроль за адекватной профилактической работой и соблюдение норм социальной гигиены;
- ❖ выявление хронических больных и нетрудоспособных и организация для них специализированных медикореабилитационно-экспертных комиссий;
- ❖ социально-психиатрическая диагностика и помощь;
- ❖ оказание содействия в приобретении лекарств и других средств медицинского назначения;
- ❖ направления на лечение в специализированные учреждения здравоохранения;
- ❖ контроль за состоянием жилья мигрантов.

Таким образом, специалист по социальной работе должен компетентно действовать в различных ситуациях, расширяя сферу своей деятельности. В работе с мигрантами сочетается индивидуальная, семейная, групповая, общественная работа и социальное административное планирование. Миграционные процессы всегда будут существовать и оказывать на общество определенное влияние. Главной задачей социальных служб является сведение к минимуму тех отрицательных явлений, которые она несет. Миграция может стать благом, и злом, спасти экономику или привести страну к социальному взрыву. В настоящее время эта деятельность в социальной сфере находится в стадии формирования, но надо учиться управлять миграцией, готовить кадры, накапливать информацию о формах и методах работы с мигрантами и лицами, находящимися в трудной жизненной ситуации.

Подводя итог всего вышеизложенного материала, можно заключить, что основной особенностью социальной работы как профессиональной деятельности является работа специалиста с человеком, попавшим в трудную жизненную ситуацию, а одним из основных условий успешности работы — целостное видение специалистом ситуации человека, нуждающегося в помощи, и преобразование ситуации с пользой для человека. Поэтому несомненна роль личности самого специалиста по социальной работе в процессе оказания помощи. От его личностной нравственной позиции, системы ценностей, знаний, навыков, уровня профессиональных компетенций в конечном счете, зависят человеческие судьбы. Рост социальных аномалий, увеличение перечня трудных жизненных ситуаций, возрастание дезадаптированности различных категорий населения актуализируют повышения качества образования при профессиональной подготовке будущих специалистов социальной работы, а также и компетентной деятельности самих специалистов социальной работы.

Вопросы для самоконтроля:

1. Охарактеризуйте основные показатели заболеваемости, структуру и содержание социальной работы в кардиологии, онкологии, эндокринологии, психиатрии, наркологии.
2. В чем заключается медико-социальная работа с инфекционными больными?
3. Каковы основные проблемы, связанные со смертностью?
4. Опишите особенности содержания социально-реабилитационной работы.
5. Социально-медицинская работа в армии и правоохранительных органах.
6. Основные этапы социальной адаптации лиц, отбывших тюремное заключение.
7. Социальная работа с лицами без постоянного места жительства. Основные направления социальной работы с мигрантами.

РАЗДЕЛ 4. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

ЛЕКЦИЯ № 15 ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Вопросы:

СУЩНОСТЬ УПРАВЛЕНИЯ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ

ПОДХОДЫ К СИСТЕМАМ УПРАВЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

СОЦИАЛЬНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ

СОЦИАЛЬНОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ

МЕТОДЫ И ФУНКЦИИ СОЦИАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ

Сущность управления в социальной сфере

Содержание понятия «социальная сфера», как и любой научной категории, многопланово. В литературе можно выделить несколько подходов к определению социальной сферы. Первый понимает ее как совокупность больших социальных групп: классов, наций, народов и так далее, - полагая, что такое представление о социальной сфере отражает глубокий уровень общественной жизни, носит сущностный характер, в отличие от представления о ней как просто суммы локальных социальных образований. В основном понятие социальной сферы в такой трактовке совпадает с понятием социальной структуры общества. Но при такой постановке вопроса социальная сфера утрачивает функциональные признаки и главнейший из них - обеспечение воспроизводства общества. Вторую точку зрения представляют в основном экономисты. Активно используя в научном анализе категорию "социальная сфера", они сводят ее к производственной сфере и отраслям услуг и трактуют ее как совокупность отраслей народного хозяйства, в той или иной мере задействованных в процессе удовлетворения социальных потребностей граждан, работники которых получают соответствующие доходы из средств, выделяемых обществом на эти потребности. В данном случае социальная сфера предстает только как социальная инфраструктура, вне деятельности в ней каких-либо социальных субъектов, их связей и отношений.

Ряд авторов, полагая, что социальная сфера занимает своего рода промежуточное положение между экономической и политической системами и выступает как бы передаточным звеном от экономики к политике, считают неоправданным выделение социальной сферы как некото-

рой относительно самостоятельной области общественных отношений. Социальная сфера является частью других сфер жизнедеятельности общества и не представляет собой самостоятельную подсистему общества. Такой подход, с нашей точки зрения, также неправомерен, поскольку только социальная сфера в отличие от других сфер жизнедеятельности общества выполняет функцию социального воспроизводства населения. В основе ее выделения лежит деятельность по воспроизводству населения и отношения, складывающиеся в процессе этой деятельности.

Следует отметить, что социальная сфера исторически всегда была объектом более активных управленческих действий со стороны территориальных органов, нежели сфера производственная. Важной особенностью социального управления является взаимодействие между управляющими и управляемыми, т.е. между объектами и субъектами управления.

Объектами социального управления являются индивиды, группы, организации, институты и другие социальные образования и процессы.

Субъектами социального управления являются отдельные люди, группы людей, осуществляющие сознательное, целенаправленное воздействие на соответствующую социальную систему или ее подсистемы в целях достижения поставленных задач.

Важнейшим компонентом социальной сферы являются люди. Они могут быть представлены или описаны как популяция — количественными и качественными характеристиками населения страны, а их социальная дифференциация — через причастность людей к тем или иным группам или слоям общества. При этом состояние здоровья населения, его интеллектуальный потенциал, культурно-нравственные ценности и девиации будут оценкой функционирования социальной сферы, а место человека, группы в социальной структуре — показателем потенциальных возможностей их социального воспроизводства. Отметим, что все социальные группы и слои, а также индивид выступают в качестве субъектов социальной сферы.

Качественные и количественные показатели функционирования социальной сферы, с одной стороны, определяются достигнутым уровнем развития отраслей производства и средств потребления, производственной и социальной инфраструктурой, характером производственных отношений, социальной ориентированностью экономики, природно-климатическими условиями; с другой стороны, уровнем образования, ценностными ориентациями людей и нормами потребления. При этом анализ ее движущих сил осуществляется на макро-, мезо- и микроуровнях и учитывает объективные и субъективные аспекты функционирования.

ния и развития социального воспроизводства. Представляется, что объективной основой деятельности индивидов, групп в социальной сфере, субъектов управления социальными процессами является противоречие между потребностями людей и материальными условиями, обеспечивающими их удовлетворение. В основе движения социальной сферы как движущегося, развивающегося целого лежит общий для всех его компонентов и в то же время специфический для системы в целом закон возрастания потребностей, управляющий функционированием как самого целого, так и образующих его частей. В социальной сфере общественные и личные интересы устремляются и к выравниванию степени удовлетворения потребностей людей, и к социально-групповому различию.

Социальное управление осуществляется путем воздействия на условия жизни людей и их ценностные ориентации. Важной составной частью социального управления является социальное планирование, разработка и реализация конкретных мер по решению социальных проблем, прогрессивным экономическим преобразованиям.

Социология изучает социальное управление как непрерывно осуществляемый процесс воздействия на управляемую систему. Сущность социологического подхода к управлению (по Е.М. Бабосову) заключается в следующих взаимосвязанных шести компонентах:

- деятельность органов управления, как государственных, так и общественных, включая весь комплекс подготовки, переподготовки, расстановки кадров, их продвижение по службе, отношение между работниками аппарата управления;
- целенаправленное воздействие на управляемый аппарат, включающее целеполагание (социальное проектирование, планирование, регулирование) и целедостижение;
- социальная самоорганизация, представляющая собой совокупность спонтанных процессов внутригруппового регулирования (общественное мнение, традиции, обычаи, социальные нормы, лидерство), оказывающих регулирующее, управляющее воздействие на поведение и деятельность индивидов и их групп, на их ценностную ориентацию;
- система управленческих решений, направленных на обеспечение целостности и сохранение или повышение качественных параметров управляемой системы, повышение эффективности ее функционирования;
- анализ и контроль функционирования управляемой подсистемы;
- обеспечение такой направленности деятельности управляемой системы и ее элементов, которая бы удерживала в допустимых пределах возможные отклонения в действиях отдельных индивидов и их групп от поставленных целей и задач.

Важнейшим компонентом социальной сферы является социальная инфраструктура. Под ней мы понимаем устойчивую совокупность материально-вещественных элементов, создающих условия для удовлетворения всего комплекса потребностей (витальных и социально-деятельностных) в целях воспроизводства человека и общества. Социальная инфраструктура является полем взаимодействия материально-вещественной среды и социальных субъектов и обеспечивает условия для рациональной организации их жизни и деятельности. По своей внутренней организации инфраструктура социальной сферы представляет собой систему учреждений, предприятий и органов управления, обеспечивающих эффективность функционирования всех институтов социальной сферы. При этом многообразные потребности индивидов, семей и общества в целом удовлетворяются широким и многообразным набором товаров и услуг. Социальная инфраструктура характеризуется по видам и направлениям деятельности социальных субъектов (трудовая, культурная, досуговая и т.п.) и по звеньям в каждом из видов (дошкольная, внешкольного образования и т.д.). Она может рассматриваться как на уровне общества, отрасли, так и региона, предприятия. Отдельные элементы социальной инфраструктуры не взаимозаменяемы. Только при целостном подходе, обеспечивающем рациональную жизнедеятельность людей, можно говорить об эффективности воспроизводства населения. Социальная инфраструктура может характеризоваться числом учреждений, организаций, обеспечивающих процессы образования, медицинского, бытового и транспортного обслуживания, а также числом мест в них, объемом услуг. В анализе функционирования социальной инфраструктуры важны субъективные оценки людей достаточности реально существующей социальной инфраструктуры в конкретном регионе или на конкретном предприятии. По уровню развития социальной инфраструктуры, который определяется с помощью социологического анализа, можно судить о степени удовлетворения потребностей населения.

Процессы образования, медицинского, бытового, транспортного обслуживания, социальной защиты и т.д. представляют собой совокупность статистически устойчивых актов социального взаимодействия людей, детерминирующего их образ жизни, условия социального воспроизводства. Как и всякий процесс, это взаимодействие характеризуется протяженностью в пространстве и времени, последовательностью, непрерывностью. Оно призвано служить двум взаимосвязанным целям: сохранению ранее накопленного человеческого потенциала, обеспечению доступности услуг и созданию новых институциональных предпосылок совершенствования качественных характеристик социального воспроиз-

водства будущих поколений, обеспечению роста потенциала социальной сферы. Услуги социальных учреждений формируют социальную экологию.

Система индикаторов, фиксирующих эти процессы, может быть представлена показателями, характеризующими:

- потенциал отрасли (обеспеченность кадрами различных отраслей социальной сферы, количественные и качественные характеристики результатов образовательной деятельности, состояние здоровья граждан, жилищного обеспечения, социальной защиты, социального обслуживания и т.п.);
- субъективную оценку степени удовлетворенности потребностей индивидов, социальных групп в жилье, медицинском и бытовом обслуживании, образовании, культурно-духовном общении, политическом участии;
- соотношение платности и бесплатности услуг, государственной и частной принадлежности производящих их предприятий, степень доступности платных услуг различным группам и слоям населения.

Подходы к системам управления в области социального обслуживания

Управление в социальной сфере представляют собой сложную систему взаимообусловленных и переплетающихся отношений экономического, технического, организационного, политического, идеологического, правового, морального, социального (в узком смысле), психологического характера. В практике социального управления, в социальной работе их разделение почти невозможно, ибо оно связано непосредственно с человеком, через которого познаются, формируются и индуцируются эти отношения. Социальная работа призвана решать не столько задачи организации совместной деятельности, сколько экономические, политические, правовые, психологические, технологические и другие задачи, то есть задачи социальной жизнедеятельности индивида в целом.

Существуют различные точки зрения (как в терминологическом, так и в содержательном аспектах) и по отношению к административному управлению и менеджменту. Например, американские специалисты считают, что административное управление и менеджмент — одно целое. В Западной Европе, наоборот, менеджмент используется как основное понятие, а административное управление относится к внутренним задачам организации.

Впервые термин «менеджмент» стал употребляться в США и первоначально означал «умение объезжать лошадей». Оно произошло от гла-

гола «to manage» (управлять), а тот, в свою очередь, — от латинского «manus» (рука). То есть в буквальном переводе менеджмент означает «управление людьми». Менеджерами называют лиц, имеющих, в соответствии с законодательством, обязанности по руководству корпоративным бизнесом и имуществом. Сегодня в США термин «менеджмент» означает процесс, который обеспечивает интеграцию и эффективное использование материальных и человеческих ресурсов фирмы для достижения стоящих перед ней целей. По сути менеджмент — это теория и практика управления фирмой и ее персоналом в условиях рыночных отношений.

Сейчас на Западе все большее значение приобретает концепция «человеческих ресурсов», в основе которой лежит признание экономической целесообразности капиталовложений, связанных с управлением рабочей силой, поддержанием ее в трудоспособном состоянии, обучением и созданием условий для более полного выявления возможностей и способностей, заложенных в личности.

В соответствии со своими потребностями компании участвуют в образовательных программах, чтобы обеспечить себя в будущем образованной и технически подготовленной рабочей силой. Выступая в Американской федерации учителей, Д. Кридон, президент «Метрополитен лайф иншуренс компани», заявил: «Бизнес начинает действовать исходя из признания того, что ему нужны хорошо образованные служащие, клиенты и избиратели». В качестве другого примера, когда бизнес действует одновременно и в своих интересах, и в интересах общества, можно привести систему здравоохранения. Компании по страхованию жизни поддерживают меры против курения на рабочем месте. Это сокращает расходы на медицинскую помощь и может принести более высокие прибыли страховым компаниям. Одна страховая компания в Америке даже ввела программу ранней диагностики и профилактики гипертонических заболеваний служащих банка — самого распространенного заболевания, — поскольку это экономически выгодно фирме.

Менеджмент как система знаний развивался по нескольким направлениям. *Первое направление* — развитие теории организационного управления — получило название «классической», или «традиционной» школы. Многие компоненты этого направления играют и сейчас важную роль. Однако определенная недооценка человеческого фактора, упрощенное представление о мотивах человеческого поведения, имевшие место в «традиционной» школе, вызвали к жизни *второе направление* в теории управления — это школа «человеческих отношений», или «человеческого поведения». Особое внимание в этой технологии управления

уделяется психологическим мотивам поведения людей в процессе производства, рассматриваются такие категории, как «групповые отношения», «групповые нормы», «проблемы конфликта и сотрудничества», «коммуникационные барьеры», «неформальная организация» и др. Таким образом, в теорию управления были введены социально-поведенческие элементы в интегрированном виде.

Третье направление — это так называемая «эмпирическая» школа. Она объединяет исследователей, которые определяют управление прежде всего как изучение практического опыта с целью его обобщения, тиражирования и передачи практикам, обучение студентов и т.д. Представители этой школы стремятся синтезировать основные идеи двух первых школ «классической» и «человеческих отношений».

Четвертое направление теории организации управления — школа «социальных систем», разрабатывающая системный подход к вопросам организации управления, обращает преимущественное внимание на взаимодействие частей системы с целым. Представители этой школы занимаются исследованиями организации как целого, моделируя организационные процессы и их сочетания друг с другом, благоприятные для достижения цели, стоящей перед организацией.

Пятое направление образует новая школа «науки управления». Ее представители считают важнейшей целью исследование процессов принятия решений с применением новейших математических методов и средств. Эта школа ставит перед собой задачу повышения рациональности решений, к ней также можно отнести большое число исследователей, принимающих участие в разработке различных управляющих и прогнозирующих систем.

Этот краткий и далеко не полный перечень основных теорий управления показывает междисциплинарный характер знаний, на основе которых могут быть развиты принципы административной практики. Вместе с тем эти теории не всегда могут быть адаптированы к отечественной системе управления, так как здесь необходимо учитывать уровень жизни, традиции, приоритеты и возможности в развитии системы социальной защиты и т.д.

В целом западные социологи, делая вывод о необходимости профессионализации менеджмента, утверждают, что на смену собственническому менеджменту, целью которого являлось обеспечение максимальной прибыли для предпринимателя, в бизнес XX века пришел профессиональный менеджмент, несущий определенную социальную ответственность перед обществом.

Развитие профессионального менеджмента привело к изменению

специфики деятельности менеджера. Она состоит в том, что менеджер — это не столько должность, сколько профессия, требующая комплекса профессиональных, управленческих, психологических, экономических и, конечно, творческих качеств личности. Однако для управленца, работающего в социальной сфере, необходимы и специфические знания, так как в первую очередь он решает проблемы личности, способствует реализации ее жизненных интересов, потребностей.

Социальная технология управления

В настоящее время очевидно, что управленческая деятельность по своей сути технологична, она имеет определенные стандарты, закономерности, которые должны знать все управленцы, независимо от сферы своей деятельности. Как частное проявление общего процесса технологизации социальной деятельности выступает технологизация управления. В ней отражаются практически все проблемы, возникающие при внедрении социальных технологий в общественную практику. Как правило, технологии создаются не для уникальных видов деятельности, а для многократно повторяющихся. Необходимо также учесть, что продуманная разработка социальных технологий начинается в сфере управления и только потом распространяется на другие виды человеческой деятельности. По существу, социальные технологии — результат развития технологии управления. Сегодня они являются важнейшим направлением развития системы социальной защиты населения.

Отсюда потребность в технологиях, во-первых, направленных на социальную защиту той части населения, которой особенно трудно приспособиться к новым социально-экономическим условиям; во-вторых, — в технологиях самоорганизации и новых технологиях обучения, позволяющих с минимальными затратами времени и сил повысить уровень подготовки в новых сферах деятельности. Таким образом, введение термина «социальная технология управления» преследует три цели:

добиться еще большей стандартизации отдельных (структурных) этапов процесса управления;

обеспечить возможность применения целесообразной последовательности в управленческой деятельности;

достичь быстрого и крупномасштабного «тиражирования» новых видов деятельности, эффективных технологий в социальной сфере.

В целом же, технологизация — это технологическое совершенствование управления. А управление общественными процессами — это сознательное и целенаправленное воздействие субъекта на объективно существующие общественные отношения и процессы. Это «искусство знать

точно, как предстоит сделать это самым лучшим и дешевым способом». **Ключевым звеном в процессе управления социальными изменениями и развитием являются социальные цели.** Основные социальные цели служат ориентиром для планирования и содержания направлений социальных изменений на краткосрочный или долгосрочный период.

Отраслевые органы управления выполняют разнообразные функции, касающиеся деятельности подведомственной отрасли и ее организаций:

- разработка основ государственной или региональной социальной политики;
- разработка республиканских или региональных прогнозов, перспективных планов и целевых программ развития, в том числе инвестиционных (во взаимодействии с другими министерствами, ведомствами и территориальными органами управления);
- разработка социальных норм и нормативов, определяющих различные аспекты управления;
- совместное с органами стандартизации различного уровня участие в разработке стандартов деятельности для организаций всех организационно-правовых форм;
- осуществление международного сотрудничества по вопросам, относящимся к компетенции данного отраслевого органа управления;
- реализация кадровой политики, направленной на организацию рабочих мест, обучение и переквалификацию работников;
- методическое обеспечение деятельности организаций отрасли, преимущественно на рекомендательной основе;
- регулирование отношений собственности между подведомственными организациями и местными органами власти.

Целесообразно использовать следующую технологию разработки социальной политики. Определяется система показателей, характеризующих качество жизни сообщества. Эта система может включать в себя следующие группы:

а) показатели уровня жизни (покупательная способность населения, жилищно-коммунальные условия, степень обеспеченности населения объектами обслуживания);

б) показатели социального качества среды жизнедеятельности (группировка всего населения по показателям среды жизнедеятельности разного социального качества, группировка территорий по состоянию природной среды);

в) социально-демографические характеристики (занятость населения и уровень безработицы, уровень образования, уровень и характер отклоняющегося поведения, средняя продолжительность жизни).

Этапы технологии социальной политики:

I. Определяется фактическое значение показателей качества жизни местного сообщества.

II. Определяется степень отклонения фактических значений показателей от нормативных.

III. Выявляются причины отрицательных и положительных отклонений фактических значений показателей качества жизни местного сообщества от нормативных показателей.

IV. Определяются возможности улучшения показателей качества жизни за счет устранения выявленных негативных причин и использования положительных факторов.

V. Определяются возможности улучшения качества жизни местного сообщества за счет бюджетных средств (местного, республиканского, федерального бюджетов).

VI. Определяются возможности улучшения качества жизни местного сообщества за счет внебюджетных средств, в том числе заемных.

VII. Устанавливаются целевые значения показателей качества жизни местного сообщества с учетом всех реальных возможностей и ограничений.

VIII. Определяется общий размер финансовых и материальных ресурсов, необходимых для достижения целевых значений показателей качества жизни местного сообщества.

IX. Определяются исполнители и устанавливаются сроки выполнения необходимых работ.

Особую роль в практической реализации местной социальной политики играет финансово-распределительный механизм доходов и расходов местного сообщества. Составными частями этого механизма являются цены, тарифы, местные налоги, сборы, пошлины, кредиты и т.д. С их помощью можно целенаправленно и эффективно воздействовать на производство, товарообмен, инвестиционную деятельность. Первоочередной задачей местных органов власти является увеличение доходной части местного бюджета, что возможно осуществить на основе повышения эффективности и доходности деятельности как государственных, так и частных предприятий и организаций, расположенных на данной территории.

Социальное программирование

Основным программно-целевым методом управления социальной сферой является социальное программирование. Социальное программирование представляет собой форму системного перераспределения ресурсов на основе заранее определенных целей, критериев и возможных форм использования данных ресурсов для решения конкретных социальных задач. В Республике Беларусь разработаны и функционируют программы в области здравоохранения, образования, обеспечения жильем и др. Даже краткий перечень потенциальных объектов программного регулирования показывает, что определение их круга в конкретном случае в органах власти каждого уровня представляется весьма непростым делом.

Отличие социального программирования от социального планирования как составной части директивного социально-экономического планирования состоит в том, что, если последнее охватывало всю социальную сферу, то социальное программирование имеет дело лишь с ограниченным количеством первоочередных социальных проблем. От непрограммных мероприятий по регулированию социального развития, осуществляемых в условиях рыночной экономики, социальное программирование отличается системный характер, позволяющий четко структурировать проблему, определить возможные сроки ее решения и установить четкие критерии степени достижения желаемого результата. Кроме того, важной чертой социального программирования является четкое определение адресата получения ресурсов и государственных органов, ответственных не только за распределение ресурсов, но и в целом за решение проблемы. Значение социальных программ для государственного регулирования заключается, во-первых, в возможности для управляющего органа добиться значительной концентрации ресурсов именно в рамках программного решения отдельной социальной проблемы.

Острота социальной проблемы предопределяет повышенное общественное внимание к ее решению и позволяет управляющему органу, а иногда и просто вынуждает его, направить большее количество ресурсов на данную цель. Однако традиционные методы государственного регулирования оказываются менее эффективными, поскольку именно программирование предусматривает наличие жесткой триады «цель - ресурсы (мероприятия) — результат». Во-вторых, программирование позволяет привлечь для решения проблемы на системной основе новые, нетрадиционные виды ресурсов, прежде всего организационные. Можно сказать, что концентрация организационных ресурсов в виде взаимосвязанной системы мероприятий, форм их контроля, способов стимулирования

и подстраховки в случае возникновения трудностей с реализацией программных задач является основным достоинством программного метода управления. В-третьих, программирование представляет собой более целенаправленный метод, более «заостренный» подход к управлению социальными объектами, нежели централизованное директивное планирование. В отличие от последнего, программирование не претендует на тотальный охват социальной сферы. (Хотя предлагаемые некоторыми авторами сверхкрупные межотраслевые программы типа целевой программы повышения уровня жизни населения означали бы существование возвращение к директивному управлению и планированию под вывеской программного подхода.)

Методы и функции социального управления

Рассматривая методы управления развитием социальной сферы, приходится констатировать, что их специфика состоит в том, что в их числе следует рассматривать не только административные и экономические подходы, но также и социально-психологические методы (в частности, методы убеждения), поскольку в состав объекта управления, как правило, входят более или менее значительные контингенты населения. Убеждение — метод, направленный на интернализацию. В отличие от простой передачи информации, убеждение предполагает направленное влияние на личность, апеллирующее к ее мышлению, совести, чувству человеческого достоинства. Убеждают того, кому доверяют и кого не хотят принуждать. Таким образом, убеждение никак не ущемляет свободы индивида и, напротив, апеллирует к его свободному решению. Именно поэтому убеждение — самый демократичный и гуманный из методов социального контроля.

Принуждение и внушение отличаются от убеждения, т.к. основаны на подчинении свободной воли индивида. Принуждение с помощью негативных санкций представляет собой насилие над личностью. На поверхностный взгляд это самое эффективное средство контроля, позволяющее без труда добиться подчинения индивида социальным требованиям. Именно поэтому принуждение — излюбленный метод тиранов и диктаторов, которым нужен мгновенный результат и максимальное устрашение и которые чувствуют постоянный страх перед индивидуальной свободой.

Внушение — наиболее опасный способ социального управления и контроля. Это направленное воздействие на глубинные слои психики, адресованное подсознанию. Индивид, в отношении которого применено внушение, не сознает, что подвергся воздействию извне. Он уверен, что пришел к этим выводам, поступкам, желаниям сам, по своей воле. Сред-

ства массовой коммуникации, реклама служат проводниками внушения. Это способ манипулировать сознанием масс, контролировать не поступки, а умы. Существуют различные позиции относительно систем управления в области социального обслуживания. В частности, иногда считается, что администраторы, получившие подготовку для работы в сфере государственного управления, могут полностью заменить специалистов, профессионально подготовленных для сферы социального обслуживания. Однако вряд ли правильно здесь игнорировать определенную дифференциацию. Так, управленческие кадры в области социальной работы должны обладать способностью решать социально-политические вопросы, вникать в содержательные, этические аспекты, повышать эффективность оказываемых услуг в соответствии с общественными ценностями и законами.

Начало XX века ознаменовалось рождением научного менеджмента, у истоков которого стояли такие ученые и практики, как Фридерик У. Тейлор, Франк Б. Гилберт, Генри Л. Гантт, Х. Манстерберг, Х. Эмерсон и другие. Становление и развитие управленческих отношений сопровождалось совершенствованием социальных технологий.

Методы социального управления — это комплекс методов целенаправленного воздействия: 1) на отдельных работников; 2) отдельную группу; 3) целый коллектив.

На каждом из этих трех уровней управление вырабатывает соответствующие методы. Так, по отношению к отдельному работнику можно выделить воздействие на его поведение:

- а) прямое (приказ, задание);
- б) через мотивы и потребности (стимулирование);
- в) через систему ценностей (воспитание, образование);
- г) через окружающую социальную среду (изменения условий труда, статусов в административной и неформальной организации).

По отношению к группе, входящей в производственный коллектив, можно применять следующие методы социального управления:

- а) целенаправленное формирование состава группы по ряду признаков (демографическим, психологическим);
- б) сплочение группы (по средствам соревнования, совершенствования стиля руководства, использования социально-психологических факторов).

Методами на уровне социальной организации выступают:

- а) согласование формальной и неформальной структур;
- б) демократизация управления;
- в) социальное планирование (совершенствование социальной струк-

туры коллектива, улучшение благосостояния работников, повышение квалификации работников).

Руководство в системе социального управления предполагает иерархическую лестницу, где нижние ряды подчиняются верхним, наделенным правовой основой. Задача руководства — побуждать подчиненных к повышению трудовой активности.

В системе управления используется достаточно большое число методов административного воздействия, которые могут классифицироваться по нескольким критериям.

Если в качестве критерия или основания классификации взять функцию, которую выполняют способы административного воздействия в реальном управлении, то можно выделить три большие группы: *регламентирующие, распорядительные и дисциплинарные методы*.

Регламентирующие методы — это жесткий тип воздействия. С их помощью создается та или иная система организации, определяются задачи, права и ответственность структур управления, устанавливаются определенные правила, конкретные предписания к действию, рамки поведения руководителей и подчиненных.

К этой группе относятся: регламентирование, ориентация, организационные методы, инструментирование и др.

Регламентирование представляет собой разработку и применение положений, должностных инструкций и других документов, регулирующих деятельность членов коллектива.

В положениях аппарата управления, как правило, имеются следующие разделы: общая часть, основные задачи, функции, права, взаимосвязи с другими подразделениями, ответственность.

Регламентный метод включает в себя следующие положения:

— организационную структуру, состав органов управления (самоуправления) коллектива и его подразделений;

— конкретное разграничение прав и обязанностей, полномочий органов управления (самоуправления);

— порядок разрешения противоречий, возникающих между отдельными органами управления (самоуправления) в процессе профессиональной деятельности;

— перечень форм и методов управления (самоуправления) в коллективе, организации, используемых для решения тех или иных вопросов; формы — общее собрание, конференция, комиссия и др.; методы — коллективное обсуждение проблем, изучение общественного мнения, общественная экспертиза и др.;

— конкретные процедуры принятия решений по отдельным социаль-

ным, профессиональным и другим вопросам;

— порядок выборности ответственных руководителей на всех уровнях;

— порядок, формы и сроки информирования (отчетности) руководителей (органов управления) о состоянии положения дел организации;

— системы и меры материальной, моральной, административно-правовой защиты, системы стимулирования;

— порядок изменения и дополнения регламента управления коллектива.

При составлении регламентов необходимо соблюдать ряд технологических требований:

а) нормирование необходимо сочетать со стимулированием (материальным и моральным) и эффективными санкциями за нарушение норм (правил);

б) нормы (правила) должны отражать последние данные науки и прогрессивного опыта;

в) нормы (правила) не должны быть чрезмерно жесткими или слишком вольными;

г) регламенты не должны быть слишком детальными, что сковывает инициативу исполнителей;

д) нормативы (регламенты) необходимо разрабатывать адресно, чтобы они способствовали укреплению личной ответственности, не допускали обезличенности в управленческом процессе.

Регламентирование обеспечивает организованность в работе, поддерживает оптимальный режим деятельности, не допускает действия стихийных факторов, вносит в деятельность коллектива порядок и дисциплину.

Есть и другие виды регламентов, с помощью которых организуется труд работников: единый распорядок работы (дня); регламенты проведения совещаний и заседаний; регламенты-сценарии проведения различных встреч.

Ориентация — это метод, с помощью которого упорядочиваются положение и перемещение работника на предприятии, в учреждении, устанавливаются место и значение того или иного объекта, предмета, события на производстве.

Системы ориентации: нумерационная, словесная (надписи, указатели и т.д.), словесно-нумерационная (комбинация), символическая (символы, пиктограммы, эмблемы, значки), графическая (карты, схемы, таблицы), цветовая.

Организационные методы. Применяются при необходимости созда-

ния той или иной социальной системы, при проектировании организационной структуры предприятия, учреждения.

Инструктирование — процесс наставления в устной или письменной форме. Используется как метод, с помощью которого руководитель определяет цели, задачи, обязанности и права работников.

Распорядительные (административные) методы используются для коррекции системы и оперативного уточнения задач управления, для совершенствования организации и направлены на решение конкретных задач. Выделяется две формы использования этих методов: письменно-документальная и устная. Такие формы распорядительного воздействия, как директивы, указы и постановления, выражаются только в письменно-документальной форме, а приказы, распоряжения и указания — в обеих.

Распорядительное воздействие методов направлено прежде всего на устранение возникающих трудностей, недостатков в профессиональной деятельности. Они предопределяют объем предполагаемой работы, распределение обязанностей по ее выполнению, а также сроки исполнения и предполагают систематический контроль и проверку исполнения.

Дисциплинарные методы. В социальной работе, когда приходится решать многочисленные проблемы, реальное воздействие на людей немислимо без соответствующего порядка и правил дисциплины. Имеется в виду не только соблюдение трудовой дисциплины, но и установление личной и профессиональной ответственности перед клиентами, коллективами, группами. Правильное сочетание различных видов ответственности повышает эффективность и действенность организационных методов управления.

Если обобщить все представления о содержании организационной деятельности, то мы получим следующий состав входящих в нее мероприятий:

- четкое и ясное определение целей и задач;
- отбор исполнителей на основе оценки, с их точки зрения, наилучшего использования их качеств, потенциала в интересах дела;
- передача решений, расстановка исполнителей в соответствии с целями и задачами учреждения, распределение полномочий;
- обеспечение исполнителей средствами производства и создание необходимых для их рационального использования материальных условий;
- создание системы совместного труда путем налаживания межличностных отношений и взаимной заинтересованности в общей работе;
- согласование и координация отдельных работ;
- обеспечение единства взглядов и целеустремленности всех членов

организации;

— контроль за ходом выполнения поставленных целей, задач и распоряжений.

Некоторые методы управления могут в определенных условиях выступать в качестве функций управления, точно так же, как последние — в качестве методов управления. Это объясняется тем, что функции есть форма выражения сущности и содержания управления. Поэтому на различных уровнях управления может происходить качественная смена форм проявления процесса социального управления.

Форма социального управления выступает способом организации взаимодействия субъекта и объекта, отношений между людьми, их совместной деятельности в управленческом процессе.

Если метод управления — это последовательность необходимых действий людей в ходе решения управленческой проблемы, то форма управления — это структура отношений, связей между людьми при выполнении этих действий. Форма управления определяет те организационные рамки, в которых осуществляются эти действия. Существуют индивидуальные и коллективные формы управленческой деятельности.

Классифицируются методы и по функциям управления. Понятие «функции» в социальной практике связано с деятельностью, обязанностями, работой социальных служб и учреждений. Социальное управление имеет отчетливо выраженное содержание, которое образует систему функций, т.е. отдельных относительно самостоятельных, но тесно связанных между собой видов соответствующей деятельности. Функции управления — это объективно необходимая, относительно самостоятельная часть управленческой деятельности (элемент управления), характеризующаяся специфическим содержанием, универсальностью осуществления, особой пространственно-временной формой выражения.

Содержание социального управления как процесса раскрывается в его функциях, представляющих собой виды деятельности, с помощью которых субъект управления воздействует на управляемый объект.

Анализ процесса управления с точки зрения его функций составляет основу для установления объема работы по каждой из них, определения численности управленческих работников и в конечном счете — проектирования самой структуры и организации аппарата управления.

Всем социальным субъектам социального управления, специалистам социальной работы свойственны следующие общие функции:

- ✓ постановка и ранжирование целей;
- ✓ планирование способов достижения целей, в том числе обеспечение необходимыми материальными и нематериальными ресурсами;

- ✓ контроль и координация совместной деятельности;
- ✓ обсуждение и решение проблем, регулирование отношений с персоналом и клиентами;
- ✓ установление связей и информационное обеспечение; контроль за качеством и количеством социальных услуг, предоставляемых клиентам;
- ✓ оценка будущих потребностей организации;
- ✓ выполнение представительских функций организации или учреждения.

Одна из важнейших функций социального управления — *планирование*. Она реализуется через систему принципов. В число этих принципов входят: обоснованность, директивность, отражение единства общегосударственных, коллективных и личных интересов, оптимальность планов, их сбалансированность, единство планирования, его комплексность.

Планирование предполагает:

- определение целей деятельности;
- выбор средств осуществления поставленной цели;
- обеспечение необходимыми ресурсами;
- определение формы организации жизнедеятельности и социальной помощи;
- создание программы достижения поставленной цели;
- определение конкретных сроков и объема выполнения программы;
- учет результатов деятельности;
- корректировку принятых программ;
- научно обоснованное предвидение результатов реализации программы;
- постановку новых задач и целей, появляющихся после реализации программы.

Планирование как функция управления имеет сложную структуру и реализуется на практике через свои подфункции: прогнозирование, моделирование и программирование.

Прогнозирование — научное предвидение будущего, определение конечного состояния клиента (объекта воздействия) на перспективу, ее переходных состояний.

Моделирование — идеальная разработка различных ситуаций и состояний развития объекта в течение всего планируемого периода.

Программирование — выявление этапов последовательного перехода в новое состояние. Сюда входит разработка самого алгоритма функционирования системы, определение необходимых ресурсов, выбор средств и методов деятельности социальных учреждений, служб и специалистов.

Заканчивается планирование доведением содержания плана до ис-

полнителей, сопровождающимся корректировкой плановых заданий с учетом вновь выявляемых резервов преобразовательной деятельности.

Вместе с тем на любой стадии развития процесса социального управления могут возникнуть проблемы (внутренние, внешние), которые будут тормозить достижение функциональных целей и задач. При этом социальному работнику необходимо предпринять определенные действия, чтобы изменить создавшуюся ситуацию. Можно выделить следующие задачи, решение которых будет способствовать достижению поставленной цели:

1. *Распределение ролей.* Социальный работник должен уметь найти единственно верную позицию, вариант участия в данной ситуации. Например, по мнению психотерапевта В. Леви, в работе учителя содержится около 40 неявных, скрытых ролей: оратор, рассказчик, артист, «нянька», опекун, воспитатель, контролер, оценщик, критик, информатор, консультант, эксперт и т.д. На наш взгляд, многие эти позиции, роли «проигрываются» и социальным работником.

2. *Общение и установление коммуникаций.* Взаимоотношения социального работника с клиентом строятся на основе общения. Технология общения многолика, и здесь важны как теоретические знания, так и практические навыки, соблюдение определенных психологических правил.

3. *Установление межличностных отношений.* Управлять — это значит знать тонкости и приемы психологического, педагогического, административного воздействия на клиента. Один из способов выхода из критических ситуаций состоит в том, чтобы ненавязчиво использовать все средства убеждения, чтобы заставить клиента следовать твоим советам и рекомендациям. Вежливое обращение и доброжелательность самым «волшебным» образом побуждают клиентов двигаться в нужном направлении. То, что в других условиях могло бы казаться «грозным» приказом, теперь превращается в вежливую просьбу, выполнение которой становится приятной обязанностью.

4. *Поэтапное разрешение конфликтных противоречий.* Если проблеме нельзя снять полностью и сразу, специалист в области социальной работы должен решать ее «по частям».

5. *Уточнение цели.* Эта работа связана с постоянным анализом, диагностикой существующей ситуации и принятием соответствующих решений.

Особую группу составляют процедурные методы, рассматриваемые в плане основных этапов организаторской деятельности: целеполагание, постановка задач (методы определения, формулирования и отображения

целей); решение (методы подготовки и принятия решений); организационно-исполнительская деятельность (методы распределения и закрепления функций, задач, прав, обязанностей и ответственности); кадровое обеспечение (методы оценки, подбора и расстановки кадров); ресурсное обеспечение (методы определения и распределения ресурсов); распоряительство {административные методы); определение времени работы (методы определения времени, необходимого для реализации целей, выполнения задач, работы); контроль (методы контроля за исполнением). Выявление содержания процедур позволяет типизировать стиль деятельности специалистов социальной сферы, разрабатывать рекомендации по его улучшению, совершенствованию.

Выполняя эти обязанности, руководитель социальной службы или специалист в области социальной работы выступает в нескольких ролях:

во-первых, это управляющий, облеченный властью, руководящий определенным коллективом людей;

во-вторых, это лидер, способный вести за собой подчиненных, используя свой авторитет, высокий профессионализм, вызывая положительные эмоции;

в-третьих, это дипломат, устанавливающий контакты с партнерами и властями, успешно преодолевающий внутренние и внешние конфликты;

в-четвертых, это инноватор, понимающий роль науки в современных условиях, умеющий оценить и без промедления внедрить в производство (деятельность) то или иное изобретение или рационализаторское предложение;

в-пятых, это просто человек, обладающий высокими знаниями и способностями, уровнем культуры, честностью, решительностью характера и в то же время рассудительностью, способный быть во всех отношениях образцом для окружающих.

Таким образом, сущность организационно-распорядительных методов состоит в том, что любая совместная деятельность людей должна быть надлежащим образом организована, т.е. спроектирована, нацелена, регламентирована, а также снабжена необходимыми инструкциями, фиксирующими правила поведения персонала в различных ситуациях. Любой экономический механизм требует организаторской, распорядительной деятельности, координации усилий работников отдельных подразделений, отдельных функций, отдельных элементов управляемой системы. Через посредство организационных отношений, составляющих часть механизма управления, реализуется одна из важнейших функций менеджмента — функция организации. Задача организационно-распорядительной или организационно-административной деятельности состоит в коорди-

нации действий подчиненных. Организационно-административное воздействие обеспечивает четкость, дисциплинированность и порядок работы в коллективе, Искусство менеджера будет проявляться в умении определить оптимальное сочетание организационно-административных и экономических методов.

Организационно-административные методы решают те же задачи, что и экономические методы, но отличаются формами и приемами воздействия. Различие в том, что экономические методы разрешают руководителям выбирать различные формы и приемы воздействия для решения определенной задачи, организационно-распорядительные же методы предполагают однозначное воздействие, продиктованное приказом или распоряжением. Организационные методы предусматривают разработку организационных решений, определение необходимых ресурсов, сроков исполнения, ответственных лиц и предполагают контроль исполнения, за которым следуют новые организационно-распорядительные действия. Организационно-распорядительные (организационно-административные) методы в основном опираются на власть руководителя, его права, присущую организации дисциплину. Руководитель или менеджер в этом случае является администратором. Не следует путать организационно-административные методы с волевыми и субъективными методами руководства, т.е. с администрированием.

Организационно-распорядительные методы оказывают прямое воздействие на управляемый объект через приказы, распоряжения, оперативные указания, отдаваемые письменно или устно, через контроль за их выполнением, а также систему административных средств поддержания трудовой дисциплины и т.д. Эти методы помогают обеспечить организационную четкость и дисциплину труда. Регламентируются они правовыми актами трудового и хозяйственного законодательства.

Возможны три формы организационно-распорядительных (организационно-административных) методов:

- обязательное предписание (приказ, запрет);
- согласительные методы (консультация, компромиссное разрешение);
- рекомендации, пожелания (совет, разъяснение, предложение, общение).

В общем виде система организационно-распорядительных (организационно-административных) методов может быть представлена как совокупность двух равнозначных элементов:

1. Воздействие на структуру управления (регламентация деятельности и нормирование в системе управления).

2. Воздействие на процесс управления (подготовка, принятие, организация выполнения и контроль за управленческими решениями).

Организационное воздействие на структуру управления осуществляется в большинстве случаев путем организационного регламентирования, нормирования, организационно-методического инструктирования и проектирования. Организационно-распорядительные (организационно-административные) методы отличает четкая адресность директив, обязательность выполнения распоряжений и указаний, невыполнение которых рассматривается как прямое нарушение дисциплины и влечет за собой определенные взыскания. Директивные команды обязательны для выполнения, причем в установленные сроки, даже если это невыгодно исполнителю. Эти методы — методы принуждения.

Вопросы для самоконтроля:

1. Охарактеризуйте основные объекты, субъекты, сущность и подходы к социальному управлению.
2. Опишите социальную технологию управления.
3. Какие бывают методы и функции социального управления?
4. Какие выделяют стадии процесса социального управления, чем они отличаются?

ЛЕКЦИЯ № 16 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Вопросы:

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ ДЛЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТЕОРИЙ И ИХ РОЛЬ В СИСТЕМЕ ЗНАНИЙ О СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

ТЕХНОЛОГИЯ РЕШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ У КЛИЕНТОВ СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ СОБСТВЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Роль и значение различных психологических знаний для социальной работы

Современное общество подвергается мощным психологическим травмам: количество людей, вынужденных обращаться к психологам, за последние 4–5 лет возросло в 1,5 раза. Социальные катаклизмы порождают неврологический синдром, от которого страдают не только отдель-

ные личности, но и целые слои общества. Например, 41–50% беженцев страдают от психических расстройств. Психиатры утверждают, что 80% выпускников детских домов имеют психические расстройства и являются их потенциальными клиентами. Поэтому так остра необходимость развития системы психологической помощи населению, подготовки квалифицированных специалистов, владеющих технологией работы в этой области. Пристальное внимание к психологии обусловлено сложным характером задач, стоящих перед человеком в эпоху «технологических революций» и сопровождающейся кризисом традиционных институтов социализации личности, изменениями общественной структуры и, в конечном счете, возрастанием роли личностного фактора в жизнедеятельности общества. Сегодня в психологии выделяются и утверждаются относительно самостоятельные отраслевые науки: инженерная психология, медицинская психология, юридическая психология, психодиагностика, психотерапия и др. По существу, каждый вид профессиональной деятельности включает в себя психологические аспекты.

Особенность социальной работы, ее технологических аспектов, развивающихся на стыке общей психологии, социальной психологии, психодиагностики и др., состоит в том, что она рассматривает целенаправленную социальную деятельность, учитывающую особенности психики человека, опираясь на социальную сущность индивидов. Основная задача, которую ставит перед собой психология, — это помочь человеку сделать жизнь более осмысленной, значимой, развить жизненные силы, оказывать помощь и поддержку нуждающимся не только формально-организационно, но и личностно-осознанно, инициативно.

Для этого в психологии используются различные научные методы и их варианты:

- наблюдение: внешнее (наблюдение со стороны), внутреннее, свободное, стандартизированное, включенное;
- опрос: устный, письменный, свободный, стандартизированный;
- тест: тест-опросник, тест-задание, проективный тест;
- моделирование: математическое, логическое, техническое, кибернетическое;
- эксперимент: естественный, лабораторный.

Эти методы (варианты методов) предназначены для сбора и обработки первичной информации для выявления фактов и выводов, полученных путем интерпретации полученных данных. Здесь применяются также методы математической статистики и количественного анализа. Социально-технологические методы, методики, приемы и средства, процедуры обладают относительной самостоятельностью, но они в первую

очередь зависят от той научной школы, в рамках которой они были созданы.

Классификация психологических теорий и их роль в системе знаний о социальной работе

Психология предоставляет большие возможности использования в социальной работе различных методов воздействия на личность. Существующие психологические методы содержат не только разнообразные методологические и теоретические положения, но и предлагают различные технологии.

Глубинная психология (психодинамические теории) — психоанализ (З. Фрейд), индивидуальная психология (А. Адлер), аналитическая психология (А. Берн) и др.

Понятие «психологическая защита» было введено представителями психоаналитического направления и трактовалось ими как способность предотвращения грозных клинических последствий конфликта сознательного и бессознательного. Современные психодинамические теории имеют довольно широкий спектр различий, но всех их объединяет опора на идеи классического психоанализа З. Фрейда. В ранней концептуальной схеме З. Фрейда (сознательное — подсознательное — бессознательное) психологическая защита выступает как средство разрешения конфликта между сознательным и бессознательным. По Фрейду, защитные механизмы врожденны, запускаются в экстремальных ситуациях и выполняют функцию «снятия» внутреннего конфликта. В дальнейшем в эту первоначальную концепцию были внесены существенные коррективы: психологическая защита становится уже не врожденным, а приобретаемым в процессе индивидуального развития структурным компонентом психики; акцентируется направленность психологической защиты, прежде всего, на социогенные конфликты; механизмы и варианты психологической защиты рассматриваются как продукты развития и научения; набор защитных механизмов, в отличие от стереотипных схем З. Фрейда («Оно» - —Я|| «Сверх Я»), определяется как глубоко индивидуальная характеристика личности, обуславливающая общий уровень адаптивности.

Человек начиная с детства переживает различные кризисы, конфликты между внешними (социальными) силами и внутренними (бессознательными), где он (личность) пытается найти определенный баланс. Поэтому социальному работнику как психологу необходимо знать и научить клиента пользоваться самосознательным механизмом как регулято-

ром развития личности, преодоления устойчивых отрицательных явлений или «комплексов».

Существуют различные варианты основных защитных механизмов личности, с помощью которых индивид оберегает себя от психологических травм и неприятных переживаний. Остановимся кратко на нескольких из них: «вытеснение» — неисполнимые желания и неприемлемые представления вытесняются из сознания ради спокойствия, это приносит моментальное освобождение; «замещение» — перенос болезненных симптомов на замещающий объект (недостатки: отреагировавший чувствует освобождение, а замещающий объект часто страдает, однако может возникнуть эффект бумеранга — возврат негатива к первоначальному субъекту); «сублимация» — энергия напряжения полностью реализуется в социально-полезной деятельности: творчество, спорт и т.д. (недостатки: упускаются причины напряжения, сублимированное напряжение не исчезает — возможна фрустрация); «бегство» — человек избегает критики и благодаря этому — психологического напряжения (недостатки: причины не выясняются, возможны в будущем проблемы с саморегуляцией); «оглушение» — наркотики (алкоголь) устраняют конфликты, страхи и т.п., достигается ощущение силы, создается иллюзия ухода от пугающей действительности (недостатки: зависимость от алкоголя (наркотиков), развитие болезней) и т.п.

Также важными механизмами психологической защиты являются: фиксация (задержка на одной стороне, форме защиты), регрессия (возврат при угрозе стресса в более раннюю стадию развития), перенос (перемещение бессознательных переживаний в физическую сферу, например в головную боль), провокационное поведение — человек ведет себя так, чтобы спровоцировать у другого человека гнев или любовь.

Бихевиористское (психология поведения) направление в социальной работе — социальное научение, тренинг социальной компетентности; самообучение; когнитивная терапия; рационально-эмоциональная терапия (А. Эллис) и др. Сущность этого направления заключается в том, чтобы использовать влияние окружения на поведение человека. Для бихевиоризма важны мысли и поступки человека, их мотивы. Исходная методологическая позиция — это акцент на конкретных действиях и поступках человека.

Поэтому при данном подходе социальному работнику как психологу необходимо вступить в такое взаимодействие с клиентом, которое раскрыло бы ему ценность и смысл жизни, его место в социальной действительности, индивидуальность, а с другой стороны, — найти и показать перспективы жизнедеятельности, новые ценностные ориентиры. В тех-

нологическом аспекте социальная работа строится на следующих методических принципах: открытость и ясность плана работы с клиентом для его активизации; анализ и владение информацией о поступках и поведении клиента; учет детерминированности поступка и его результатов предшествующим действием (функциональный анализ); совместная выработка социально значимых целей, предполагающих конкретный план действий на будущее. Возможны и другие методы, технические приемы, например: тренировка настойчивости, тренировка релаксации, моделирование поведения и поощрения за желаемое поведение, стратегия предотвращения рецидивов и многое другое.

Одной из форм психологической защиты, реализуемой на поведенческом уровне, являются феномены «избегания» (некоторых тем, имеющих эмоционально-личностное значение, ситуаций, книг, фильмов и т.д.) и «ухода» (из семьи, профессиональной или возрастной группы). Житейское понятие «избегать трудностей» часто обусловлено не столько стремлением к легкой жизни, сколько неспособностью приспособиться к изменяющимся условиям общения, обитания или деятельности. Многие феномены психологической защиты проявляются в рамках высшей формы социальной регуляции — нравственного выбора, реализуемого в виде молчаливого осуждения или одобрения, либо в виде активной защиты. В социальной практике основное внимание следует направлять на достижение изменений в поведении клиентов — оказывать им помощь в умении правильно организовать свое поведение. Идеи бихевиоризма полезны в социальной работе при решении детских проблем, вопросов отношений детей и родителей, применении методов поощрения и наказания, полезны и в работе с группой.

Когнитивная психология как направление возникла в связи с развитием кибернетики, информатики, программирования ЭВМ и в определенной степени явилась реакцией на недостатки психологических концепций, игнорирующих сознание и принижающих роль мышления (например, бихевиоризм, гештальттеории и др.) в детерминации поведения человека. Здесь главным считается то, как человек воспринимает, перерабатывает и хранит разнообразную информацию о себе, о мире и каким образом он ее использует при принятии решений, как действует в рамках определенной социальной действительности. Когнитивную психологию интересует, как устроено сознание человека, его система знаний, которые являются как бы аналогом вычислительной машины. Основной доминантой, раскрывающей суть когнитивной психологии, является «схема». Когнитивные схемы (восприятие, память, мышление и другие когнитивные продукты) – врожденные или приобретенные – позволяют ин-

дивиду определенным образом воспринимать, преобразовывать и хранить информацию о прошлом, настоящем и вероятном будущем. Когнитивное направление считает важным то, как человек думает о мире, делает выбор из множества возможностей, принимает решение и как действует в рамках определенной социальной реальности. Главный принцип когнитивной терапии состоит в том, что большинство человеческих эмоций и форм поведения, рациональных и иррациональных, обусловлено тем, что люди думают, воображают и во что верят. Поэтому задача социальной работы состоит в том, чтобы помочь клиенту изменить его когнитивные правила и тем самым справиться с эмоциональными и поведенческими проблемами. Когнитивная терапия эффективна при решении значительного числа эмоциональных проблем, с которыми приходится сталкиваться в практике социальной работы, особенно связанной с преодолением депрессии у клиента.

Гуманистическое направление — гештальттерапия (Р. Перле), групповая терапия (К. Роджерс), логотерапия (В. Франкл), психодрама (Дж. Морено) и др. Основа теории гуманистического направления состоит в том, что жизнь и судьба, действия человека зависят от его внутреннего состояния, а не его окружения. В этом состоит отличие от психодинамической теории, делающей акцент на прошлом, которое влияет на настоящее, и от бихевиористской теории, акцентирующей внимание на воздействии окружения на личность.

Гештальтпсихология (структурная психология) как направление ориентируется на естественные науки как на образец научного знания. Представители этого направления пытаются исследовать формирование сложных, целостных психофизиологических систем, психических явлений односторонне через восприятие, память, мышление, личность и межличностные отношения. Гештальттерапия использует при этом широко схематические приемы микротехники для анализа психического воздействия на клиента. Например, такие, как восприятие «здесь и те-перь», директивность, речевые изменения, метод «пустого кресла» и многое другое. Большой вклад в развитие материалистического направления в психологии внесли и отечественные ученые. Одной из наиболее известных ранних заявок на построение нового психологического знания явились исследования И.М. Сеченова, которые непосредственно повлияли на работу таких известных российских ученых, как В.М. Бехтерев, И.П. Павлов. Широко известны во всем мире труды отечественных ученых-психологов таких как С.Л. Рубинштейн, Л.С. Выгодский, А.Р. Лурия, А.Н. Леонтьев, А.В. Запорожец, Д.Б. Эльконе, П.Я. Гальперин и многих других. Психология все больше выходит из рамок академической науки

и активно применяется в социальной практике. Кроме традиционных форм ее приложения (медицина, педагогика), она широко используется там, где возникают проблемы, но особенно в социальной практике социальной работы.

Как показывает мировая практика, в использовании психологических методов при оказании помощи человеку имеют место две точки зрения. Одни считают, что психологической практикой могут заниматься только специалисты, имеющие специальное медицинское образование. Американская психоаналитическая ассоциация, например, допускает в число своих членов только дипломированных врачей. С другой стороны, в Великобритании каждый третий психоаналитик не имеет медицинского образования. В большинстве западных стран роль социального работника в оказании психологической помощи населению постоянно возрастает. Да и в США сейчас число социальных работников, занятых в сфере охраны психического здоровья, превосходит общее число психиатров и психоаналитиков, работающих в этой области. Развитие сети психологических служб, как показывает опыт, имеет и важное экономическое значение. По оценкам западных специалистов, один рубль, вложенный в развитие системы психологической помощи населению, позволяет избежать вложения десяти рублей в развитие медицинской психиатрической службы.

Социальная помощь населению оказывается по тем же направлениям практической психологии:

- сообщение клиенту объективной информации о его расстройствах на основе психодиагностики. Клиент вырабатывает свое отношение к данной информации и принимает решение о ее использовании;
- психологическая коррекция, с помощью которой для клиента разрабатывается индивидуальная программа определенного вида деятельности (чтение, письмо, счет и т.д.) в соответствии с общими требованиями;
- психологическое консультирование, цель которого - помочь индивиду найти как можно больше вариантов поведения, мыслей, чувств, поступков для активного взаимодействия с людьми и социальными группами внутри социума;
- психопрофилактическая работа.

Задача — своевременно предупредить возможные нарушения в определенном развитии индивида, создавать условия для полноценного психического развития на каждом возрастном этапе.

Важным направлением является **психотерапия** — организованное воздействие на психику клиента с целью ее восстановления или трансформации. Как правило, она осуществляется при содействии социальных работников с медиками. Терапевтическая технология располагает боль-

шим количеством психотехнических, инструментальных, тренинговых методов воздействия. Как правило, специалист социальной службы работает со своим подопечным в будничной, житейской обстановке и пытается решить социальные проблемы с ориентацией на его самочувствие, психологическое состояние. Социальный работник не всегда имеет возможность непосредственно сотрудничать с профессиональными психологами, психотерапевтами, и поэтому ему приходится рекомендовать клиенту обратиться к психотерапевту. Но он должен оказать первичную социальную помощь, опираясь на принципы и нормы правильного психологического общения с клиентом. При всей своей эффективности психологическая помощь не решает собственно социальных проблем, а лишь обеспечивает психологически благоприятный фон, смягчает субъективную тяжесть существующего положения.

Технология решения психологических проблем у клиентов социальных служб

Анализ технологии работы психологов позволяет выделить четыре типа взаимодействия его с клиентами.

Первый тип. Решение социальных задач. Ориентация на определенные критерии и нормы социального поведения, понимания. Попытка клиента осознать и следовать новым социальным ценностям ведет к дискомфорту и даже психосоматическим заболеваниям. В этом случае требуется изменить и ввести новые критерии, оценки, которые помогут клиенту увидеть свою цель в другом свете, расширить перспективы, позволят отойти от шаблонного поведения и переживания.

Второй тип. Этические задачи. Клиент стоит перед выбором между общественным мнением и собственной оценкой существующей проблемы. Здесь технология предписывает показать клиенту ограниченность его оценочной шкалы «хорошо — плохо», которая не дает возможности активизировать деятельность, сделать правильный выбор.

Третий тип. Нравственные задачи. Необходимость ориентации на критерии добра и зла, которые требуют осуществления нравственного выбора, определенного поступка. Здесь важно показать ограниченность критериев и границ добра и зла, которыми пользуется индивид. Специалист социальной работы, как и врач, психолог, педагог и другие работники социальной сферы, обязан постоянно подвергать собственные действия нравственной экспертизе, следуя знаменитому девизу клятвы Гиппократова «Не навреди!»

Четвертый тип. Собственно психологические задачи, т.е. помочь клиенту осознать и изменить свою систему переживаний, обрести пони-

мание проблем, системы оценок, которые приводят к иным переживаниям и целям деятельности.

На практике большинство клиентов ориентируется на социальные и этические проблемы. Цель социального психолога состоит в том, чтобы перевести проблему клиента в психологическую плоскость. Это и есть технологический шаг к оказанию ему психологической помощи, так как таким образом клиент получает возможность выделения и оформления проблемы в виде темы взаимодействия с психологом.

Технология решения психологических задач выходит и предполагает:

- понимание психологических особенностей и закономерностей формирования основных психических состояний человека;
- понимание психологических механизмов коррекции и самокоррекции психических состояний с целью устранения отрицательных состояний (в том числе стрессовых) и целенаправленного формирования положительных продуктивных состояний;
- овладение приемами самоуправления жизненным тонусом, уровнем работоспособности и творческим потенциалом;
- выработку необходимых навыков психогигиены, рациональных привычек, свойств личности, черт характера;
- рациональную постановку и разумное обоснование жизненных целей (как ближайших, так и перспективных), выбор приемлемых путей их достижения;
- понимание прямого влияния нравственного облика на устойчивость нервно-психической сферы и состояние здоровья человека;
- знание психологических приемов и методов, которые непосредственно применяются на практике;
- четкое представление об используемых психосоциальных и терапевтических методах профилактики, влиянии лекарственных средств и о возможных побочных эффектах их применения.

Варианты психологической помощи человеку разнообразны. Но они только тогда эффективны, когда применяются в сочетании теории, методологии и технологии использования психологических знаний. Специалисту в области социальной работы важно уметь выбрать и использовать в практической деятельности методы, соответствующие индивидуальности конкретного человека и учитывающие его социальные потребности и интересы. Все более популярными становятся различные тренинги, «кабинеты психологической терапии», «школы хорошего настроения» и т.д., создаются центры психологической помощи по телефону.

Социальная помощь населению оказывается по тем же направлениям практической психологии:

— *сообщение клиенту объективной информации* о его расстройствах на основе *психодиагностики*. Клиент вырабатывает собственное отношение к получению информации и принимает решение о ее использовании;

— *психологическая коррекция*, с помощью которой для клиента разрабатывается индивидуальная программа определенного вида деятельности (чтение, письмо, счет и т.п.) в соответствии с общими требованиями;

— *психологическое консультирование*, цель которого — помочь индивиду найти как можно больше вариантов поведения, мыслей, чувств, поступков для активного взаимодействия с людьми и социальными группами внутри социума;

— *психопрофилактическая работа*, направленная на то, чтобы заблаговременно предупредить возможные нарушения в развитии индивида, создавая условия для полноценного психического развития на каждом возрастном этапе.

Одна из эффективных форм оказания психологической помощи населению — это создание комплексных бригад, которые включают в себя врача-психиатра, психолога, медсестру и социального работника. При этом имеет место специфическое разделение труда:

— психиатр проводит психиатрическую диагностику и медикаментозное лечение;

— психолог осуществляет психодиагностическое тестирование;

— медсестра выдает лекарства, делает инъекции, оказывает помощь в проведении других лечебных процедур;

— специалист по социальной работе составляет социальную характеристику пациента, анализирует социально и психологически значимые события в жизнедеятельности клиента.

В технологии профессионального общения социального работника с клиентом необходимо учитывать следующие обстоятельства:

1) Профессиональное общение социального работника должно быть эмоционально комфортным и личностно развивающим. Важно создать обстановку психологической безопасности и помощи, разобраться в проблемах клиента и найти выход им. Необходимо создать условия и ситуацию для раскрытия индивидуальности и т.д.

2) Способы общения, т.е. выразительные средства, стили общения, позиции, этапы, роли, маски в общении должны быть технологически выдержаны. Можно назвать следующие технологические этапы общения:

— моделирование предстоящего общения с клиентом (прогностический этап);

— начало и организация непосредственного общения с клиентом, социальной группой («коммуникативная атака», уточнение условий общения, управление инициативой);

— управление общением для решения методических задач и стимулирование собеседников в общении.

3) Самоанализ хода и результатов общения; подведение итогов общения и прогнозирование в предстоящих видах коммуникативной деятельности и т.д.

Человек испытывает большую потребность в эмоциях, особенно положительных, защищающих его организм от пагубных последствий стрессов, столь нередких в наш беспокойный век. Богатый эмоциональный мир человека — стимулятор и регулятор различных многообразных сторон его жизни, поведения, общения, деятельности. Социальный работник в общении с коллегами, клиентами должен владеть техникой общения, приемами вербальных и невербальных взаимоотношений.

Основные принципы определения уровня собственной психологической активности

Умение отличать главное от второстепенного. В основе лежит принцип выбора наиболее значимых мотивов и побуждений и отказа от несущественных. Став сознательным психическим действием, правильный выбор освобождает нас от многих не стоящих внимания проблем и приносит несомненную пользу в разрешении различного рода кризисных ситуаций.

Внутреннее спокойствие. Этот принцип отнюдь не исключает энергичности и активности человека, здесь главное — в сохранении сложившейся системы личностных ценностей, иерархии мотивов, ясности ума и четкости поведения, т.е. создание оптимальной психической раскованности, способствующей лучшей самоорганизации личности.

Эмоциональная зрелость и устойчивость. Эмоции выступают своеобразным и обязательным фоном для развертывания мотивационных и волевых процессов, в основе которых лежат принципы высокой нравственности.

Знание меры воздействия на события. Усиление или сдерживание мотивации в зависимости от складывающейся ситуации, событий, имеющих свою объективную причину, внутреннюю логику развертывания.

Умение подходить к проблемам с разных точек зрения. Это качество бывает особенно полезным в ситуациях, когда человеку необходимо сопоставлять, оценивать, соединять и разводить различные мотивы своего

поведения.

Готовность к любым неожиданным событиям. Гибкость, своевременное и адекватное реагирование на внешние изменения, но, разумеется, при этом не должно нарушаться основное ядро личностной мотивации. Восприятие действительности такой, какова она есть, а не такой, каковой человеку хотелось бы ее видеть. Этот принцип тесно связан с предыдущим. Следование ему способствует сохранению психической устойчивости даже в случаях, лишенных, с точки зрения индивида, жизненной логики и внутреннего смысла.

Стремление к выходу за рамки проблемной ситуации. Постоянное стремление к разрешению своих противоречивых отношений с миром, к поиску новых, более содержательных мотивов жизнедеятельности помогает личности повышать жизненную устойчивость в экстремальных ситуациях.

Наблюдательность. Многие ненужные, бесполезные реакции, мысли и действия отпадут, если человек сможет научиться беспристрастно наблюдать за собой. Когда человек приучает себя к оценке своих желаний, побуждений, мотивов как бы со стороны, ему гораздо легче управлять ими и регулировать их.

Дальновидность. Предохранение человека от ситуативного подхода к решению актуальных задач побуждает отвергать непродуктивные с точки зрения будущего линии мотивации, перекрывать формирование и развитие конфликтных мотивов.

Стремление понять других. Выработка способности понять мотивацию других, встать на иную, пусть даже противоположную, точку зрения не только облегчает общение, но и помогает предвидеть поведение людей в той или иной ситуации.

Умение извлекать положительный опыт из всего происходящего. Это качество позволяет критически оценивать ныне действующие мотивы, а также те, которые только начинают входить в общую систему мотивации, определяющую перспективу жизнедеятельности человека. Именно здесь бывает важно учесть причины прежних неудач и ошибок и своевременно отказаться от сомнительных и неконструктивных побуждений.

Таковы некоторые принципы, методы и приемы технологии воздействия на духовный мир, на психологию человека с целью оказания ему социальной помощи.

Вопросы для самоконтроля:

1. Охарактеризуйте роль психологических знаний в практике социальной работы
2. Опишите психологические подходы к технологии социальной работы

3. Каковы основные этапы общения с клиентом?
4. Назовите основные принципы определения уровня психологической активности.

ЛЕКЦИЯ № 17 ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Вопросы:

***РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ПЕДАГОГИКИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ
КЛАССИФИКАЦИЯ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ
СУЩНОСТЬ И СОДЕРЖАНИЕ ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО
ВОСПИТАНИЯ***

Роль и значение педагогики в деятельности социальных служб

Эффективное использование социальных технологий предполагает развитие системы обучения и воспитания, совершенствование педагогических методов и методик. Педагогика как научная и практическая дисциплина является одним из важнейших направлений развития социальной работы. Иногда возникают дискуссии о роли и месте социальной работы, социальной педагогики в деятельности социальных служб. Например, существует точка зрения, что всех педагогов можно рассматривать как социальных работников, но не все социальные работники являются педагогами в профессиональном плане. Различие, на наш взгляд, в деятельности этих двух специалистов заключается в первую очередь в том, что работа социального педагога направлена прежде всего на детей и среду, в которой живет и развивается ребенок. Деятельность же специалиста по социальной работе направлена на все категории населения, и, следовательно, спектр его социальных услуг гораздо шире. Во-вторых, работа социального педагога связана с воспитанием и развитием ребенка и созданием условий, которые предупреждали бы асоциальное поведение детей. Деятельность же специалиста по социальной работе направлена в первую очередь на людей, клиентов, которые имеют какие-либо отклонения в физическом или психическом развитии, людей с асоциальным поведением, нуждающихся в различной помощи.

Педагогическая теория вооружает специалистов в области социальной работы профессиональными знаниями об особенностях воспитательных процессов людей различных возрастных и социально-демографических групп, умениями прогнозировать, проектировать и осуществлять учебно-воспитательный процесс в различных условиях, оценивать его эффективность. Новейшие технологии обучения, образования и воспитания, эффективные методики крайне необходимы при со-

циальном обслуживании населения. Применение педагогических технологий в области социальной работы освобождает социального работника от произвольности в построении и реализации педагогического воздействия и дает возможность целеустремленно двигаться к прогнозируемому конечному результату при строгой обоснованности каждого компонента и этапов этого процесса.

Каждая профессиональная деятельность имеет определенную технологию работы, которая должна точно и добросовестно соблюдаться различными исполнителями. Конечно, результаты их работы будут различными, но радикальных отличий не будет, как в случае, если технология отсутствует вообще.

Педагогические технологии, применяемые в области социальной работы, следует рассматривать как систематическое и последовательное воплощение на практике заранее спроектированного процесса воспитательного воздействия, как совокупность методов, способов и средств достижения педагогических целей в системе социального обслуживания.

В социальной работе процесс обучения, образования, просвещения осуществляется в виде взаимодействия двух взаимосвязанных и взаимозависимых компонентов: с одной стороны, клиент усваивает определенные знания за счет активизации собственной деятельности, с другой — специалист социальной работы предварительно проектирует проблему и управляет процессом ее решения, контролирует качество и ход решения проблемы.

Постоянное пополнение и обновление знаний — важнейшая сторона профессиональной деятельности социального работника. Объем информации, необходимый для эффективной работы по специальности, сейчас резко возрастает, быстро устаревает и нуждается в систематическом обновлении. По мнению зарубежных специалистов, знаний, полученных в вузе, достаточно для первых 3–5 лет работы, после чего требуется переподготовка. Причем учебно-материальная база системы образования, как показывают оценки, отстает от уровня развития техники и технологии производства на 5–10 лет. Отсюда необходимость постоянного обновления знаний.

Классификация методов обучения и воспитания

Методы педагогики помогают достичь поставленной цели, реализовать намеченные планы, наполнить процесс обучения информативностью. В технологии обучения метод выступает связующим звеном между поставленной целью и ее конечным результатом. В технологической системе обучения «цели — содержание — методы — формы — средства

обучения» методы являются главным звеном. *Под методами обучения (дидактическими методами) часто понимают совокупность путей, способов достижения целей, решения задач образования.*

В научной литературе приводятся различные классификации методов, которые строятся на основе тех или иных общих признаков. В настоящее время известны десятки классификаций методов обучения: рассказ, беседа, лекция, дискуссия, работа с книгой, демонстрация, иллюстрация, видеометод (компьютер), упражнения, лабораторный и практический метод, познавательные игры, методы программирования обучения, обучающий контроль и ситуационный метод. Каждому из этих методов свойственны различные функции, которые в зависимости от объекта воздействия проявляются в различной степени. Вместе с тем, некоторые методы универсальны, так как применяются во многих областях социального развития индивида.

Важнейшим инструментом повышения эффективности обучения является использование активных методов: метода моделирования, методов модульного обучения, ролевых игр, драматизации, метода конкретной ситуации, методов инцидента, тренировки чувствительности, «метода мозговой атаки» («мозгового штурма»), деловых игр, методов погружения (суггестопедия), микропреподавания и многих других.

Современная психолого-педагогическая наука со всей определенностью показала: никогда не поздно совершенствоваться, нет возрастных ограничений в освоении нового. Наоборот, чем больше жизненный и профессиональный опыт, тем успешнее идет обучение новому, однако проходит оно эффективнее при положительном настроении и правильной организации обучения.

Для процесса обучения взрослых применяется термин «андрогогика», в отличие от термина «педагогика», который используется по отношению к детям. Именно андрогагика занимает основное место в социальной работе. Для нее характерны следующие особенности:

1. Основная ответственность за обучение лежит на самом обучаемом. А значит, во многом меняются отношения между обучаемым и преподавателем.

2. Личные и профессиональные потребности стимулируют у специалиста желание повышать свою квалификацию. Социальному работнику необходимо владеть новыми методиками обучения, учитывающими наличие определенного базиса знаний у обучаемого. Здесь важно активизировать самого обучаемого для участия в процессах планирования характера и методики процесса непрерывного образования.

3. Следует применять разнообразные формы непрерывного образова-

ния: например, чтение и обсуждение профессиональной литературы, консультации и выступления на собраниях персонала.

4. Необходимы новые формы признания и поощрения, которые способствовали бы улучшению работы, повышению по службе, увеличению зарплаты, получению более престижной работы и личного роста.

5. Творческий активный подход преподавателя к образовательному процессу, гибкость, способность откликаться на нужды и проблемы, возникающие в рамках андрогогики.

6. Система образования для взрослых опирается на важнейший принцип: образование по потребности, выступающее основным стимулом к социальному развитию индивида.

Одна из проблем, с которой сталкивается современная педагогика — это недостаточная разработка ее категориального аппарата, отсутствие точности и однозначности определений основных понятий. Это относится и к понятию «воспитание». Иногда его соотносят с такими родственными и близкими понятиями, как «педагогическая деятельность», «социализация», «образование» и др.

Среди теоретических проблем, затрудняющих поиск однозначного определения сущности воспитания, можно выделить следующие.

Во-первых, широкое определение. Здесь воспитание рассматривается как целенаправленная деятельность социальных институтов по формированию личности с учетом воздействия социальной среды.

Во-вторых, более узкое определение — как воспитательная работа учебного заведения, выполняемая за рамками учебного процесса. В целом сейчас насчитывается более 500 определений понятия «воспитание».

Профессия педагога, как и социального работника, во многом нестандартна, в ее основе лежат наука и искусство. Искусство воспитания основывается на науке. Как искусство сложное и обширное, оно опирается на множество обширных и сложных наук; как искусство, оно, кроме знаний, требует способности и склонности, оно стремится к идеалу, вечно достигаемому и никогда вполне не достигнутому: к идеалу совершенного человека.

Сущность и содержание основных методов педагогического воспитания

Методы воспитания — это способы воздействия на сознание, волю, чувства, поведение людей с целью выработки у них заданных качеств. Конструирование, выбор и правильное применение методов воспитания — вершина педагогического профессионализма. Отыскать правильные пути, максимально соответствующие условиям конкретного процесса

воспитания, очень сложно.

Методов воспитания и особенно их различных модификаций накоплено так много, что выбрать адекватные целям и реальным обстоятельствам помогает лишь их упорядочение, классификация. Существуют определенные технологии воспитания, но, по мнению ряда авторов, до конкретных разработок, опираясь на которые, каждый социальный работник мог бы формировать соответствующую всем требованиям идеальную личность, еще очень далеко. Сегодня можно говорить только об элементах технологизации воспитания, использование которых делает воспитательный процесс более эффективным.

Для того чтобы успешно осуществлять воспитательную деятельность, социальному работнику нужно овладеть искусством воспитания, конкретными педагогическими методами.

Все методы воспитания можно подразделить на две категории:

1) методы, оценивающие и стимулирующие деятельность личности. К ним относятся поощрения и порицания;

2) методы, побуждающие и формирующие определенную деятельность, сознание личности. Сюда относятся убеждение и побуждение.

Метод убеждения. В мировой практике воспитания убеждение — главный метод воспитания. Метод достигает своей цели, когда у личности сформировалась готовность активно включиться в предусмотренную содержанием воспитания деятельность. Этот метод также обеспечивает развитие у людей общечеловеческих морально-этических качеств. Убеждать — это значит разъяснять, применяя эмоционально-словесное воздействие, подчас опираясь на внушение или прибегая к увещанию, т.е. сочетая просьбу с разъяснением и внушением.

Широко практикуются в социальной работе такие методы, как рассказы на нравственно-этические темы, объяснения, разъяснения, лекции, этические беседы, инструкции, дискуссии, доклады, диспуты. Сильнодействующий метод убеждения — пример.

Технология успеха в убеждении зависит от ряда условий, которые социальный работник как воспитатель должен соблюдать:

1. Убеждение предполагает разъяснение и доказательство по вопросам поведения в социальной среде (в семье, на работе, в быту и т.д.)

2. Эффективность убеждения зависит от личности воспитателя, от его поведения и отношения к обсуждаемой проблеме, от искренности его желания помочь клиенту.

3. Успех убеждения зависит от умения профессионально вести беседу. Очень важно уметь правильно и ясно формулировать мысли, владеть техникой речи, вызывать у подопечных интерес и производить на них

соответствующее впечатление.

4. Убеждать — значит активизировать деятельность объекта воздействия. Для этого следует выполнять ряд условий:

— показывать индивиду ошибочные и положительные стороны его поведения;

— ставить человека в такие условия, где он мог бы проявить свои лучшие качества, при этом не имея возможности или искушения совершить ошибочные действия;

— вовремя подмечать и поощрять положительные стороны индивида;

— не рекламировать, не выставлять напоказ заботу, доброту, внимание к другим людям.

Метод побуждения. Главное здесь — нацелить человека на деятельность в соответствии с его интересами и потребностями. Побуждение — важнейший метод воспитания, который определяет рамки поведения личности в соответствии с принятыми нормами. Побуждение в межличностных отношениях социального работника с клиентом или по отношению к подчиненному выражается в форме рекомендации, инструктажа, совета, в том числе и по улучшению организации жизни.

Метод поощрения. С давних времен известны такие методы стимулирования человеческой деятельности, как поощрение и наказание (порицание). Эти методы используются также и для оценки деятельности людей. В поощрении отражается положительная оценка деятельности индивида. Эффективность поощрения может быть стимулирующим фактором.

В целом поощрение можно назвать выражением положительной оценки деятельности индивидов. Механизм действия поощрения основан на возбуждении положительных эмоций, которые вселяют уверенность, создают приятный настрой, повышают ответственность клиента. Виды поощрения весьма разнообразны: одобрение, похвала, благодарность или просто пожатие руки.

Умелое использование похвалы — вот краткий путь достижения успеха. Забота о другом человеке высоко оценивается и признается одной из положительных черт человека. Рекомендации различных известных деятелей от Макиавелли до Карнеги гласят: «Будь щедрым на похвалу и одобрение даже тогда, когда нет признаков того, что похвала заслужена». Похвалой можно добиться влияния и любви. Однако следует избегать опасности лести, поскольку лесть — это похвала, которая может действовать подобно бумерангу.

Метод порицания. В современной педагогике не прекращаются споры не только о целесообразности его применения, но и по технологиче-

ским вопросам: кого, где, когда, сколько и с какой целью наказывать? Порицание — это реакция на нежелательную деятельность и поведение.

Порицание будет эффективно, если соблюдается ряд педагогических требований:

а) конкретность порицания — за определенную деятельность или поступок;

б) индивидуальный подход — необходимо учитывать характер совершенного поступка в связи с личностью индивида;

в) нельзя высказывать порицание, находясь в состоянии раздражения;

г) требуется своевременность и обязательность в применении порицания, формула «проступок — наказание» должна соблюдаться неукоснительно;

д) коллектив не отвечает за негативный поступок одного индивида.

Порицание (наказание) — сильнодействующий метод. И как метод педагогического воздействия он должен предупреждать нежелательные поступки, тормозить их, вызывать чувство вины перед собой и другими людьми. Как и другие методы воспитания, наказание рассчитано на постоянное превращение внешних стимулов в стимулы внутренние.

Одним из важнейших методов воспитания является *метод самовоспитания*, т.е. самоуправляемого воспитания, которое подразумевает систему упражнений и тренировок. Метод самовоспитания не только является важным фактором психического здоровья человека, но и решает сверхзадачу: постепенный перевод процесса воспитания в режим постоянного стремления к самосовершенствованию. В полной мере это относится и к самому социальному работнику, т.к. профессия социального работника требует самоотдачи, самоограничения, стремления помочь подопечному решать сложные проблемы.

Социальный работник должен быть постоянно нацелен на развитие своего педагогического мастерства. А.С. Макаренко говорил: «Я сделался настоящим мастером только тогда, когда научился говорить «иди сюда» с 15–20 оттенками, когда научился давать 20 нюансов в постановке лица, фигуры, голоса. И тогда я не боялся, что кто-то ко мне не подойдет или не почувствует того, что нужно».

Итак, педагогическая технология требует инновационных подходов к ее реализации. Их можно сформулировать следующим образом:

— социально-педагогические методы представляют собой определенный социальный процесс и включают в себя множество разноуровневых элементов и факторов, в том числе скрытых, латентных, что обуславливает вероятностный характер педагогического результата;

— педагогику как социальный процесс можно рассматривать и оце-

нивать с трех позиций: объектной, субъектной (деятельностной) и технологической. Технологическая модель педагогического процесса предполагает: ее расчленение на необходимое и достаточное множество социальных операций (действий), координацию этих действий и обеспечение условий их рационального выполнения, выбор оптимальных вариантов их осуществления;

— смысл технологизации педагогического процесса – обеспечение возможности для выбора оптимальных вариантов его осуществления, оптимальных обучающих и воспитательных воздействий;

— оптимизация педагогического процесса посредством его технологизации предполагает принципиальное расширение круга учитываемых переменных данного процесса, ибо оптимизация достигается путем направленного воздействия на эти переменные с целью достижения истинных знаний;

— целесообразно выделение следующих групп переменных воспитательного процесса: структурных переменных (содержание, форма, участники, масштаб педагогического процесса), динамических переменных (стадии, продолжительность, темп, ритм, направление, состояние, обратимость, интенциональность педагогического процесса); факторных переменных (источники, условия и обстоятельства педагогического процесса).

Таковы важнейшие предпосылки использования педагогических методов в социальной работе.

Вопросы для самоконтроля

1. Сущность и значение педагогики в социальной практике.
2. Роль и значение методов обучения в социальных технологиях.
3. Сущность и содержание основных методов педагогического воспитания.

ЛЕКЦИЯ № 18 СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Вопросы:

СУЩНОСТЬ И СОДЕРЖАНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В СОЦИАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ

ДЕЛОПРОИЗВОДСТВО СПЕЦИАЛИСТА ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

Сущность и содержание экономических методов в социальной практике

История экономики дает множество примеров, способов и технологий регулирования отношений между людьми в процессах хозяйствования.

ния. Среди них можно назвать командно-приказные, насильственно-принудительные, плановые, организационно-распорядительные, разъяснительные, социально-психологические и т.д. Однако любая экономика требует адекватных ей методов, способов ведения хозяйства.

В настоящее время в научной литературе идет порой надуманная дискуссия о преимуществах или недостатках основных методов ведения хозяйства — рыночного и планового. Различные толкования содержания понятий «административные методы» и «экономические методы» приводят к тому, что их нередко противопоставляют друг другу, искусственно возводя между ними непреодолимую «китайскую стену». Некоторые экономисты (в силу политической конъюнктуры) высказывают мнение, что все, связанное с реализацией указаний вышестоящих органов, включая планирование, относится к порицаемому администрированию.

Экономические методы — важная часть механизма социальной поддержки, ибо они, с одной стороны, побуждают личность к самореализации своих потенциальных возможностей и самообеспечению, а с другой стороны, оказывают человеку (семье, группе) конкретную социально-экономическую поддержку в условиях кризиса. На государственном уровне социально-экономические методы решают обе эти задачи посредством проведения правовой и социально-экономической политики, создания экономических и правовых условий, стимулирующих трудоспособную часть общества к обеспечению благосостояния — своего, своей семьи и всего общества.

Однако, по нашему мнению, нет оснований представлять дело таким образом, что экономические методы базируются на использовании экономических законов, а административные — только на приказах и директивах. При таком подходе недолго вообще исключить планирование из экономических методов, относя его к административным рычагам, поскольку реализация плана в значительной степени достигается принуждением. Конечно, содержание понятий «административные и экономические методы руководства» нуждается в дальнейшем уточнении. Эти понятия взаимосвязаны и взаимообусловлены. Административные методы могут и должны учитывать действие экономических законов. Иначе говоря, они должны быть экономически обоснованы. Экономические, по своей сущности, рычаги могут быть и нередко являются административными по форме.

Современное мировое экономическое развитие идет в основном по двум моделям.

Первая модель, характерная в настоящее время для американской экономики, связана с резким ограничением прямого административного

регулирования, когда активную роль играют рыночные механизмы саморегулирования. Главный принцип — это удовлетворение экономических и других потребностей с опорой на собственные способности, на результаты своего труда. Помощь со стороны государства крайне ограничена, она используется только как временная экстренная мера. Однако на определенных этапах своего развития США активно применяла административные методы в экономике. Например, в 1933 г. США проводили новый курс, суть которого состояла в усилении государственного регулирования экономическими и социальными процессами. Преобладала идея о том, что при умелом использовании методов государственного регулирования они могут обеспечить процветание страны. Надо подчеркнуть, что эта государственная политика получила широкую поддержку населения, помогла людям адаптироваться в условиях глубокого экономического кризиса.

Другая модель — это оказание помощи населению как естественная функция государства, как часть нормальных общественных отношений, которая не унижает достоинство человека, а предназначена оказывать помощь в решении социальных проблем. Эта модель, получившая наиболее полное развитие в ФРГ, Японии и Швеции, характеризуется активным воздействием государства на функционирование национального рыночного хозяйства, мощной системой социального обеспечения и социальной поддержки малоимущих групп населения, сравнительно высокой долей расходов государственного бюджета в валовом внутреннем продукте, существенным весом государственной собственности.

Так, социально-экономическая система ФРГ определяется Л. Эрхардом как «социальное рыночное хозяйство», основу которого составляют свободный рынок и свободная конкуренция. Однако «свободное» рыночное хозяйство ФРГ воссоздавалось при самом активном участии государства: в частности сельское хозяйство, угледобывающая промышленность, черная металлургия, транспорт, жилищное строительство в значительной степени были исключены из сферы неконтролируемой рыночной конкуренции и активно регулировались государством. Регулировало оно и обширную сферу коммунальной инфраструктуры и государственного предпринимательства, а также контролировало объем производства, цены, предоставляло субсидии и кредиты из госбюджета. По мнению профессора Х. Ламперта (ФРГ), социальное рыночное хозяйство — это путь, ведущий к свободному, экономически эффективному, стабильному порядку в обществе и экономике.

Термин «социальный» означает:

1) что рыночное хозяйство в силу своей экономической эффективно-

сти создает экономические предпосылки «благополучия для всех» и предоставляет экономические свободы, а также ограничивает право на свободу тех лиц, кто нарушает конституционный порядок или этические нормы;

2) что рыночное хозяйство должно ограничиваться там, где это может привести к нежелательным социальным результатам, либо результаты свободного экономического процесса должны корректироваться в том случае, если они не отвечают ценностным представлениям общества.

Поэтому в понятие «социальное рыночное хозяйство» входит идея политического упорядочения, целью которого является соединение общества, построенного на конкуренции и частной инициативе, с социальным прогрессом, обеспеченным именно производительностью рыночной экономики. На основе рыночного экономического порядка может быть создана многообразная и всеобъемлющая система социальной защиты.

Фактически любая экономика управляется и планируется административными методами. В переломные моменты исторического развития государство всегда брало на себя инициативу и ответственность за проводимые реформы. Достаточно вспомнить как реформы Иоанна Грозного и Петра Великого, реформы 60-х годов XIX в. и реформы Столыпина, так и реформы послереволюционные — 1921 и 1937 годов, 1965 и 1987 годов. Цели и задачи этих реформ были разные, как и их результаты, но все они осуществлялись государством.

В странах с цивилизованной рыночной экономикой (в первую очередь, это страны Западной Европы, Северной Америки, Япония) степень вмешательства государства и его органов в экономическую деятельность предприятий и предпринимателей намного меньше и носит преимущественно косвенный характер. Государство воздействует на экономику методами политической власти, законодательных запретов, налоговой системы, обязательных платежей и отчислений, государственных инвестиций, субсидий, льгот, кредитования, осуществления государственных экономических и социальных программ. Опыт этих стран свидетельствует о том, что на современном этапе эффективная рыночная система наряду с прочным экономическим базисом имеет также социально-нравственный аспект, соблюдение которого достигается с помощью различных методов государственного регулирования (См. схема 1).

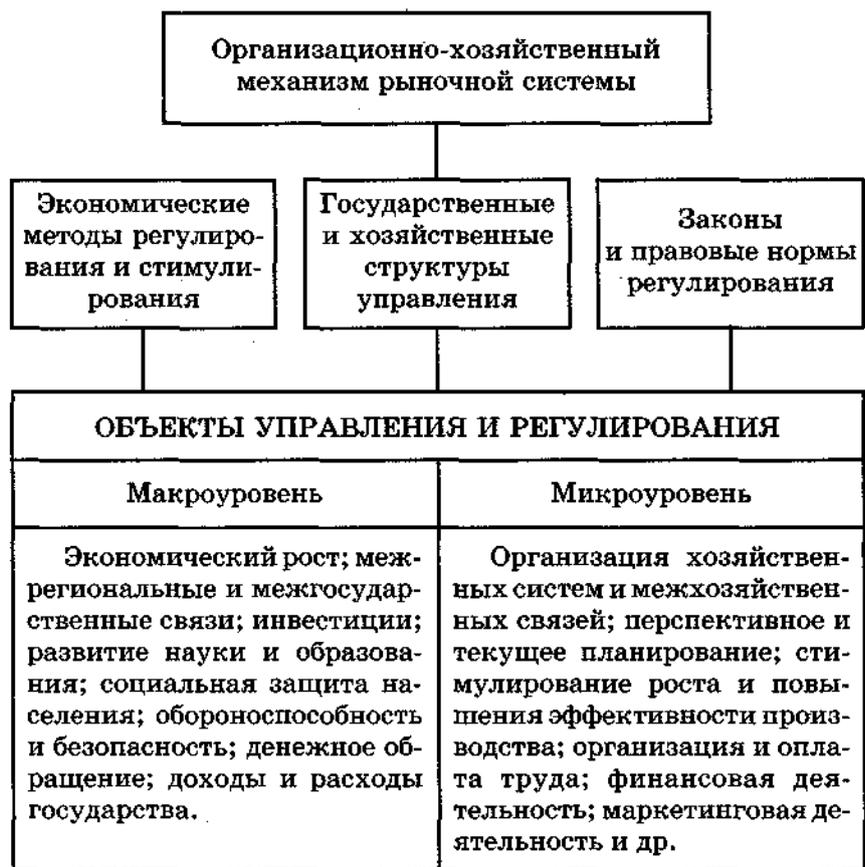


Схема 1 Организационно-хозяйственный механизм рыночной системы

Из схемы видно, что государственное регулирование предусматривает либо прямое регламентирование поведения хозяйственных субъектов, либо косвенное — через систему экономических методов. В первом случае используются административные методы воздействия: законы, приказы, инструкции и т.д.; во втором — экономические регуляторы: цены, налоги, банковские проценты, преференции и санкции. В целом под экономическими методами управления хозяйственной деятельностью принято понимать денежно-стоимостные регуляторы (иногда их называют экономическими рычагами), используемые в процессе производства, распределения и обмена товаров в масштабах как отдельных регионов, так и государства в целом. К подобным рычагам обычно относят ценообразование и цену, прибыль, плату за фонды, финансы, кредит, систему субсидий и дотаций, налоги, валютный курс, государственные и местные бюджеты, зарплату и материальное стимулирование и т.д. Считается, что эти методы, в отличие от административных, побуждают коллективы и работников действовать не по принуждению вышестоящих органов, а в соответствии со своими интересами и потребностями.

Одним из факторов становления рынка и усиления стимулирования

роста производства товаров и услуг является замена командно-административных- методов управления преимущественно экономическими. Это обусловлено тем, что развитие предпринимательской деятельности в условиях динамично развивающегося рынка основано на самостоятельности предприятий в использовании основного и оборотного капитала, в организации производства и реализации продукции. Свобода предпринимательства во всех отраслях, производящих товары и услуги, а также в сфере товарного обращения и других областях коммерческой деятельности — важнейший принцип рыночной экономики.

В условиях развитого рынка целостная система названных методов выполняет следующие функции: регулирующую, балансирующую, распределительную и стимулирующую. С помощью экономических методов регулируются структурные сдвиги в производстве и обмене товаров, объемы и направления инвестиций, обеспечение занятости, структура экспорта и импорта товаров и другие процессы в экономике. В сбалансировании спроса и предложения, доходов и расходов государства особую роль играют бюджет, налоги, цены, кредитная и внешнеэкономическая политика. Комплексное их использование способствует усилению взаимосвязи рынка товаров, денег, рабочей силы и капиталов. Они играют также важную роль в преодолении инфляционных тенденций, укреплении денежного обращения и обеспечении устойчивого курса рубля. Правильное использование экономических методов создает предпосылки для экономического роста.

Практика показывает, что экономические методы воздействия на производство и обмен товаров надо подкреплять организационно-административными мерами, что призвано способствовать рациональному распределению труда и укреплению межхозяйственных связей, перестройке хозяйственных систем, улучшению подготовки и расстановки кадров в органах управления и на предприятиях. Рациональное сочетание экономических методов с организационно-административными особенно необходимо в переходный период к развитому рынку. В связи с распадом бывшего Союза нарушились ранее устойчивые экономические связи между предприятиями, находящимися в разных государствах СНГ. Для их восстановления требуются не только экономические, но и организационные меры.

Зарубежный опыт подтверждает, что для обеспечения устойчивого роста производства и повышения уровня жизни народа необходимо рационально сочетать рыночный механизм регулирования экономики с государственным регулированием на макроуровне и ее сбалансированное развитие на микроуровне и в крупных экономических регионах. Это

должно проявляться в политике цен, финансовой и кредитной политике, а также в области внешнеэкономической деятельности.

Нехватка необходимых законов и правовых норм регулирования на первом этапе реформ негативно отразилась на ходе и результатах перестройки коммерческих производителей, товаропотребителей и других структур.

В широком смысле понятие социальной защиты (социального развития) включает целый комплекс институтов, являющихся непременным атрибутом всякого развитого общества.

Необходимо понимать, что труд, трудовая деятельность существенно повышают социальную защищенность населения в рыночной экономике. Рынок положил начало новым трудовым отношениям, сделал экономически невозможной нерациональную занятость, предъявил спрос на рабочую силу определенного качества и, соответственно, возникла объективная необходимость формирования новых социальных технологий, призванных обеспечить социальную защиту индивидов, социальных групп.

В формирующуюся систему социальной защиты входят:

- государственная система развития современных технологий, обуславливающих научно-технический прогресс, ориентированных на высокую производительность труда и обеспечение рациональной занятости;

- изменение роли науки, «ее большая направленность на решение социальных задач;

- система социального страхования и пенсионного обеспечения, а также четких правовых гарантий по их выплате;

- увеличение потребления и поддержание покупательной способности населения в условиях роста цен; индексация фиксируемых доходов по мере изменения цен; установление минимальной заработной платы в соответствии с реальным прожиточным минимумом;

- материальная помощь малообеспеченным, нетрудоспособным гражданам; и многодетным и неполным семьям;

- финансирование государством подготовки, переподготовки кадров и контроль за их трудоустройством;

- обеспечение определенного уровня образования, медицинской помощи, жилищного обеспечения, сферы услуг, экологической защиты населения; повышение роли системы социальной защиты как гаранта социального развития индивида;

- налоговые льготы предпринимателям, вкладывающим средства в образование, систему социальной защиты, благотворительные фонды.

В рыночной экономике государство использует разнообразные методы (способы) в соответствии с выработанной политикой. Существуют два основных способа государственного регулирования экономики:

— централизованный, или законодательный, т.е. административно-директивный ;

— децентрализованный, или косвенный, через воздействие на механизм рынка, т.е. предпринимательская деятельность регулируется посредством товарно-денежных отношений, свободной купли-продажи, цен, правил торговли, налогообложения и т.д.

Среди прямых и косвенных методов государственного регулирования можно выделить следующие направления:

1. Государство является собственником и активным субъектом рынка. Помимо функции политического организатора социума государство выступает собственником, активно участвующим в рыночных отношениях на основе свободно заключаемых договоров купли-продажи, контрактов, госзаказов и др., и тем самым воздействует на рынок, на его цены, соотношение спроса и предложения, использование ресурсов и т.п. Формы и методы здесь разнообразны: наследование недвижимости в силу исторических традиций (событий), новое строительство или выкуп акций у частных предприятий, принудительная или добровольная национализация с возмещением потерь, конфискация, секвестрация (изъятие или запрещение пользования и распоряжения имуществом) и т.д. Зачастую государства ассимилируют огромные средства в бюджете, что позволяет им выступать кредиторами частных организаций, банков, являться заемщиками и кредитовать отдельные отрасли, оказывая тем самым активное воздействие на денежное обращение, инвестиционную политику и на другие рыночные отношения.

2. Мероприятия по деэтактизации (разгосударствлению) государственной собственности. Формы разгосударствления (деэтактизации) могут быть разнообразны:

— приватизация — передача госсобственности в частное пользование за плату;

— восстановление социальной справедливости в виде возврата имущества, предприятий бывшим собственникам;

— выкуп предприятий трудовым коллективом (возможно в рассрочку);

— аренда с последующим выкупом;

— образование совместных государственно-частных предприятий и т.д.

Рыночные организации производства предлагают различные формы:

ведение семейного или кооперативного производства с использованием полученных в пользование и владение средств производства (земельный участок, дом, магазин, мастерская, транспортные средства и т.п.); владение акциями предприятия; получение ренты (проценты, дивиденды) в сберегательном банке.

Однако мировой опыт показывает, что внедрение частной собственности — это не панацея. Так, например, одна из самых больших фирм в мире «Дженерал моторс» принадлежит не одному хозяину-предпринимателю, а всем людям, которые на ней работают и являются ее акционерами: директорам, служащим, рабочим.

3. Законодательная регламентация предпринимательства. Большинство современных государств не выдают приказы (команды) хозяйствующим субъектам, но правовая регламентация бизнеса имеет определенную технологическую направленность: регистрация (открытие) фирмы, контроль хозяйственно-финансовых результатов деятельности, законы о банкротстве (ликвидации) предприятий, антимонопольные (антитрестовские) законодательства, законы о защите потребителей от недобросовестной деловой практики и многое другое;

И в то же время необходимо признать, что даже экономические и правовые механизмы не всемогущи при решении некоторых социальных проблем; многое зависит и от самих людей, участников экономических отношений. В этом смысле характерно высказывание Г. Форда: «До тех пор, пока мы ждем от законодательства, что оно уврачуется бедность и устранил из мира привилегии, нам суждено созерцать, как растет бедность и умножаются привилегии...».

Нормативно-правовые акты, как и право в целом, являются формой, в которую облачается политика государства, в том числе и социальная. Роль и назначение права состоят прежде всего в том, чтобы служить осуществлению политики, но эту роль оно может выполнить только при условии строжайшего соблюдения всех его норм. Вне законности право либо бесполезно, либо вредно.

4. Государственная поддержка малого бизнеса. Во многих государствах «малый» бизнес выступает как органическая часть современного рыночного хозяйства, занимающая важное место в решении экономических, научно-технических и социальных задач.

5. Налоговая политика. Налоговая система представляет собой косвенный метод воздействия на рынок и всю экономику. Налоги выполняют следующие функции:

— финансовые — аккумуляция средств в бюджете с целью государственных расходов;

— стимулирующие — развитие приоритетных отраслей экономики, предпринимательской деятельности;

— тормозящие — влияние на импорт и экспорт, сдерживание объемов инвестиций и т.д.

6. Государственное регулирование цен. Как правило, в условиях свободной рыночной экономики цены устанавливаются на основе принципа свободы предпринимательства, но государство в исключительных случаях (война, острый дефицит отдельных товаров, всплеск инфляции и др.) вмешивается в систему ценообразования. Однако многие государства проводят активную ценовую политику, т.е. практика свидетельствует о том, что в рыночном хозяйстве цены не отпускаются на волю рыночной стихии и устанавливаются не только под воздействием равновесия спроса и предложения, но и регламентируются государством.

7. Государственная регламентация учета и отчетности. Эффективность рыночной экономики во многом зависит от продуманной системы информации, статистики, что, в свою очередь, требует объективности в учете и отчетности. В некоторых странах, например, в США и Великобритании, дана большая свобода в ведении бухгалтерского учета и предоставлении отчетности. Вместе с тем любая фирма обязательно указывает методы и приемы при составлении финансового отчета.

В других странах — в Германии, Швеции, Японии, во Франции — существует законодательная регламентация внешней отчетности. Отчетность служит в одних случаях для исчисления налогов на прибыль, в других — для оценки финансовой устойчивости; отчетность дает возможность сравнивать и сопоставлять результаты деятельности различных фирм и т.д.

8. Кадровая политика. Система подбора и расстановки кадров помогает регулировать социально-экономические процессы в государстве. Как правило, государство не вмешивается в решение этой проблемы на уровне частной фирмы, хотя зачастую оформляет трудовые отношения соответствующим законодательством, в том числе по регулированию деятельности профсоюзов. Важной стороной здесь является подбор и расстановка, ротация кадров в государственном аппарате. Активно участвует государство в организации всевозможных школ бизнеса, университетов, колледжей для обучения менеджеров и т.п.

9. Внешнеэкономическая, протекционистская и фритредерская политика. Современные государства играют активную роль во внешнеэкономических связях: торговых, научно-технических, валютных, культурных, туристических. Внешнеторговые отношения определяются двумя направлениями: протекционизмом и фритредерством. Протекционизм име-

ет глубокие исторические корни, но и в настоящее время многие государства имеют специальные таможенные законодательства, регламентирующие и регулирующие порядок экспортно-импортных операций. Вместе с тем развитые страны также проводят и политику фритредерства — обеспечение свободы торговли и невмешательства государства во внешнеторговые связи;

10. Разработка государственных программ и прогнозов. Во многих странах эти рычаги активно используют как эффективное средство государственного регулирования экономики. Государственные программы помогают внедрять новые технологии в экономике и в области социального развития населения.

Исходя из сложившейся ситуации, система хозяйственных механизмов должна включать в себя масштабные, четко скоординированные социальные программы и быть ориентирована не на все население страны, но прежде всего на менее защищенные контингенты населения. Например, в настоящее время в Беларуси финансируются такие программы государственного значения, как «Дети-инвалиды», «Дети Беларуси» и др.

Вышеуказанные направления государственного регулирования активно влияют на систему социальной защиты населения, которая формируется на макро- и микроуровнях развития общества с целью решения как долговременных (стратегических), так и кратковременных (тактических) задач. Система социальной защиты включает экономические и правовые гарантии обеспечения основных прав граждан, законодательно закрепленные государством формы и уровни удовлетворения потребностей разных групп населения.

В настоящее время к числу социальных гарантий относятся:

— права, закрепленные конституцией: на труд и льготы, связанные с его условиями, на образование и медицинское обслуживание, на отдых, на жилище;

— права, устанавливаемые законодательными и нормативными актами: минимальная заработная плата, уровень пенсионного обеспечения, стипендий, пособий социального страхования, пособий отдельным категориям населения.

Необходимо не только сохранение этих гарантий, но и наполнение их новым содержанием, укрепление финансовой базы и, что принципиально важно, — дополнение их новыми. Эти гарантии должны обеспечивать прожиточный минимум всем гражданам Республики Беларусь.

Прожиточный минимум — минимум денежных средств, необходимых для поддержания жизнедеятельности человека и восстановления его работоспособности.

Методы социальной защиты в новых условиях должны строиться на базе социальных нормативов, представляющих собой научно обоснованные показатели уровня потребления различных благ и услуг, размера денежных доходов и других условий жизнедеятельности населения. Важнейшим среди социальных нормативов является *минимальный потребительский бюджет*. Он представляет собой систему социальных нормативов, выражающих сложившиеся в обществе представления о минимальном общественно необходимом уровне потребления, обеспечивающем удовлетворение наиболее насущных потребностей. Его общий объем соответствует уровню номинального дохода, который дает возможность удовлетворить потребности в питании на уровне минимальных физиологических норм потребления, покрывающих энергетические затраты и потребность организма в основных питательных веществах, необходимых для жизнедеятельности взрослых, для роста и развития детей. Доходы также должны быть достаточны для обеспечения минимальных потребностей в необходимых предметах одежды, обуви, предметах культурно-бытового назначения и хозяйственного обихода, основных видах услуг.

Традиционно технологии разработки минимального потребительского бюджета формировались на чисто статистической, нормативно-статистической и чисто нормативной базе, то есть информационно-методических основах. Статистический подход предполагал использование данных обследований бюджетов населения с уровнем доходов ниже средних. Исходя из них и определялось конкретное количество входящих в бюджет материальных благ и услуг и расходов на них. Значительно более распространенным (а в мировой практике главенствующим) является нормативно-статистический подход. Он предполагает разработку научно обоснованных нормативов для продуктов питания и наиболее важных услуг, прежде всего жилья, и оценки расходов на удовлетворение других видов потребностей по статистическим данным с учетом настоятельности различных потребностей, определяемых на базе тех же статистических закономерностей и экспертных оценок.

Минимальный потребительский бюджет — нормативная основа системы социальной защиты. С какими же конкретными функциями это связано?

1) *Прежде всего, объем минимального потребительского бюджета является той границей, которая очерчивает уровень малообеспеченности.* Все лица, уровень дохода которых ниже его, автоматически должны быть объектами социальной защиты и иметь право на помощь общества, так как они попадают в категорию бедности.

Бедность — это состояние, вызванное недостатком материальных ресурсов в течение определенного отрезка времени и в такой степени, что ведение нормального образа жизни и наличие условий жизни, которые являются привычными или, по крайней мере, поощряются или принимаются в обществе, становятся невозможными или чрезвычайно затруднительным.

Черта бедности — минимальный уровень реальных доходов, позволяющий гражданам данной страны в данный период времени при данном уровне цен покрывать расходы на удовлетворение самых основных материальных потребностей, то есть обеспечивать прожиточный минимум. Прожиточный минимум — минимальный набор продуктов питания, промышленных товаров и услуг, необходимый для обеспечения основных физиологических потребностей человека.

В начале 20-х гг. в СССР была разработана 17-ступенчатая тарифная система, первая ступень которой рассчитывалась как гарантированная минимальная заработная плата. Она и представляла прожиточный минимум. Однако с конца 20-х гг. оценить масштабы бедности невозможно, так как анализ обследований бюджетов семей и соответствующие публикации после 1928 г. были прекращены. Долгое время феномену бедности вообще не уделялось внимания. Нерегулярную оценку масштабов бедности можно дать, лишь начиная, с 1975 г., когда было введено пособие для малообеспеченных семей. Именно тогда государство установило порог бедности, объявив критерием в проверке нуждаемости душевой доход в семье, равный 50 руб. в месяц. На этом уровне были установлены гарантированный минимум заработной платы и минимальная пенсия. В 1975 г. в СССР 16% семей рабочих и служащих находились ниже установленной таким образом черты бедности. Десять лет спустя (в 1985 г.) экономисты предлагали поднять «планку» бедности до 75 руб. на душу в месяц: при таком подходе в СССР около 11,3% всех семей оказывались ниже черты бедности.

2) *Вторая важнейшая функция минимального бюджета — собственно функция нормативной основы социальной защиты.* От минимального бюджета зависят размеры законодательно устанавливаемой минимальной заработной платы, а от нее, в свою очередь, — размеры всех пенсий, пособий, стипендий и прочих выплат, устанавливаемых как процентное отношение к размеру минимальной заработной платы.

Нормативно-информационной основой обеспечения этих гарантий являются системы нормативных бюджетов, прежде всего бюджеты «скромного достатка». Такие бюджеты разрабатываются государственными органами (Бюро статистики труда в США), научными организа-

циями по заказам профсоюзов. Результаты их разработки — уровни скромного достатка и бедности — не являются официальными нормативными актами, однако служат основой при определении устанавливаемой правительством минимальной заработной платы, она корреспондируется с уровнем скромного достатка (минимума материальной обеспеченности в нашей терминологии). Такой уровень в среднем составляет примерно 70% к среднему уровню дохода. В большинстве стран считается, что минимальная заработная плата должна обеспечивать достойный уровень жизни одному работающему. Как правило, минимальная зарплата составляет 40–50% средней.

Уровень бедности может обеспечить только самые необходимые потребности — в питании и некоторых услугах. К такому уровню привязывается минимальное социальное пособие, на которое имеют право практически все граждане страны. Обычно размер социального пособия составляет 20–30% уровня средней зарплаты.

В странах с более высоким уровнем социальной защиты эти показатели менее дифференцированы. Так, в Швеции максимальная зарплата лишь в два раза больше минимальной, а минимальная составляет около трех четвертей средней.

Нормативы минимального потребительского бюджета являются также основой для установления и пересмотра норм потребления в учреждениях сферы социально-культурных услуг, действующих на бесплатной основе: больниц, детских дошкольных учреждений и учреждений социальной защиты.

3) *И, наконец, третья функция. «Потребительская корзинка» — набор предметов, входящих в состав минимального потребительского бюджета, — служит основой для регистрации индекса цен на товары и услуги, что, в свою очередь, является важнейшим элементом формирования системы социальной поддержки населения.*

Индексация должна соответствовать текущему росту цен. Для регистрации ее создается служба наблюдения за ценами. С этой целью выбирается около тысячи товаров-представителей и около сотни услуг. Существующие в более развитых странах системы слежения за ценами, как правило, включают очень развитые сети (к примеру, в Венгрии сеть регистрации цен охватывает 400 населенных пунктов и более 2 тыс. магазинов).

Индексация представляет собой механизм корректирования денежных доходов населения с учетом индекса уровня потребительских цен. Механизм индексации состоит из индекса, на величину которого корректируются доходы, из видов доходов, которые подлежат индексации, и

частоты их регулирования.

Напомним, что послевоенная экономическая обстановка на Западе характеризовалась двумя периодами в развитии инфляционных процессов. Складывавшиеся механизмы государственного регулирования довольно широко использовали инфляцию в качестве стимула экономического роста, занятости и роста расходов на социальные цели. В дальнейшем инфляция приобрела самодовлеющий характер, возникла так называемая «инфляционная спираль», когда экономический рост заменяется ростом цен и доходов. В результате отрицательных последствий «стагфляции» в начале 80-х годов было произведено коренное изменение в экономической политике государства, основой которой стало проведение антиинфляционных мер.

В соответствии с общим изменением курса экономической политики менялась и политика индексации доходов. С первой половины 50-х годов индексация заработной платы стала закрепляться в коллективных договорах в форме повышения часовых ставок оплаты на официальный процент роста цен. Государство, в свою очередь, проводило повышение заработной платы государственных служащих, пособий и пенсий. В 60-х годах был сформирован законодательный и организационный механизм индексации доходов. Он имел в разных странах некоторые отличия. В странах Северной Европы и Италии индексации, в соответствии с опубликованным официальным индексом цен, подлежали все виды доходов всех лиц, работавших по найму. В Северной Америке и Центральной Европе закон устанавливал обязательную индексацию минимальной заработной платы, пенсий, пособий и заработной платы государственных служащих. Оплата труда остальных категорий работников регулировалась коллективными договорами. Пороговый уровень цен, являющийся сигналом для проведения индексации, колебался от 1 до 3%.

С начала 80-х годов, с переходом к антиинфляционной политике, начался почти повсеместный отказ от разветвленных индексационных систем. Вместо повышения заработной платы, автоматически следовавшего за повышением цен, стали прибегать к так называемому отсроченному повышению — закреплению в договоре обязательству государства и предпринимателей повысить в течение определенного времени зарплату на определенный процент. Обязательной индексации подлежали минимальная заработная плата, пенсии и пособия.

Таким образом, опыт проведения мероприятий социальной защиты показывает, что они могут являться действенным инструментом поддержания жизненного уровня, однако вводимые в настоящее время основные элементы новой системы не носят абсолютного характера, и некото-

рые из них, к примеру, индексация доходов, в условиях реформирования экономики применяются в крайне ограниченных и неэффективных формах.

В настоящее время в ряде регионов страны проводится в жизнь система адресной социальной помощи малообеспеченным слоям населения. Основными отличиями программы адресной социальной защиты от принятых ранее являются: исключение массовых «уравнилельных» льгот для больших групп населения с различными уровнями доходов (все пенсионеры, учащиеся 1–4 классов и т.д.); планирование помощи (адресность материальная, натуральная и др.) только социально незащищенным группам населения с уровнем душевого дохода ниже стоимости продуктовой корзины минимального потребительского бюджета (в семье — душевой доход с учетом всех поступлений семьи).

Специалисты в области социальной работы, владеющие социальными технологиями, должны использовать в своей практической деятельности все имеющиеся в их арсенале экономические методы для оказания помощи людям в решении наиболее острых социальных проблем.

Делопроизводство специалиста по социальной работе

Важными документами становятся приказы, распоряжения и решения министерств, местных исполнительных комитетов власти, подведомственных им «отделов образования», «комитетов (управлений) по социальной защите населения» в зависимости от того, где, в какой отрасли работает специалист социальной работы. Итак, социальному работнику, необходимы знания нормативных документов для оказания конкретной помощи в каждом конкретном случае. Проблема определения нормативно-правового поля деятельности специалиста социальной работы сопрягается с проблемой определения приоритетности института, чьи интересы защищаются социальным работником. С точки зрения системы профессиональных ценностей, специалист социальной работы должен представлять интересы прежде всего клиента, затем – общества в целом, и только потом – государства и своего учреждения. Такую систему приоритетов не всегда легко соблюдать, ее приходится отстаивать, иногда даже вступая в конфликты с руководством или с коллегами. Однако если присутствует осознание законности, гуманности и моральной правоты своей профессиональной деятельности, всегда находятся убедительные аргументы в защиту своего клиента, своего дела и своей профессии.

Документы учреждения представляют определенную систему, которая отражает отдельные стороны его работы или всю работу в целом. Что зафиксировано, прежде всего, в Уставе учреждения, в приказах, где

последовательно документируется распорядительная деятельность руководителя, в протоколах — работа педагогического совета, в журналах — успеваемость учащихся и т.д. Системы документирования получили название делопроизводства, что включает создание документов, работу с ними, хранение.

В Республике Беларусь действует Государственная система документационного обеспечения. Существуют общие требования к документам и службам документационного обеспечения, установлены стандарты, имеющие определенное назначение, состав, набор реквизитов и их расположение. Каждый документ состоит из отдельных его элементов, разные виды документов имеют разный набор реквизитов, определяющих назначение документов (протокол, акт, приказ и т.д.). *Служебные* документы составляются на бланке на стандартном листе бумаги. Существует 2 вида бланков — *бланк письма*; и *бланк общий* — для всех остальных документов.

Реквизиты бланка-письма: государственный герб; эмблема организации; наименование министерства; наименование организации; автор документа (организация в именительном падеже); наименование структурного подразделения; индекс предприятия связи; полный почтовый адрес; номер телефона/факса.

Реквизиты общего бланка: государственный герб; эмблема организации; наименование министерства; автор документа (организация в именительном падеже); наименование структурного подразделения; вид документа (или место остается свободным для последующего заполнения) — приказ, служебная записка, ходатайство и пр.; место составления или издания документа (в соответствии с административно-территориальным делением, например, г. Борисов, Минской обл.). На общем бланке помечается дата, индекс, заголовок, отметка о контроле, гриф утверждения. Кроме этого, на оба вида бланков наносятся ограничительные отметки в виде черточек-уголков для переменных реквизитов. Для писем — это: дата, индекс, ссылка на индекс и дату входящего документа, заголовок текста, отметка о контроле, место адресата.

Государственный герб может помещать на своих бланках только организации, имеющие специальное разрешение от вышестоящего министерства. Он размещается сверху над серединой реквизита «наименование министерства».

Ссылка на индекс и дату входящего/исходящего документа является важнейшим поисковым признаком, позволяющим при получении письменного ответа определить, в какое структурное подразделение направить его на исполнение; найти копию инициативного документа, на ко-

торый принял ответ. Ссылка переписывается цифровым способом (А 25/ 7).

Адресное документирование (т.е. указание получателя, адресанта) пишется на документах, отправляемых в другие организации либо руководству. Указывают — наименование учреждения в именительной падеже (что?); наименование структурного подразделения в именительной падеже; должность получателя в дательном падеже (кому?); фамилию, имя отчество в дательном падеже; почтовый индекс.

Согласование документа — это предварительная оценка проекта документа, его обоснованности, целесообразности и своевременности.

Внутреннее согласование проводится с финансовой службой, юристами, заместителями руководителей. Оформляется визой, состоящей из личной подписи главного бухгалтера, даты. Место на документе — ниже подписи в зависимости от вида документа (заявление, служебная записка, приказ и пр.). Для каждого документа свой перечень необходимых виз при его оформлении.

Внешнее согласование (в зависимости от содержания) — либо с вышестоящей организацией, либо с научно-исследовательским учреждением. Оформляется протоколом обсуждения проекта. Справкой с грифом согласования.

Гриф согласования состоит из слова СОГЛАСОВАНО, пишется прописными буквами без кавычек, наименование должности, организации, личной подписи, расшифровки подписи (Иванов И.И.), даты.

Место графа согласования — там же после подписи, если грифов несколько — на одном уровне вертикальными рядами. При многочисленных внешних согласованиях оформляется отдельный лист согласований.

Гриф утверждения это удостоверение некоторых видов документов, оно санкционирует их содержание, распространяет действие на определенный круг лиц и организаций. Утверждают следующие документы: планы, уставы, положения, инструкции, штатные расписания, акты, протоколы. Утверждение происходит после подписания документа. Существует 2 варианта оформления: 1) простое утверждение руководителем, подпись, дата; 2) издание распорядительного документа (приказ, постановление). Оформляется в правой верхней части с указанием должности руководителя, учреждения, подписи, даты. Слово УТВЕРЖДАЮ пишется без кавычек.

Отметка о поступлении — фиксируется время приема документа в организацию, входящий регистрационный номер (индекс); место документа — правый угол нижнего поля первой страницы.

Виды документов

Распорядительные — Приказ — нормативный акт, обязательный для исполнения всеми работниками. Приказами оформляются все решения руководителя, связанные с организацией работы учреждения, с планированием, отчетностью, финансированием и другой текущей деятельностью. Процесс подготовки приказа складывается из изучения действующего законодательства, проектирования документа, где определяют цель, сроки исполнения и исполнителей. Четко-распорядительные действия. Приказ оформляется, визируется юристом, исполнителями, финансистом. Оформляется на общем бланке. Реквизиты приказа: наименование министерства; наименование организации; название вида — ПРИКАЗ; дата; индекс (номер); место составления/ издания; заголовок к тексту (о чем, например, О создании ТЦСОН); текст; подпись; визы согласования.

Текст приказа состоит из 2 частей: констатирующей (вводной) и распорядительной. В первой части пишется обоснование причин, цели, задачи (например, «С целью привлечения дополнительных средств...»; «В связи с реорганизацией...»). Во второй части — текст начинается со слов «В соответствии с ...»; «На основании ...»; «Во исполнении...», затем наименование вида документа, организацию-автора, полный заголовок по тексту; дата; индекс документа во исполнении которого издается приказ. В заключительной части словом ПРИКАЗЫВАЮ — оформляется на отдельной строке от границы левого поля прописными буквами без разрядки и заканчивается двоесловием: «Утвердить штатное расписание ТЦСОН на 2-е полугодие текущего года». После текста ниже, через 3 интервала оформляется подпись от границы левого поля, должность. Расшифровка подписи строчными буквами без скобок, пробелов между ФИО на уровне нижней строки наименование должности. Личная подпись на первом экземпляре приказа. Визы и грифы согласования оформляются до подписания приказа на лицевой стороне последнего листа ниже подписи.

Информационно-справочные документы — акты, справки, докладные и объяснительные записки, телеграммы и телефонограммы.

Актом называется документ, составленный несколькими лицами и подтверждающий установленные факты, события, действия. Часто акты составляются комиссиями, или несколькими должностными лицами. Поводом для составления акты могут быть обследования, ликвидация учреждения, прием-сдача материальных ценностей, дел, инвентаризации, аварии, несчастные случаи и пр. Акт составляется на общем бланке. Текст делят на 3 части: введение, констатирующую часть и выводы. Введение

во всех актах формализовано, в нем указывается основание для составления акта. После слова «Основание» ставится двоеточие и указывается наименование распорядительного документа в именительном падеже, его дата, номер, заголовок. Далее с новой строки слово «Составлен», двоеточие, перечисляются фамилии членов комиссии, начиная с председателя, далее по алфавиту с указанием должности. В констатирующей части излагаются цели, задачи, проделанная работа, ее результаты. В заключительной части текста делаются выводы и даются рекомендации. После текста указываются количество составленных экземпляров акта и их местонахождение. Завершают текст акта подписи всех членов комиссии, начиная с председателя с указанием обязанностей в комиссии.

Справки составляются для отражения производственной деятельности организации или подтверждения сведений о работниках. Они печатаются на трафаретных бланках с указанием наименования ведомства, учреждения, вида документа (СПРАВКА), даты, номера, адрес и телефон выдавшей справку организации.

Докладная записка — документ, адресованный руководителю и информирующий его об имеющем факте или событии, сложившейся ситуации. Докладная записка содержит выводы и предложения составителя. Цель докладной записки — побудить руководителя принять определенное решение. Текст состоит из 2 частей: в констатирующей излагаются факты, во второй – просьбы, предложение. Оформляются на листе бумаги, на котором воспроизводятся реквизиты бланка: наименование структурного подразделения, вид документа (ДОКЛАДНАЯ ЗАПИСКА), дата, адресат, подпись ее составителя.

Объяснительные записки бывают двух типов. Первые сопровождают основной документ (план, отчет) и поясняют содержание его отдельных положений. Они оформляются на бланке учреждения. Вторые объяснительные записки составляют по поводу каких-либо происшествий, ситуаций, поведения сотрудников. Текст должен быть убедительным и доказательным. Оформляются на чистом листе бумаги с воспроизведением реквизитов и подписываются составителем.

Делопроизводство специалиста по социальной работе складывается из:

- 1) нормативно-правовых актов, регулирующих деятельность учреждения и специалиста;
- 2) годовых, помесечных, еженедельных планов работы учреждения и специалиста;
- 3) актов обследования;
- 4) личных текущих записей;

5) переписки с учреждениями и организациями, участвующими в решении проблем;

6) отчетов;

7) аналитических справок и отчетов по результатам социально-педагогической диагностики и других исследований;

8) медико-психолого-педагогических характеристик отдельных учащихся, с которыми ведется специально спланированная индивидуальная работа;

9) протоколов различных заседаний, совещаний, встреч, педсоветов и тому подобное по вопросам, относящимся к компетенции специалиста социальной работы (в копиях).

Организация работы с документами включает следующие составляющие: регистрацию документов, контроль их исполнения, систематизацию, формирование и оформление дел, подготовку и передачу дел в архив. При регистрации документа заносят следующие сведения: дату получения, регистрационный номер, дату документа, его номер, количество листов, приложение, вид документа, краткое содержание, автора и текст резолюции, исполнителей, дата фактического исполнения, номер дела, в которое подшит исполнительный документ. С целью своевременного выполнения заданий руководства все зарегистрированные документы подлежат контролю, который предусматривает проверку исполнения, учет, анализ, систематизацию документов.

При формировании дел необходимо соблюдать следующие правила. В дело должны помещаться документы, которые по своему содержанию соответствуют заголовку дела и которые правильно оформлены — имеют индекс, дату, подписи, отметку «в дело» и т.п. Все документы, относящиеся к одному вопросу помещают в одном деле, приложения группируют с основными документами. Документы одного календарного года группируются в отдельное дело, кроме переходящих, личных, судебных, арбитражных. Одно дело не должно превышать 250 листов, а толщина — 4 см., если толще — формируют следующий том. В соответствии с требованиями «Основных правил работы архивов центральных и местных органов государственной власти и управления, учреждений, организаций и предприятий Республики Беларусь» и на основании номенклатуры дел документы постоянного и временного (свыше 10 лет) хранения сдаются на хранение в архив. Листы дел, состоящих из нескольких томов, нумеруются по каждому тому отдельно. Не допускается включение в дело документов, не относящихся к нему, а также черновиков, вариантов, выписок из протоколов (кроме развернутых) и копий.

При формировании документов в дела и сдаче на хранение соблюдаются следующие правила: дела в архив сдаются на скоросшивателях. Надписи на обложке производятся четко, светостойкими чернилами или тушью. Документы, составляющие дело, подшиваются на четыре прокола в твердую обложку из картона с учетом возможности свободного чтения текста всех документов, дат, виз и резолюций на них. При подготовке дел к подшивке металлические скрепления (булавки, скрепки) из документов удаляются. В начале дела подшивается внутренняя опись. Все листы в деле, кроме заверительной надписи и листов внутренней описи, нумеруются арабскими цифрами валовой нумерацией в правом верхнем углу, не задевая текста, черным графическим (простым) карандашом или нумератором. Употребление чернил и цветных карандашей для нумерации страниц запрещается. В конце дела на отдельном листе ставится заверительная надпись. Листы внутренней описи документов дела нумеруются отдельно. Надписи на обложке производятся четко, светостойкими чернилами или тушью. Личные дела сдаются по сдаточной описи. Дела имеют соответствующий описи порядковый номер, который ставится в левом верхнем углу обложки. Все виды документов (дела), равно как и личные дела, поступают на хранение при наличии сдаточной описи. Понятно, что все это, кроме планов и отчетов – рабочая документация специалиста и не подлежит официальному контролю, если эти документы не будут введены в обязательный перечень документов учреждения.

Вопросы для самоконтроля

1. Объясните сущность и содержание социально-экономических методов в социальной практике.
2. Назовите социальные технологии, обеспечивающие социальную защиту индивидов и других социальных групп.
3. Охарактеризуйте прямые и косвенные методы основных направлений государственного регулирования экономики.
4. Дайте определения понятиям прожиточный минимум, минимальный потребительский бюджет, потребительская «корзина».
5. Опишите основные документы, необходимые в практике делопроизводства специалиста по социальной работе.

ЛИТЕРАТУРА ОСНОВНАЯ

1. Богдан, Е.Л., Митрошенко, И.В. Новые организационные технологии в развитии медицинских услуг для подростков // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – № 3. – С. 75–77.
2. Бочарова, В.Г. Социальная работа: знакомство с профессией / В.Г. Бочарова. – М. – 1997. – 13 с.
3. Васильева, Л.П. Профориентационное направление в социальной работе //Материалы Республиканской научно-практической конференции: Образовательный стандарт по социальной работе 2008 г.: методическая обеспеченность, перспективы развития специальности», 20 апреля, ГИСТ БГУ, Минск. – 2010. – С.37 – 28.
4. Воробьева, И.В. Социокультурная направленность деятельности специалиста по социальной работе // Материалы Республиканской научно-практической конференции: Образовательный стандарт по социальной работе 2008 г.: методическая обеспеченность, перспективы развития специальности», 20 апреля, ГИСТ БГУ, Минск. – 2010. – С.41 – 42.
5. Воробьева, В.А. Социальное партнерство как условие эффективной подготовки специалистов по социальной работе (на примере взаимодействия вуза с территориальными центрами социального обслуживания населения) // Международный научно-практический семинар: Пути повышения качества подготовки будущих специалистов по социальной работе. Витебск, 28 мая 2009 г.; Витебский государственный университет им. П.М. Машерова. – Витебск. – 2009 . – С. 51–53.
6. Галущинская, Ю.О. Педагогическое содействие развитию толерантности к людям пожилого возраста у будущих специалистов по социальной работе // Сборник материалов Республиканской (с международным участием) научно-практической конференции «Социально-педагогическая и психологическая поддержка личностного и профессионального самоопределения в онтогенезе», 12 мая 2010 г. Бр.ГУ им.А.С. Пушкина; редкол.: М.С. Ковалевич[и др.]-Брест : БрГУ, 2010. – Ч. 1. – С. 95–99.
7. Григорьев, Д.А. Определение понятия «профессионал» как основа проектирования процесса профессионализации // Проблемы проектирования образования в работах аспирантов ИПИ РАО за 1994 г. – М., 1995. – С. 9–21.
8. Грик, Н.А. Формирование профессиональной и социальной компетенции специалиста по социальной работе и технология группового проектного обучения //Социальная работа в России: образование и

- практика: Сб. науч. тр. / под ред. проф. Н.А. Грика. – Томск: Томск. гос. ун-т систем упр. Радиоэлектроники. – 2009. – С. 13–20.
9. Доэл, М., Шадлоу, С. Практика социальной работы. – М.: Аспект-Пресс. – 1995. – С. 237.
 10. Ивашкевич, Ю.М. Роль переговоров и особенности технологии их ведения в сфере социального партнерства // Международный научно-практический семинар: Пути повышения качества подготовки будущих специалистов по социальной работе. Витебск, 28 мая 2009 г.; Витебский государственный университет им. П.М. Машерова. – Витебск. – 2009. – С. 103–105.
 11. Козлов, А.А., Иванова, Т.Б. Практикум социального работника. Серия «Учебные пособия», Ростов–на–Дону: Феникс. – 2001. – 320 с.
 12. Ляшенко, А.И. Профессиональное становление социального работника: Автореф., дис. канд. психол. наук. – М. – 1993. – 16 с.
 13. Макрицкий, М.В. Возможности психологической оценки профессиональной ответственности // Международный научно-практический семинар: Пути повышения качества подготовки будущих специалистов по социальной работе. Витебск, 28 мая 2009 г.; Витебский государственный университет им. П.М. Машерова. – Витебск. – 2009. – С. 168–170.
 14. Менеджмент социальной работы: учеб. пособие для студ. высш. учебн. заведений / Под ред. Е.И. Комарова и А.И. Войтенко. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС. – 2011. – С. 231–255.
 15. Минигалиева, М.Р. Психологические аспекты в деятельности социального работника // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2001. – № 1. – С. 72–86.
 16. Мурашко, Е.А. О роли качественных методов исследования в подготовке специалистов по социальной работе // Международный научно-практический семинар: Пути повышения качества подготовки будущих специалистов по социальной работе. Витебск, 28 мая 2009 г.; Витебский государственный университет им. П.М. Машерова. – Витебск. – 2009. – С. 211–212.
 17. Носова, Е.А., Крупенченко, Н.Н. Модель деятельности специалиста социальной работы по первичной профилактике алкоголизма у детей младшего школьного возраста из алкоголезависимых детей в условиях образовательного учреждения // Международный научно-практический семинар: Пути повышения качества подготовки будущих специалистов по социальной работе. Витебск, 28 мая 2009 г.; Витебский государственный университет им. П.М. Машерова. – Витебск. – 2009. – С. 226–228.

18. Обучение практике социальной работы: Международный взгляд и перспективы / Под ред. М. Доэля и С. Шардлоу; Пер. с англ. под ред. Ю.Б. Шапиро. – М.: Аспект Пресс. – 1997. – С. 223.
19. Олекс, О.А. Теория и отечественный опыт стандартизации образования в Республике Беларусь (к проблеме разработки классификаторов специальностей и квалификаций) / О.А. Олекс. – Мн.: УП «Техно-принт». – 2002. – С. 168.
20. Основы социальной работы: Учебник/ Отв. ред. П.Д. Павленок, М.:ИНФРА. –М. – 2002. – С. 76–78.
21. Пантюк, И.В. Использование тестовых заданий для оценки уровня знаний студентов по курсу «Технологии социальной работы» // Контролируемая самостоятельная работа студентов: состояние и перспективы: материалы II научно-методической конференции; Минск, 17 марта 2005 г. / Белорус. гос. ун-т.; ред.кол.: И.Л.Зеленкова [и др.]. – Минск: БГУ. – 2005. – С.73–76.
22. Пантюк, И.В. Профессиональные компетенции специалиста по социальной работе[Электронный ресурс БГУ]. – Минск: БГУ. – 2011. – 304 с. Деп. в БелИСА 21.11.2011 г., № Д201154.
23. Пантюк, И.В. Теоретические основы социальной работы //Минск:Амалфея. – 2010. – 388 С.
24. Педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.А. Сластенин, И.Ф. Исаев, Е.Н. Шиянов; под ред. В.А. Сластенина. – 2-е изд., стереотип. – М.: Издательский центр «Академия». – 2003. – 576 С.
25. Сидоров П.И., Вязьмин А.М., Соловьев А.Г., Тевлина В.В. Новые направления подготовки специалистов по социальной работе для реабилитации лиц с психическими и наркологическими заболеваниями // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. – № 4. – С. 13–16.
26. Социальная работа: теория и организация: Учеб. пособие / П.П.Украинец, С.В.Лапина, С.Н.Бурова и др.; под ред. П.П.Украинец, Мн.:ТетраСистемс, 2005. – 288 с.
27. Социальная работа: Учеб. пособ. / Под общей ред. проф. В.И.Курбатова, Ростов-на Дону:Феникс. – 2003. – 480 С.
28. Технология социальной работы: Учеб. пособие для студ. высш. Т38 учеб. заведений / Под ред. И.Г. Зайнышева. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – 240 с.
29. Топчий, Л.В. Проблемы формирования профессионального мастерства специалистов по социальной работе // Социально-политический журнал. – 1997. – №2. – С. 214–222.

30. Хохштрассер, Ф. Компетенции при обучении социальной работе в уголовно-исполнительной системе / Ф. Хохштрассер // СОТИС. – 2008. – № 1. – С. 46–53.
31. Хуриганова, А.А. Специалист по социальной работе в системе образования//Социальная работа в России: образование и практика: Сб. науч. тр. / под ред. проф. Н.А. Грика. – Томск: Томск.гос. ун-т систем упр. Радиоэлектроники. – 2009. – С. 225–228.
32. Шурыгина, Ю.Ю. Содержание и методика социально-медицинской работы (с региональным компонентом): Учебно-методическое пособие. – Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ. – 2004. – 121 с.
33. Янчук, О.А. Ориентиры профессиональной подготовки специалистов социальной сферы // Материалы Республиканской научно-практической конференции: Образовательный стандарт по социальной работе 2008 г.: методическая обеспеченность, перспективы развития специальности», 20 апреля, ГИСТ БГУ, Минск. – 2010. – С. 29 – 30.

Дополнительная литература

1. Абрамов Р.И. Профессиональный комплекс в социальной структуре общества (по Парсонсу) // Социологические исследования. – 2005. – № 1.
2. Андреева, Г.М. Психология социального познания: уч. пособие для студентов высших учебных заведений. — 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Аспект Пресс. – 2000.
3. Беличева С.А., Кондратьев М.Р., Луцук Т.В. Социально-психологический диагностико-коррекционный инструментарий. – М. – 1993.
4. Буслова, М.К. Новые технологии как фактор социальной динамики / М.К. Буслова/ Мн. . – 1996.
5. Веремейчик, Г. Развитие сообществ. Пособие для консультантов и организаторов / Г. Веремейчик, С. Гавдис, Т. Пошевалова. – Мн. – 2003. – С. 33—45.
6. Дятченко Л.Я. Социальные технологии в системе управления общественными процессами. Дис. д-ра соц. наук. – М. – 1993.
7. Иванов В.Н., Лесников Г.Н., Зайченко В.Л. Проблемы информатизации и технологизации социального пространства. – М. – 1994.
8. Менеджмент социальной работы: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / под ред. Е.И. Комарова и А.И. Войтенко. – М. – 2001.

9. Наумова, Н.Ф. Социологические и психологические аспекты целенаправленного поведения. – М. – 1988.
10. Наумова, Н.Ф. Целеполагание как системный процесс. – М. – 1982.
11. Социальная работа: теория и практика: учеб. пособие / отв. ред. Е.И. Холостова, А.С. Сорвина. – М. – 2002.
12. Социальные технологии: Толковый словарь. / Отв. ред. В.Н. Иванов. – М. – 1994.
13. Технологии социальной работы: учебное пособие; под ред. Е.И. Холостовой. – М.: Инфра-М. – 2002.
14. Учебно-методический комплекс дисциплины «Методика и технология работы социального педагога Специальности: 050711.65 «Социальная педагогика с дополнительной специальностью Педагогика и психология», 050711.65 «Социальная педагогика». Барнаульский государственный педагогический университет. Барнаул. – 2007. – 95 с.
15. Филатов, В.Б. О классификации организационных технологий в здравоохранении / В.Б. Филатов, Е.П. Жилыева, Ю.И. Кальфа // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – № 5. – С. 27–30.

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|-----|
| Раздел 1. Теоретические основы технологии социальной работы | 7 |
| ЛЕКЦИЯ № 1 Введение в предмет | 7 |
| ЛЕКЦИЯ № 2 Целеполагание и его место в технологии социальной работы | 20 |
| Раздел 2. Общие технологии социальной работы | 28 |
| ЛЕКЦИЯ № 3 Социальная диагностика: цели, этапы и способы проведения..... | 28 |
| ЛЕКЦИЯ № 4 Социальная экспертиза | 36 |
| ЛЕКЦИЯ № 5 Социальное прогнозирование | 44 |
| ЛЕКЦИЯ № 6 Социальное проектирование | 47 |
| ЛЕКЦИЯ № 7 Социальная терапия и методы ее осуществления..... | 55 |
| ЛЕКЦИЯ № 8 Социальная адаптация и реабилитация..... | 65 |
| ЛЕКЦИЯ № 9 Социальная профилактика..... | 72 |
| ЛЕКЦИЯ № 10 Коммуникативные технологии в социальной работе .. | 83 |
| Раздел 3. Технологии социальной работы в различных сферах жизнедеятельности общества | 94 |
| ЛЕКЦИЯ № 11 Деятельность специалиста по социальной работе в системе правовых отношений | 94 |
| ЛЕКЦИЯ № 12 Деятельность специалиста по социальной работе в системе министерства образования | 119 |
| ЛЕКЦИЯ № 13 Деятельность специалиста по социальной работе в учреждениях здравоохранения..... | 135 |
| ЛЕКЦИЯ № 14 Содержание социальной работы при оказании специализированной медицинской помощи..... | 157 |
| Раздел 4. Междисциплинарные технологии и методы социальной работы | 234 |
| ЛЕКЦИЯ № 15 Организационно-управленческие методы социальной работы | 234 |
| ЛЕКЦИЯ № 16 Психологические методы социальной работы | 255 |
| ЛЕКЦИЯ № 17 Педагогические методы социальной работы..... | 267 |
| ЛЕКЦИЯ № 18 Социально-экономические методы социальной работы | 274 |
| Литература основная | 296 |