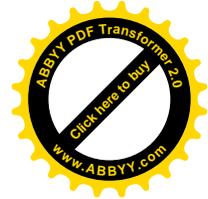


ное агентство по здравоохранению и социальному развитию РФ
Кафедра социальной работы

Методическое пособие по курсу введение в профессию для
студентов медицинских вузов по специальности
«социальная работа в системе здравоохранения»

Волгоград 2007



УДК 616.4.2 (07)

Составители:

д.ф.н. доцент Чиждова В.М.

преп. Чумакова М.И.

Рецензенты:

к.псих.н., профессор Андрущенко Т.Ю.

д.соц.н., профессор Андриянова Е.А.

Методическое пособие адресовано студентам медицинских вузов, обучающихся по специальности социальная работа и клиническая психология со специализацией в системе здравоохранения и освещает базовые категории и вопросы курса, входящего в блок национально-регионального компонента ГСЭ.08 ГОС ВПО по специальности 040101. Содержание методического пособия может быть полезным преподавателям, аспирантам и использоваться в активной аудиторной и внеаудиторной самостоятельной работе студентов.

Утверждено ЦМС Волгоградского государственного медицинского университета

Протокол № _____ от _____ 200 ____ г.



Оглавление



Введение

Тема 1. Социальная работа как феномен современной действительности

Тема 2. Социальная работа в России: генезис и эволюция

Тема 3. Социально-исторические причины становления и развития социальной работы в России в 90-х годах XX века

Тема 4. Современные проблемы подготовки социальных работников в системе здравоохранения России.

Тема 5. Социальная работа и социальная политика в современном российском обществе

Тема 6. Морально-этические проблемы социальной работы

Тема 7. Классификационные характеристики социальных технологий. Индикативные показатели эффективности социальной работы

Тема 8. Принципы структурной организации системы социальной защиты

Тема 9. Профессиональная компетентность социального работника в здравоохранении

Глоссарий

Вопросы для повторения



Введение

Социальная работа в здравоохранении - новая профессия, возникающая в результате изменений в медицине и обществе. В традициях российского врачевания помощь пациенту не ограничивается лишь чисто медицинскими действиями. Раньше для достижения лечебного эффекта врачу нужно было знать бытовые, семейные, материальные, профессиональные и др. особенности жизни пациента. Он не только это знал, но и участвовал в организации помощи для решения тех проблем, которые провоцировали болезнь и мешали человеку выздоравливать. Сегодня это тоже необходимо, без этого знания и участия работа врача становится неэффективной. Но современный врач уже не может этим заниматься самостоятельно. Здесь можно отметить причины двух порядков: медицинский и социальный.

1) Резко и многократно возросшая сложность медицины привела к тому, что специализация врачей становится все более детализированной, вмешательство в человеческий организм становится все более глубоким (медики говорят: возрастание инвазивности), повышение ответственности и в силу этого необходимость постоянного самообразования врача.

2) Усложнение общества, в том числе и изменения, связанные с новым для России способом включения медицины в социальную систему - медицинское страхование. Кроме того, в обществе существуют (и появляются новые) различные организации и государственные структуры, которые созданы для решения различных жизненных проблем человека. Врач не может, да и не должен их все знать - это не его профессия.

Следовательно, нужен профессиональный медиатор в системе здравоохранения, который, во-первых, освободит врача от дополнительных, однако необходимых для лечения, немедицинских действий, во-вторых, организует включение пациента в систему социальной помощи. Поэтому в общем деле оздоровления становится чрезвычайно важной профессия специалиста по социальной работе.



Тема 1. Социальная работа как феномен современности

Вопросы:

- I. Социальная работа как новая профессия.
- II. Междисциплинарный характер социальной работы.
- III. Социальная работа: теория и практика.

Основная литература:

1. Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования. Государственный Комитет РФ по высшему образованию. М. 2001.
2. Жуков В.И. Российское образование: истоки, традиции, проблемы. - М, 2001.- 848 с.
3. Фирсов М.В. Введение в теоретические основы социальной работы (Историко-понятийный аспект). Москва - Воронеж, 1997.

Дополнительная литература:

1. Шанин Т. Социальная работа как культурный феномен современности, 1997.
2. Антология социальной работы в 5 томах. Т. 1. История социальной помощи в России. /Сост. М.В.Фирсов. М.: Сварог, НВФСПТ, 1995.
3. А. Швейцер. Благоговение перед жизнью. М., 1991
4. В. Франкл. Человек в поисках смысла. М., 1994
5. Э. Фромм. Искусство любить. М., 1987

1. Социальная работа как новая профессия.

В Российской Федерации система социальной работы начала формироваться с 1991 года, когда официально была введена новая профессия «специалист социальной работы».

До этого времени функции таких специалистов выполняли представители различных профессий, органов здравоохранения, образования, культуры, социального обеспечения, правоохранительных органов, как правило, слабо взаимодействовавших в достижении главной цели - социальной помощи, поддержки человека. Придание новой профессии официального статуса позволило оформить и осмыслить накопленный в России опыт за многие столетия и вместе с тем



выявляют наиболее актуальные проблемы, встающие перед практикой социальной работы, социальными работниками.

Социальная работа призвана предоставлять помощь индивидам и группам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, в решении их проблем с целью восстановления их нормального функционирования в качестве социально активных и ответственных личностей.

Под «трудной жизненной ситуацией» понимаются любые обстоятельства, объективно нарушающие нормальную жизнедеятельность личности. Наличие трудной жизненной ситуации может быть обусловлено развитием социальных и природных процессов, повлиять на которые индивид не в силах, так и обстоятельствами, влияние на которые он оказать в состоянии.

Социальная работа - это профессиональная деятельность, направленная на регулирование и развитие системы социальных отношений и общения людей, управление государственными и общественными институтами, содействующими всестороннему жизнеобеспечению и развитию всех членов общества. Социальная работа - практикоориентированный, нацеленный на конкретную социальную ситуацию институт, вид деятельности и отрасль конкретного научного знания. Человеческая активность всегда имеет не только непосредственный результат, но и последствия, сказывающиеся с течением времени, другими словами, она создает предпосылки будущего в противоречивом настоящем. Особенность социальной работы в том, что она сознательно применяет воздействия, направленные на то, чтобы улучшить жизнь человека уже сегодня, при этом сделать так, чтобы происходящие позитивные изменения обеспечивали дальнейшее повышение качества жизни.

Такое понимание обуславливает интегративный подход к предмету социальной работы в ее теоретических, исторических и технологических аспектах, возможность выделения среди ее задач как социально-конкретных, так и социально-общих:

- влияние на формирование социальной политики и ее эффективность;



- снижение социальной напряженности;
- гармонизация социальных отношений в обществе;
- рассмотрение человека и природы как единого целого;
- социальное, психологическое и физиологическое благополучие личности.

Функции социальной работы:

- нравственно-гуманистическая функция (укрепление и сохранение гуманистических идеалов, нравственных норм, ценностей, традиций);
- организационно-управленческая (воздействие на различные сферы жизни социального субъекта и актуальное взаимодействие с ним в системе социальных отношений);
- прогностическая и профилактическая (осмысление процессов социального взаимодействия и возможных путей их развития).

Возникновение социальной работы как профессиональной деятельности непосредственно связано с воплощением идеи Мэри Ричмонд (США), предложившей индивидуальный метод социальной работы, в основу которого была положена медицинская модель. Согласно предложенной ею модели социальные мероприятия подразделяются на две взаимодополняющие категории:

- Косвенный метод (возможность посредством изменения социального окружения влиять на жизненную ситуацию клиента в благоприятном для него направлении).
- Непосредственный метод (воздействие на самого клиента с помощью установленных с ним партнерских отношений и фасилитации).

Начиная с работ М. Ричмонд, в начале XX века получает распространение идеология индивидуального подхода к нуждам клиентов, которая находит применение в различных областях социальной работы: медицинской, консультировании в области трудовых отношений, по проблемам пенологии (науки о наказаниях в тюрьмах), детского попечительства.



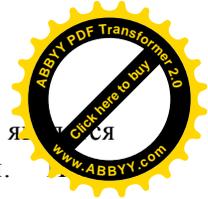
В это же время в США наряду с индивидуальным методом социальной работы получило развитие и другое движение — организация приютов для беженцев, иммигрантов, людей, работающих по контракту. В содержании деятельности ставился акцент на самопомощь и взаимную помощь. Работа, связанная с организацией приютов, стала реакцией на социальные последствия индустриальной революции, приведшей в города многих эмигрантов. Различные по своей философии, подходам и методам, два рассмотренных движения, зародившиеся в США, начали сближаться, а затем и работать вместе ради общей цели.

Основная проблема в осмыслении сущности и соответственно специфики социальной работы как особого социального института связана с тем, что для России это новый феномен. До 90-х годов XX в. в нашей стране развивалось социальное обеспечение, субъектом которого однозначно выступало государство. Общественное мнение до сих пор часто отождествляет социальную работу с деятельностью собеса. Этому способствует как молодость самого института социальной работы в России, так и несформированные ценностные социальные ориентации населения, которое свои социальные потребности или не осознает и поэтому не решает, или осознает, и старается прибегнуть к государственной помощи, используя стереотипный путь.

Социальная работа есть феномен цивилизованного общества, она призвана содействовать приспособлению индивидов не к любому социальному функционированию, а только к достойной жизнедеятельности в правовом социуме.

2. Междисциплинарный характер социальной работы.

Теория социальной работы ориентирована на поиск и систематизацию знаний об определенной действительности - специфической социальной деятельности, практической социальной работе как деятельности государственных, общественных и частных организаций, специалистов и добровольцев, направленной на решение социальных проблем индивидов, семей, групп и слоев в обществе, их защиту, поддержку и помощь.



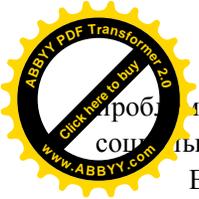
Одной из проблем теории социальной работы является определение ее места в системе научных дисциплин. общепризнанным является следующее:

- а) выявлен универсальный, междисциплинарный характер социальной работы;
- б) социальная работа определена как преимущественно общественная научная дисциплина;
- в) выявлена тесная связь социальной работы с философией и социологией, выступающими ее методологической основой;
- г) выявлено общее и особенное между социальной работой, с одной стороны, и социологией, педагогикой, антропологией, правоведением, медициной, с другой; установлена тесная связь между ними, их взаимообусловленность.

Вопрос о спецификации социальной работы весьма важен, поскольку определение явления помогает не только очертить границы, отличающие его от других, но наметить путь к поиску существенных внутренних взаимосвязей. Закономерности социальной работы как существенные, устойчивые и повторяющиеся связи проявляются при взаимодействии субъектов социальной работы и обуславливают характер и направленность ее влияния на развитие конкретных социальных явлений, процессов, отношений, связанных с решением социальных проблем клиентов (личностей, семей, групп, слоев).

Взаимосвязь социальной работы и социологии.

Социология изучает общество, включая и те социальные группы, которые чаще всего составляют клиентуру социальной работы - проблемные семьи, дети, мужчины, женщины, лица девиантного поведения, пожилого возраста и др. Познания в области социологии позволяют социальному работнику исследовать социальные проблемы, овладевать интерперсональными навыками и технологиями. Социология дает специалисту по социальной работе не только знания социальных закономерностей, но также вооружает его квалифицированным инструментарием сбора и обработки информации. Владея информацией и методами ее анализа, социальный работник намечает далее план действий для решения



мы. Знание социологии, особенно прикладной, полезно для социальной работы, но не подменяет ее.

Взаимосвязь социальной работы и психологии.

Кроме социологии социальные работники используют данные психологии. Эта дисциплина тесно связана с социальной работой. Психологи изучают личность и пытаются понять механизмы развития, определить факторы, влияющие на поведение человека и группы. Эти же феномены составляют объект исследования и социальной работы. Но уже под другим углом зрения. Например, основной навык специалиста социальной сферы - это компетентное общение, которое предполагает умение так разговаривать с человеком, имеющим ту или иную проблему, чтобы он смог раскрыться, довериться и почувствовать себя в безопасности.

Для выяснения различий между социальной работой и психологией целесообразно использовать определение первой как профессии, связанной с отношениями между людьми и их окружением. Из этого определения следует, что социальные работники должны использовать знания и социологии, и психологии, чтобы оценить проблемы клиентов и осуществить планы необходимого вмешательства.

Взаимосвязь социальной работы и экологии.

Социальная работа также взаимосвязана с социальной экологией. Она позволяет определить модели отношений между человеком и природой. Для этого необходимо знание не только уже упомянутых социологии и психологии, но и биологии. Последняя помогает понять, как функционирует человеческий организм, включая репродуктивные процессы и влияние генетики на поведение и восприятие.

Взаимосвязь социальной работы с другими науками.

Следующая область, связанная с социальной работой, - это вопросы урбанизации. Если специалист, знающий особенности функционирования города и роль городского окружения, включается в процесс разрешения проблем клиента, средоточием изменений является не индивид, а широкая система.

Многие программы обучения социальных работников требуют достаточно основательной медицинской подготовки. Например, сложившаяся на Западе профессия трудотерапевта



специалиста, работающего непосредственно с инвалидами, рассматривает получение знаний в области медицины, а также возможности психологического консультирования.

Среди смежных дисциплин, знание которых необходимо для социального работника, следует назвать и правоведение. Без знания законодательных актов, основания теоретических и практических аспектов семейного и уголовного права, пенсионного обеспечения и т.д. нельзя давать консультации клиенту, помогать ему в решении его жизненных проблем, отстаивать его интересы.

Многоплановость и многовариантность содержания деятельности специалиста по социальной работе распространяется и на область управления. Поэтому менеджмент наряду с другими учебными дисциплинами занимает одно из ведущих мест в подготовке специалистов.

3. Социальная работа: теория и практика.

Принципиально важным в социальной работе является единство теории и практики. Социальную работу следует рассматривать как самостоятельную науку, что определяет ее место в системе наук. Как любая наука, социальная работа имеет свой предмет, объект, категориальный аппарат. Как система прикладных научных знаний социальная работа направлена на преобразование социальной действительности, на исследование путей и средств эффективного воздействия на решение практических проблем. Теория социальной работы определяет содержание основных компонентов социальной работы: объекта, субъекта, содержания, функций, средств, целей и управления.

Объектом социальной работы - закономерности развития социальных процессов в обществе.

Предмет социальной работы - закономерности социальной поддержки людям, находящимся в тяжелой жизненной ситуации.

Субъект социальной работы - социальные работники, педагоги и психологи, занимающиеся этим видом деятельности профессионально или на общественных началах, а также организации, ведущие социальную работу и управляющие ею.



Основу содержания любой науки составляют базовые категории («фундаментальные» понятия, которые и определяют ее предмет), принципы и закономерности. В данном плане выделяют следующие группы научных терминов:

1) понятия, не являющиеся специфическими для теории социальной работы. Например, социальное, социализация, социальная субъектность, социальная деятельность, социальная активность, социальные отношения и др.;

2) понятия, являющиеся прежде всего категориями социальной работы, но используемые и другими науками. Например, психосоциальная работа, структурная социальная работа, социальная реабилитация, социальное благополучие и т.д.;

3) понятия, являющиеся собственно категориями социальной работы. Например, призрение нуждающихся, благотворительность, волонтерство, меценатство, социальное обеспечение, социальное страхование, социальная биография, социальный работник.

Разработка научного категориального аппарата является одной из приоритетных задач в области исследования теории социальной работы. В систему категорий социальной работы должны войти понятия, отражающие:

Во-первых, специфику организации социальной работы в разных сферах социальной практики (например, в здравоохранении, в образовании, в армии и т.п.); с разными клиентами (с инвалидами, социальная работа с семьей, с группами риска), в разных социальных ситуациях (в экстремальных ситуациях, в условиях экологического неблагополучия и т.п.).

Во-вторых, разные аспекты организации профессиональной и непрофессиональной социальной работы (экономика социальной работы, менеджмент социальной работы, психосоциальные технологии и т.п.). Несомненно, по мере развития теории социальной работы и эмпирических исследований в этой области система ее категорий будет обогащаться и расширяться.

Кроме того, социальную работу рассматривают как форму практической деятельности. В этой связи следует отметить ее различные аспекты.



1. Социальная работа - деятельность, осуществляемая профессионально подготовленными специалистами и их добровольными помощниками, направленная на оказание индивидуальной помощи человеку, семье или группе лиц, попавших в трудную для них жизненную ситуацию, через информирование, диагностику, консультирование, прямую натуральную и финансовую помощь, уход и обслуживание больных и одиноких, педагогическую и психологическую поддержку, ориентирующую нуждающихся в помощи на собственную активность по преодолению сложных ситуаций и способствующих им в этом.

2. Социальная работа - профессиональная деятельность, направленная на активизацию потенциала собственных возможностей личности при решении сложных жизненных проблем.

3. Социальная работа - профессиональная деятельность, носящая по преимуществу превентивный характер.

4. Социальная работа - профессиональная деятельность, направленная в итоге на гармонизацию социальных отношений в обществе.

Важнейшими структурными элементами логических форм научной теории и основополагающими правилами эмпирической деятельности являются принципы социальной работы. Именно через применение принципов осуществляется непосредственное соотнесение теоретических положений, воплощенных в категориях и закономерностях, с практикой социальной работы. Выделяют следующие группы принципов теории социальной работы.

- I. Общезнаменательные (методологические) - принцип отражения, развития, единства сознания и деятельности, историзма и неразрывной взаимосвязи индивида и его социальной среды.
- II. Социально-политические - единство государственного подхода в сочетании с региональными особенностями социальной работы; демократизм её содержания и методов; учёт конкретных условий жизнедеятельности личности или социальной группы при выборе содержания, форм



и методов социальной работы с ними; законность и справедливость деятельности социального работника.

III. Социально-медицинские - принцип «не навреди», совершение благо и другие правила медицинской деонтологии.

IV. Психолого-педагогические - комплексный анализ оценки условий жизнедеятельности клиентов и выбора форм и методов работы с ними; индивидуальный подход; целенаправленность и адресность социальной работы.

Практическая суть социальной работы определяет и ее содержание как науки. Способствовать тому, чтобы каждый человек жил и действовал в соответствии со своей социальной природой, - такова практическая цель социальной работы, которая определяет и ее теоретическую основу как науки о человеке, способах улучшения его социального самочувствия.

Темы рефератов:

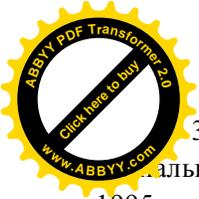
1. Институциональные формы социальной работы в современном мире.
2. Социальная работа как феномен цивилизованного общества
3. Проблемы человечества и социальная работа
4. Гуманистическая сущность социальной работы

Тема 2. Социальная работа в России: генезис и эволюция
Вопросы:

- I. Исторические корни развития социальной помощи в России.
- II. Формы помощи и поддержки в России как предпосылки возникновения социальной работы.

Основная литература:

1. Фирсов М.В. Социальная работа в России: теория, история, общественная практика. М., 1996. 748 с.
2. Кононова Т.Б. История российской благотворительности и ее связь с государственными структурами социального обеспечения. - М., 1997.



3. Антология социальной работы в 5 томах. Т.1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. М.: Сварог, НВФ, 1995.

Дополнительная литература:

1. Павлов В.С. Социальное страхование и социальное обеспечение в России (к истории вопроса). - М., 1994.

2. Холостова Е.И. Генезис социальной работы в России.

- М., 1995.

3. Мельников В.П., Холостова Е.И. История социальной работы в России. М., Издательско-книготорговый центр «Маркетинг», 2002.

4. Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. Анормальная психология. СПб.: Питер, 2004, гл. 2.

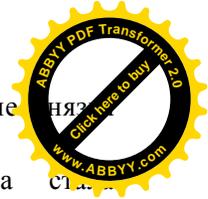
5. Евангелие от Марка. Евангелие от Иоанна.

1. Исторические корни развития социальной помощи в России.

Одной из исторических форм социальной помощи является благотворительность, которая имеет многовековые традиции.

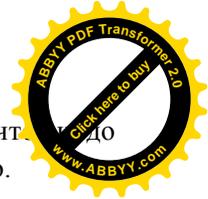
С возникновением в 9 в. Древнерусского государства и утверждением в нем христианства в качестве государственной религии (988) благотворительность получила мощный импульс. Оказание помощи больным, нищим и другим нуждавшимся стало одной из форм реализации христианской заповеди любви к ближнему. Среди основных направлений социальной помощи в Киевской Руси значительное место принадлежало княжеской благотворительности. Среди князей, оставивших о себе добрую память благотворительными делами, древние письменные источники называют Владимира Святославича (980—1015), Ярослава Мудрого (1019—1054), Владимира Мономаха (1113— 1125), Мстислава Владимировича (1125—1132), Андрея Боголюбского (1157—1174), Всеволода Юрьевича (1176—1212) и др.

Другое направление социальной поддержки нуждавшихся - церковно-монастырская благотворительность. Православная церковь занимала ведущую роль в этой деятельности. В



в соответствии с религиозными нравственными нормами русские бояре считали главным попечителем страждущих духовенство.

С образованием единого Российского государства усилилась его роль в организации призрения. Об участии государства в деле попечения свидетельствовал ряд установлений, принятых в годы правления Ивана III (1462-1505) и Василия III. При Иване IV Грозном (1533—154) проблема призрения была предметом обсуждения Стоглавого собора 1551 г. Реализация идеи общественного призрения как отрасли государственного управления заметно продвинулась в годы правления Петра I (1682—1725). Петр I за время своего правления проводил достаточно «строгую политику». Он поставил своей задачей создание законодательной базы государственного призрения. В 1701 году вышел Указ о назначении кормовых денег для части нищих, больных и престарелых, а также устройство всех остальных в патриарших богадельнях: учет всех лиц находящихся в богадельни, прекращение призрения лиц владеющих ремеслом, способных работать. В 1714 году вышел Указ об устройстве при церквях госпиталей для незаконнорожденных детей. К 1718 г. в Москве действовало более 80 богаделен различного профиля. Петр I за время правления привнес целый ряд законов, которые предусматривали призрение отставных военнослужащих, престарелых, раненых, увечных офицеров и солдат. Уделял внимание семьям тех, кто погиб на благо государству (вдовы, сироты). Направление отставных военнослужащих в монастыри, выплата им жалованья из монастырских доходов. Открылись первые сухопутные и морские госпитали. Особое значение имеет деятельность Петра I по регламентации работы с различными категориями нуждающихся. В 1721 г. появился Регламент Духовной Коллегии по борьбе с нищенством и определении действительно нуждающихся. Симулянтов ловили и отправляли по месту жительства, а повторно пойманных били кнутом и ссылали в Сибирь. С 1712 г. без разбора били прилюдно, клеймили и ссылали на каторгу. С 1718 г. карали и дающих милостыню - 5 руб., 2-ой раз - 10 руб. Петр I не запрещал подавать милостыню, но лучше в приюты и богадельни. Народу это не нравилось, так как в нравственном



сознании на Руси исторически сложилось представление, что необходимо накормить голодных, напоить жаждущих, пожалеть страдающего.

Помимо создания государственных структур помощи и контроля, предпринимались попытки организации новых источников финансирования общественного призрения, а именно:

- увеличение сбора вечных денег;
- контроль за продажей восковых свечей;
- «установление вычетов» из жалованья на госпитали;
 - обучение монахинь ремеслам, и обращение средств с них на общественные, а не личные нужды;
- сбор подаяния при церквях на госпитали;
- сбор штрафных денег с раскольников.

2. Формы помощи и поддержки в России как предпосылки возникновения социальной работы.

Основные направления общественного сознания, фиксирующего помощь и поддержку ближнему в России со стороны государства и со стороны церкви, оформились в 14-15 вв. На рубеже 19-20 вв. они сложились в единый комплекс о частном общественном призрении. В этот период можно наблюдать следующие главные направления общественной мысли о сущности общественной помощи:

- 1) теологические;
- 2) правовое исследование зарубежного опыта.

Каждое из них имело свою научную традицию, свой подход в понимании сущности частного и общественного призрения, и в то же время являлось логическим продолжением развития общественной мысли.

Сегодня формирование стиля и структуры отечественной социальной работы происходит с учетом российского исторического опыта помощи и защиты, а также опыта американской научной школы социальной работы и опыта стран Западной Европы. Анализируя специфику современной отечественной парадигмы социальной помощи, М.В. Фирсов сопоставляет отечественный и западноевропейский опыт. Он отмечает, что в западной модели



Идеи альтруизма находят свое развитие в логике индивидуализма, где чувства, мысли и желания отдельного человека имеют высшую самооценку. Отсюда специфика помощи, когда клиент выступает индивид и отдельная группа, сообщество и община, которые рассматриваются в логике субъектности. Объединенный с альтруизмом индивидуализм стал основой западной социальной работы.

В основе философии помощи отечественной модели лежат идеи соборности как глубочайшего основания всей действительности, интимнейшей потребности каждой отдельной личности; этой идее зачастую в жертву приносится отдельный человек. Альтруизм восходит к общности, коллективизму, к этической, нравственной идее народности как идее истинности и справедливости. Не случайно наибольшее развитие получают общественные, общинные формы помощи не только в дореволюционной, но и постреволюционной России. Индивидуальность проявляется через массовость, а коллективность становится базовым принципом помощи. В этом состоят специфические социогенетические корни отечественной модели помощи и милосердия.

В основе философской доктрины помощи и в отечественной, и в западной модели лежали принципы и идеи христианства.

В западной модели процесс помощи определялся как «преображение», которое предполагало внутреннее изменение, обновление духа, что вело к воскрешению и возрождению и превращало нарушителя в достойного члена общины. В этом виделся индивидуальный путь спасения отдельного человека. Общественные отношения и идеалы выступали в качестве нормы, поэтому помощь включала стремление к формированию социально необходимого поведения, которое воспитывалось в христианском духе. В западной модели помощи участие в судьбе человека принимали различные конфессии. Антагонизм множественных религиозных конфессий привнес в модель помощи эгалитарные тенденции личностной свободы.

Философия помощи отечественной модели раскрывается в логике идей православия, «единолично» формировавшего национальное сознание и менталитет, национальный духовный



Философия «призрения» многие столетия являлась определяющей в отечественной модели помощи. Призреть - значит приобщиться к нуждам ближнего своего. Критерием нормы является сама реальность, а идея реальности, которая подвижна и постоянно изменяется в духовной культуре русского сознания.

Отечественная модель помощи развивалась в течение нескольких столетий в тесном и неоднозначном контакте с западной моделью, которая выступала своеобразной «абсолютной идеей», видение и «осознание» которой позволяли намечать свои перспективы роста и развития. Эти тенденции присутствуют и в современной отечественной модели помощи.

Темы рефератов:

1. Народное отношение к маргиналам в российской истории.
2. Роль церквей и монастырей в организации институтов поддержки нуждающихся.
3. Петр I и государственные мероприятия по организации системы защиты и поддержки нуждающихся.
4. Исторические взгляды на аномальное поведение.

Тема 3. Становление и развитие социальной работы в России в 90-х годах XX века

Вопросы:

- I. Актуальные проблемы социальной работы на современном этапе развития российского общества.
- II. Нормативно-правовое оформление системы социальной защиты населения РФ.

Основная литература:

1. Жуков В.И. Россия: состояние, перспективы, противоречия развития. - М., 1995.
2. Жуков В.И. Потенциал человека: индекс социального развития россиян. - М., 1995.

Дополнительная литература:



1. Кульпин Э.С. Первый социально -экологический кризис - Генезис кризисов природы и общества России. - М., 1994.
2. Бреева Е.Б. Программа социальной работы безработными и их семьями. - М., 1994.

1. Актуальные проблемы социальной работы на современном этапе развития российского общества.

В первой половине XX столетия теория социальной работы развивалась в отдельных странах и лишь во второй половине прошедшего века - в большинстве стран. На современном этапе при характеристике социальной работы в нее включают три неразрывно связанные между собой компонента: науку, учебный процесс и практическую деятельность по оказанию социальной помощи, поддержки, защиты людей.

Социальная работа - это научная, учебная и практическая деятельность, направленная на выработку и теоретическую систематизацию знаний и умений, их передачу и усвоение с целью решения проблем удовлетворения социальногарантированных и личностных потребностей и интересов различных, прежде всего социально уязвимых, групп населения, создания условий, благоприятствующих восстановлению или улучшению способностей групп (и слоев) или отдельных личностей к социальному функционированию. (Е.И. Холостова)

В качестве научной дисциплины в образовательном процессе социальная характеризуется наличием соответствующих кафедр и организаций, научных журналов и учебных пособий. Достаточно сказать, что в России ныне функционирует более 130 вузов, ведущих подготовку социальных работников. В их числе вузы, имеющие не только кафедры общего характера, но и специализированные кафедры по различным направлениям социальной работы.

Исходя из того, что социальная работа является универсальным видом деятельности, а как наука органично связана с целым комплексом других наук, выделяют несколько групп основных принципов теории социальной работы, которые уже рассмотрены в первой теме. Здесь же следует выделить



В начале, специфичные для социальной работы - гуманность, справедливость, альтруизм, социальная обусловленность, социальная ответственность, гармонизация общественных, групповых и личных интересов, самообеспечение и др.

Не только теоретическое, но и сугубо практическое значение имеет выяснение общего и особенного в содержании социальной работе, социального обслуживания и сервиса, в основе которых лежит родовое понятие «услуги».

Особо выделяются группы людей, оказавшихся в сложной жизненной ситуации. Их можно классифицировать по ряду оснований:

- состояние здоровья;
- служба и труд в экстремальных социальных условиях;
- пожилой возраст;

девиантное поведение в его различных формах и видах; трудное, неблагополучное положение различных категорий семей;

особое положение детей (сиротство, бродяжничество, бездомность и т.д.);

предродовое и послеродовое состояние; правовое (и в связи с этим социальное) положение лиц, подвергшихся политическим репрессиям и впоследствии реабилитированных.

В качестве объектов социальной работы можно также рассматривать сферы жизнедеятельности. Среди них важнейшими являются:

сфера производства, производственной и социальной инфраструктуры;

городские и сельские, а также промежуточные формы расселения;

сфера здравоохранения; сфера

образования; сфера культуры;

досуговая сфера; силовые

структуры общества;

пенитенциарная система;

социально-этническая среда;



сфера бытового обслуживания.

В каждой из этих сфер с учетом их специфики решаются вопросы по созданию нормальных условий труда и отдыха, оказания помощи, поддержки, социальной защиты работающих в этих сферах людей, а также всех групп и слоев населения, связанных прямо или косвенно с этими сферами.

С учетом связи компонентов социальной работы (науки, учебной и практической деятельности) определяются субъекты социальной работы:

1. Организации, учреждения, социальные институты: государство со своими структурами, различные социальные службы; администрации государственных предприятий, организаций, учреждений, вузов и т.д. и их подразделения.

2. Общественные, благотворительные и другие организации и учреждения.

3. Люди, занимающиеся практической социальной работой профессионально или на общественных началах.

4. Преподаватели социальных учебных заведений и их подразделений.

5. Научные работники (исследователи).

Разделение на объекты и субъекты социальной работы нужно рассматривать диалектически, поскольку в различных условиях они могут выступать в той или иной роли.

Основная проблема состоит в том, что в России сегодня нет эффективной реальной модели социальной защиты. Основная задача ученых - не в том, чтобы предлагать те или иные конструкции, а в том, чтобы найти их в постоянно изменяющейся исторической системе. Социальные работники ратуют, безусловно, за приоритет личности, за реализацию индивидуального потенциала, но при наличии необходимых условий для всех. В некоторой степени противоречие между потребностью в поддержке и отсутствием средств ее осуществления снимается быстро растущими группами взаимопомощи и иными общественными организациями, но в настоящее время они еще малоэффективны.



Почему же институализация социальной работы в настоящее время становится так необходимой именно на рубеже веков? По мнению некоторых авторов институт социальной работы призван снизить социальную напряженность в обществе. Действительно, с этим можно согласиться, но вряд именно данная функция является основной и системообразующей для столь сложной сферы человеческой деятельности как социальная работа. Думается, что основная причина заключается как в особенностях эпохи, так и в происшедших изменениях в положении личности в обществе, в возросшем осознании ценности личности, жизни и качества жизни.

В отличие от прошлого, в котором периоды социальных потрясений сменялись периодами относительно устойчивого существования, в современную весьма динамичную эпоху изменения, происходящие в социальной структуре, становятся перманентными и охватывают все ее уровни, элементы и связи. Трансформации общественной жизни требуют от каждого человека повышенной активности, которая в свою очередь продуцирует новые социальные изменения. В результате в обществе возникает противоречие между принятыми статусно-ролевыми образцами поведения и потребностью в институализации возникающих новых видов социального взаимодействия. Все это говорит о наличии кризиса, означающего, что общество оказалось в точке перелома и перед ним встает необходимость выбора дальнейшего пути, на котором возможно не просто выживание индивида, но и его личностный рост. Известный гуманист К. Роджерс писал, что наше будущее зависит от тех, кто пытается понять взаимодействия между людьми, от тех, кто создает помогающие отношения. Особенно в этом нуждается все расширяющаяся группа людей, имеющих различные физические и ментальные ограничения, которым традиционные социальные институты приписывают роль пассивных потребителей общественной заботы и попечения. Подобное отношение сегодня становится явно недостаточным, и даже деструктивным, так как приводит к маргинализации достаточно большого слоя людей. Кроме того, это затрагивает и тех, кто в своей жизни в той или иной степени подвержен риску, а в современных условиях это подавляющее большинство.



2. Нормативно-правовое оформление системы социальной защиты населения РФ.

Уровень и степень развитости социальной работы в обществе наиболее ярко видны при рассмотрении положения многочисленной и тем не менее особой группы людей - инвалидов. При взаимодействии с ними тесно соприкасаются медики и социальные работники. Поэтому оформление системы социальной защиты правомерно рассмотреть на примере работы с инвалидами, поскольку в ней высвечиваются основные тенденции, присущие социальной работе в целом.

Столетиями для большинства людей инвалидность отождествлялась с состоянием постоянной болезни, невозможностью участвовать в жизни общества и навсегда быть зависимыми от семьи, обслуживания и доброй воли общества. В массовом сознании до сих пор акцент делается на зависимость, на «неполноценность», а сам подход основан на стереотипах, по которым инвалидность вызывает страх, жалость, необходимость и обязанность опекать. Чаще всего люди концентрируют свое внимание на самом физическом или ментальном нарушении и воспринимают инвалидность как медицинскую проблему, проблему здоровья отдельного индивида.

Инвалиды во всем мире относятся к группе особого риска, которая особенно остро ощущает проявления неравенства в экономическом, социальном, моральном и прочих аспектах. В этом смысле инвалидность - проблема неравных прав и возможностей, т.е. проблема социальная. Антиномия «здоровый - инвалид» не тождественна антиномии «здоровый - больной». Инвалиды относятся к группе лиц (не обязательно больных), имеющих проблемы, связанные со здоровьем и находящиеся в обременительной для них ситуации. Организационное и культурное упорядочивание социальной интеграции возможно только под влиянием изменяющихся субъективных факторов (ценностей, установок, интересов), которые в то же время должны привести к распаду устоявшихся культурных образцов и стилей жизни.

Закрепленные законодательством РФ права инвалидов в значительной части носят декларативный характер, из-за



отсутствия реальных механизмов их осуществления на практике. Одной из причин этого является неготовность общественного сознания к смене традиционной медицинской парадигмы инвалидности и признанию инвалидами возможности активного участия во всех сферах жизни общества.

На фоне сформированного медицинского понимания проблем инвалидности сама формулировка «Интеграция инвалида в общество» носит по своей сути противоречивый характер, так как параметры, по которым определяются два участника интеграционного процесса, а именно, общество и «инвалид», лежат в различных плоскостных измерениях. Говоря об интеграции, мы оцениваем общество по совокупности параметров среди которых медицинский критерий стоит не на определяющем месте. Инвалид же оценивается, в первую очередь, с точки зрения «нормальности» в медицинском плане, что всегда будет иметь результатом его обособление от «нормального», «здорового» общества, так как больной человек есть пассивный пациент, нуждающийся в лечении, патронаже, специализированном обслуживании. Это, в конечном счете, всегда будет приводить к провалу программ интеграции, поскольку в рамках патерналистской парадигмы сама проблема интеграции искажается, вновь воспроизводя субъект - объектный подход: больного человека надо лечить и реабилитировать, больного человека нельзя интегрировать, ибо он всегда будет оставаться неконкурентоспособным по сравнению со «здоровыми» членами общества. Патерналистский подход обуславливает направление реабилитационных мероприятий, более связанных с восстановлением утраченных функций, а в случае невозможного излечения - с заботой и специализированным уходом.

Современная концептуальная позиция представлена в Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (International Classifications of Impairment, Disability and Handicaps - ICIDH). Ее суть заключается в том, чтобы вывести определение инвалидности за пределы простого медицинского диагноза болезни или травмы, а охватить отдаленные последствия в физиологическом (нарушения), поведенческом (ограничения жизнедеятельности) и социальноэкономическом (социальная недостаточность) аспектах.



Нарушение - это потеря или недостаточность физиологической или анатомической структуры или функции организма. Понятие «нарушение» не указывает на этиологию и патогенез процесса. Данный термин не обозначает присутствия заболевания и не означает, что индивида с нарушением следует рассматривать как больного человека.

Деятельность или поведение человека могут измениться в результате имеющихся нарушений. Возникает дефицит физических и социальных действий, т.е. *ограничения жизнедеятельности* (Disabilities). Ограничение жизнедеятельности соотносится со способностями осуществлять сложные действия и формы поведения, которые являются необходимым компонентом повседневной жизни.

Под *социальной недостаточностью* (Handicaps) понимается состояние индивида, обусловленное нарушением или ограничением жизнедеятельности, при котором человек может выполнять частично или не может совсем выполнять обычные для его положения функции и роли. Социальная недостаточность отражает культурные, средовые, экономические и социальные последствия для индивида, которые вытекают из наличия нарушения или ограничения жизнедеятельности и проявляются при взаимоотношении инвалидов и их окружения. Уровень социальной недостаточности характеризуется размерами несоответствия между деятельностью, выполняемой индивидом и деятельностью, ожидаемой от него определенной группой людей, к которой он принадлежит. Таким образом, социальная недостаточность - феномен не медицинский, а социальный, представляющий собой общественные и бытовые последствия для индивида, вытекающие из наличия нарушения и ограничений жизнедеятельности. Классификация социальной недостаточности - это, скорее, классификация обстоятельств, в которых часто оказываются лица с ограниченной жизнедеятельностью, обстоятельств, которые ставят таких индивидов в невыгодное, с точки зрения общественных норм, положение по сравнению с другими людьми.

Международная номенклатура ICDH была частично взята российскими законодателями за основу при разработке ряда нормативных документов РФ, определяющих классификацию и



критерии при осуществлении медико-социальной экспертизы инвалидов. При этом в отличие от международной классификации упор делается на ограничения способностей индивидов, подвергаемых экспертизе, а не на социальную недостаточность. Подобный словесный нюанс имеет существенное значение, поскольку фиксация на способностях сводит проблемы человека лишь к медицинской компетенции, в то время как жизнедеятельность выходит за ее пределы.

Россия сегодня на пути реформирования системы здравоохранения и социального развития. Как и многие страны, она стремится, используя международный и отечественный опыт, к профессиональному становлению и развитию медико-социальных служб нового типа, способных возрождать у людей человеческое достоинство, способность к активному социальному функционированию, выживанию и развитию в самых сложных социально-экономических условиях.

В условиях поиска путей для социально приемлемого и реально возможного сочетания активного социального участия инвалидов и заботы о них со стороны государственных и общественных институтов, важным представляется реализация взаимодействий, направленных на расширение статусных границ и превращение инвалида из объекта вмешательства в субъект деятельности. Отсюда необходимость совершенствования системы медико-социальной поддержки и развития новых форм и институтов, способных обеспечивать эффективную вторичную социализацию, повышая таким образом социальное здоровье людей с ограничениями жизнедеятельности.

Темы рефератов:

1. Современный институт семьи и брака: проблемы и перспективы.
2. Экологические проблемы в России и их влияние на репродуктивное здоровье.
3. Влияние социально-экономических проблем на психологическое здоровье россиян.



Тема 4. Современные проблемы подготовки социальных работников в системе здравоохранения России.

Вопросы:

- I. Основные модели взаимоотношений между действующими лицами в медицине и социальной работе.
- II. Главные принципы социальной работы.
- III. Профессиональные школы подготовки и переподготовки социальных работников: высшее и среднее звено. Ассоциация социальных работников России.

1. Основные модели взаимоотношений между действующими лицами в медицине и социальной работе

Как в медицине, так и в социальной работе люди - участники деятельности - занимают разные позиции, одну из которых занимает профессионал, другую - непрофессионал. Происходит расстановка действующих лиц по разные стороны единого и общего дела. Но от того, как они связаны между собой, зависит не только его эффективность, но и отдаленные результаты. Поэтому полезно сопоставить две пары взаимодействующих субъектов: врач - больной (в медицине) и социальный работник - клиент (в социальной работе). Поскольку модели взаимоотношений в медицине уже приобрели достаточно четкие очертания и довольно подробно изучены, следует остановиться на них, чтобы затем экстраполировать основные закономерности на взаимоотношения социального работника и клиента.

В социально-медицинских исследованиях последних лет настоятельно проводится мысль о необходимости перехода от патерналистской модели взаимоотношений врача и пациента к коллегиальной, партнерской, как более продуктивной модели сотрудничества. Если исходить из того, что данная идея не является веянием научной моды, а отражает насущные потребности общественного развития и его реальные процессы, то следует остановиться на возникающих в связи с этим вопросах.

Почему веками просуществовавшая патерналистская модель перестает быть оптимальной формой взаимодействия в диаде «врач - пациент», и каков механизм ее самовоспроизведения? Готово ли



общество к принятию новой модели сотрудничества и существование основы для того, чтобы она превратилась в самоподдерживающуюся систему?

Ссылки на повышенную информированность пациентов, возросший уровень образованности в обществе, в том числе и в области медицинского знания, как на основную причину устарелости патерналистской модели, мало что объясняют, поскольку а) рост знаний касается не только пациентов, но и врачей, б) медицинское знание врача и пациента по-прежнему несопоставимо и качественно и количественно.

Фундаментальным, ключевым моментом, определяющим стержень взаимодействия между врачом и пациентом, является то отношение к сущности и природе человека, которое сложилось в социокультурной среде. Патерналистская модель возникает как отражение в миниатюре тех общественных отношений, где наличествует жесткая социальная иерархия с затрудненной социальной мобильностью и, соответственно, строгое закрепление социальных ролей. В этой модели участники взаимодействия не просто делятся на ведущего и ведомого, что, кстати, представляет собой нормальный и необходимый момент в совместной человеческой деятельности. Посредством социальных ожиданий они вводятся в соответствующую каждому участнику схему ролевого поведения. Предписанность ожидаемых действий можно увидеть, обратившись к термину, обозначающему больного, обратившегося к врачу - «пациент». Это слово используется практически во всех европейских языках и означает не только страдающего человека, но и *терпеливого*.

Данное значение несет в себе колоссальную смысловую нагрузку: позиция пациента предписывает человеку быть терпеливым и, следовательно, послушным. Соответственно, врач включается в такую схему как повелевающий и управляющий участник. Можно ли назвать подобный тип взаимодействия субъект-объектным? И да и нет.

На первый взгляд здесь врач выступает субъектом, а пациент оказывается объектом. Однако если врач относится к пациенту как к объекту, то и пациент подобным образом относится к врачу, превращая специалиста в средство удовлетворения его



собственных потребностей. Поэтому субъект-объектное отношение неумолимо ведет к тому, что оно перерастает в объект-объектное.

С другой стороны, в патерналистской модели оба члена диады являются сознательно действующими участниками и, следовательно, субъектами. Тем не менее это субъектность разных порядков. Момент субъектности пациента издавна подчеркивали выдающиеся врачи, говоря о скрытом присутствии в диаде третьего участника - болезни, против которой и должен быть заключен союз врача и пациента. Но и в этом случае субъектность пациента сводится к активному послушанию, основанному на его доверии к врачу. Казалось бы, что такой тип взаимодействия оптимально продуктивен. И все-таки он не является эффективным и, прежде всего потому, что он провоцирует снижение ответственности действующих лиц - и врача и пациента. И тогда ответственность за неудачу в лечении каждый приписывает другому.

Известное медикам выражение Амбруаза Паре «Я лечу, а исцеляет Бог» можно интерпретировать с современных позиций так: лечить, т. е. проводить различные манипуляции с вещами (инструменты, лекарства) и символами (слово) по определенному плану, схеме, образу и нести полную ответственность за эту деятельность; наблюдать и принимать исцеление, приходящее к пациенту, и иметь мужество не присваивать это себе, не оценивать это как собственный дар клиенту. Мудрость врача, таким образом, и будет заключаться в том, чтобы точно определять границы собственной компетенции, точно знать, за что он несет ответственность, а за что - нет, что он действительно контролирует, а что находится вне его контроля, выше его возможностей. По аналогии со сказанным выстраивается и модель взаимоотношений социального работника с клиентом.

2. Главные принципы социальной работы.

Каковы же основные принципы социальной работы? Учитывая дискуссионность проблемы, хотелось бы отметить точку зрения, которую излагают Е.И. Холостова и Т.В. Шеляг, выделяя следующие принципы: универсальности; охраны социальных прав; клиентоцентризма; опоры на собственные силы; максимизации социальных ресурсов; конфиденциальности; толерантности.



Принцип универсальности означает исключение дискриминации при оказании социальной помощи по любым признакам: биологического, политического, религиозного, национального, расового, возрастного и т.п. характера. Содействие должно оказываться каждому клиенту по единственной причине - его потребности в помощи.

- *Принцип охраны социальных прав* - оказание помощи клиенту не может быть обусловлено требованием к нему отказаться от своих социальных прав или от части их.

- *Принцип клиентоцентризма* - признание приоритета прав клиента во всех случаях, кроме тех, где это противоречит правам и интересам других людей.

Традиции иногда заставляют выдвигать на первый план интересы государства и общества. Например, при анализе социальной дезинтеграции семьи принято говорить, что снижение рождаемости отрицательно скажется на трудовых ресурсах, которыми общество будет располагать в следующих поколениях и т.п. Следует помнить, что эти, безусловно, важные приоритеты не могут стоять на первом плане для социального работника: важнейшая цель его деятельности - обеспечение способности клиента к социальному функционированию, создание благоприятных условий для его социального самочувствия и развития его личности. Потребности государства и общества удовлетворяются в результате его деятельности лишь опосредованно.

В рамках этого же принципа можно рассматривать *суверенность и автономию клиента*, который вправе принимать или не принимать помощь социальных работников, вправе выбирать тот или иной вид помощи или сценарий разрешения своих жизненных проблем, должен получать полную информацию относительно работы с ним, а также имеет право оградить свою личную жизнь от постороннего вмешательства в той мере, в какой оно не наносит ущерба правам и интересам других лиц.

- *Принцип опоры на собственные силы* определяет субъектную роль клиента, его активную позицию в разрешении своих проблем. Никто, кроме самого человека, не может



разрешить его жизненные затруднения, устранить конфликтную ситуацию, наладить отношения с близкими людьми. Социальный работник должен консультировать клиента в выборе стратегий выхода из кризиса, оказывать ему психологическую помощь, побуждать к самопомощи, содействовать объединению людей со сходными проблемами для совместного преодоления трудностей.

- *Принцип максимизации социальных ресурсов* базируется на том, что каждая социальная система выделяет минимум средств на оказание социальной помощи своему населению. Однако, реальная величина этих средств зависит прежде всего от социальноэкономических возможностей государства и от представлений общества о том, что входит в необходимый социальный минимум для индивида

Социальные работники должны прилагать усилия для привлечения дополнительных возможностей оказания помощи клиенту помимо гарантированного минимума, обращаясь к деятельности неправительственных, добровольческих, благотворительных учреждений, организуя самопомощь и взаимопомощь клиентов, используя иные не запрещенные законом способы.

- *Принцип конфиденциальности* - информация о клиенте не должна разглашаться, кроме случаев, предусмотренных законом и связанных с нанесением кому-то вреда. Это правило связано с тем, что в процессе деятельности социальному работнику оказывается доступной информация, которая, будучи разглашена, может принести вред клиенту или его близким, дискредитировать и опорочить их. Это сведения о болезнях, негативных привычках, психических заболеваниях, семейных конфликтах, криминальном прошлом или настоящем. Такая информация может использоваться только в профессиональных целях.

- *Принцип толерантности* - признание закономерности разнообразия клиентов и терпимость к проявлениям этого разнообразия.

Политические, религиозные и национальные особенности индивидов, нуждающихся в помощи, их поведенческие



стеротипы и сама их внешность могут оказаться непривычными для социальных работников, занимающихся социальной работой: Определенные элементы ксенофобии, т.е. неприязни и страха перед проявлениями чуждых традиций, распространены в нашем обществе. Социальные работники не свободны от иллюзии считать свою точку зрения, свой стереотип поведения, свои представления о хорошем и плохом единственно верными и нормативными. Между тем, разнообразие человеческих типов, национально-культурных традиций, обычаев поведения является залогом жизнеспособности развития всего человечества. Социальный работник не может сортировать клиентов на «хороших» и «плохих», «удобных» и «неудобных» - каждый, кто нуждается в помощи, должен получить ее.

Уважительное отношение к старости является одной из древнейших нравственных норм, однако реализация этого важнейшего этического предписания различается в зависимости от типа и уровня развития общества. Но самое важное заключается в том, как сами люди готовы помогать пожилым, нуждающимся в помощи. Ведь позитивное отношение общества к тем, кто отличается от других по физиологическим, соматическим, ментальным параметрам имеет большое положительное значение для самого общества, развивая и укрепляя в нем гуманистические, жизнеутверждающие начала.

Исходя из деятельностной сущности человека, подчеркивая, что активность - это жизнь, специалисту по социальной работе совместно с врачом необходимо подбирать для пациентов те формы занятости, которые для них наиболее оптимальны с учетом нозологических особенностей. При этом следует учитывать те виды занятий, которые противопоказаны им при наличии того или иного заболевания. Речь идет именно о повседневной деятельности пожилых в сферах самообслуживания, продуктивности (работа, дающая результат, значимый для других) и досуга (занятия, доставляющие удовольствие), причем эта деятельность направлена как на расширение каждой из сфер, так и на проникновение к глубинным потенциальным возможностям человека и их пробуждение и реализацию.



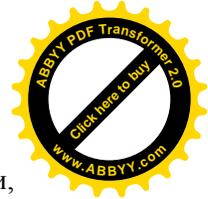
3. Профессиональные школы подготовки и переподготовки социальных работников: высшее и среднее звено. Ассоциация социальных работников России.

В настоящее время осуществляется активная подготовка специалистов по социальной работе. Расширение сети вузовской подготовки сопровождается качественными изменениями ее внутренней структуры: оформляются ориентированные на социальную работу учебные, научно-исследовательские, методические подразделения, центры, лаборатории.

Среди организаций следует назвать Общественную Академию проблем социальной работы, Международную Ассоциацию работников социальных служб, Ассоциацию социальных работников, Московский Дом Милосердия, Благотворительный фонд «Сопричастность», Консорциум «Социальное здоровье России»,

Общественный благотворительный фонд «Молодежь России», Фонд социального страхования РФ, Исследовательский Центр проблем качества подготовки специалистов.

Стали достижением общественности многие научные и научно-популярные периодические издания в области социальной работы: «Российский (ныне - Отечественный) журнал социальной работы», «Вестник благотворительности», «Вестник психосоциальной и коррекционно -реабилитационной работы», «Вестник социальной работы» (ныне издается под названием «Социальная работа: теория, технология, образование»), «Деньги и благотворительность», «Молодежная политика», «Молодежь России», «Охрана труда и социальное страхование», «Работник социальной службы», «Русский инвалид», «Социальная защита», «Социальная работа», «Социальное обеспечение», «Семья в России», «Теоретические и прикладные проблемы сервиса» и др. К этому нужно добавить те издания по философии, социологии, педагогике, психологии, медицине и другим научным и учебным дисциплинам, которые имеют отношение к социальной работе.



Литература:

- основная

1. Жуков В.И. Российское образование: истоки, традиции, проблемы. - М, 2001.- 848 с.
2. Топчий Л.В. Кадровое обеспечение социальных служб: состояние, перспективы, развитие. - М., 1997.
3. Темникова ДА. Базовая подготовка специалистов социальной сферы. - М., 1994.

-дополнительная

Шанин Т. Социальная работа как культурный феномен современности, 1997.

Тема 5. Социальная работа и социальная политика в современном российском обществе Вопросы:

I. Социальная политика и политическая культура.

II. Социальная работа как неотъемлемая часть социальной политики РФ.

III. Основные функции социальной политики

Литература:

- основная

1. Конституция РФ. - М, 2000.
2. Социальная политика: Учебник /Под общ. ред. Волгина Н.А.: М.: Изд-во РАГС, 2003. - 548 с.
3. Основные направления социальной политики российского государства на 2000-2004 гг. и в перспективе до 2015 г. - М., 1999.
4. Социальная политика: парадигмы и приоритеты /Под общ. ред. В.И.Жукова. - М.: Изд-во МГСУ «Союз», 2000. - 312.

- дополнительная:

Энциклопедия социальной работы. В 3 т. Пер. с англ. М., 1993, - Т.1 -480 с., Т.2-454 с., Т.3-498.

1. Социальная политика и политическая культура.

Г осударственная социальная политика - действия государства в социально-трудовой сфере, преследующие цели,



соответствующие с конкретно-историческими обстоятельствами, формируемые необходимыми организационными и пропагандистскими средствами, финансовыми ресурсами и рассчитанные на определенные этапные социальные результаты.

Субъекты социальной политики - это реально самостоятельные и фактически действующие социальные группы и представляющие их органы, организации, институты, структуры. Кроме самих социальных групп, к субъектам политики относятся и представляющие их интересы организационные структуры.

Негосударственные субъекты - институты социальной политики - один из типов организационных структур демократического (гражданского) или переходного к нему общества. Это организации, органы, движения, которые являются реально значимыми социальными силами, представляющими интересы социальных групп и социальных общностей, занимающих подчиненное положение в обществе; которые действуют самостоятельно, т.е. независимо от структур, представляющих интересы социальных групп, занимающих в обществе господствующее положение, также независимо от государственных органов власти и управления; которые сохраняют свою самостоятельность и в тех случаях, когда они участвуют (в лице своих представителей) в государственных и негосударственных властно-управленческих структурах.

Объективной общественной потребностью, в ответ на которую складывается социальная политика, является социальное воспроизводство - процесс эволюции системы социальных отношений в форме их циклического воспроизведения. Этот процесс воплощает тенденции изменения социальной системы, присущие конкретному этапу общественного развития: воссоздание существующих элементов социальной структуры и отношений между ними (простое социальное воспроизводство), а также возникновение новых элементов и отношений (расширенное социальное воспроизводство).

Реальные социальные (социально-политические, политические) силы - конкретно-исторические формы самоорганизации социальных групп, социальных общностей (организации, органы, движения), которые выражают и отстаивают



Интересы этих групп и общностей, опираются на них как на социальную базу. Адекватное и весомое в обществе представление интересов социальной группы придает организационной структуре силу, делает ее реальным субъектом социальной политики.

Термин «политическая культура» - абстракция, отражающая не столько реалии политики и культуры, сколько потребности государственно-политической системы в устойчивости существования и прогнозируемости развития. Осмысление же потребностей осуществляется различными социальными субъектами, поэтому понятие политической культуры имеет различный смысл в зависимости от того, *кто* его разрабатывает, *как* и *с какой целью*. Инвариантным моментом является признание того, что политическая культура - относительно самостоятельная сфера культуры в целом. Ее понимание политологи чаще всего связывают с совокупностью способов и средств воздействия людей на политические процессы, сознательных установок политического поведения. Политическая культура включает в себя не только результаты и идеалы, к которым люди стремятся в процессе социально-практической жизнедеятельности, но и средства, используемые для их достижения. Политической культуре свойственны специфические ценности и нормы, такие как права человека, свобода, демократия, социальная справедливость и т.п.

Если политика - это конкретная, реально осуществляемая в сфере политических отношений деятельность, то политическая культура - качественная характеристика этой деятельности, степень компетентности и сознательности совершаемых действий, уровень возникающих политических отношений. В политической культуре можно выделить следующие основные элементы: А) гносеологический - политическое сознание, включающее знание, содержащее научный подход к оценке явлений жизни. Б) Аксиологический - ценностно-ориентированный подход к социальным событиям и феноменам. В) Акционистский - собственно политическая деятельность.

Центральное место в политической культуре занимают знания, обуславливающие ценностное, избирательное отношение к социально-политической действительности, происходящим в ней



процессам и непосредственно к самой политической информации, к отбору и восприятию. Развитость информационно-ценностных отношений во многом предопределяет степень политической компетентности и зрелости. Сформировавшиеся убежденческие установки и политические ценностные ориентации оказывают непосредственное влияние как на восприятие политической информации, интерес к ней, так и на конкретное поведение в сфере политики, его мотивы, направленность, функциональные зависимости. Иначе говоря, политическая культура - это процесс накопления (приобретения) политических знаний, превращения знаний в убеждения и установки и далее реализация их в конкретной политической деятельности.

Политическая культура и отдельной личности, и всего общества складывается под влиянием многочисленных факторов, носящих как целенаправленный, так и стихийный характер. К целенаправленным воздействиям относится формирование у населения такого образа (идеала) политической культуры, который приобретает смысл и функции самостоятельной ценности. Это явление свойственно любой политической системе, но по-разному. Свобода определяется тем, как человек устанавливает связь с самим собой в каждый миг своего существования. Это означает, что свобода есть мера ответственности и автономности человека при управлении собственной жизнью и самим собой.

Сакрально-патерналистское направление реализации социальной политики - направление, которое предусматривает полную ответственность государственных структур за все, что происходит в отраслях социальной сферы, исключает участие и ответственность граждан в выборе направлений и осуществлении принципов социальной политики, не оставляя возможности влиять на нее.

Либеральное направление реализации социальной политики - направление, которое предусматривает различную степень участия граждан, их общественных и корпоративных организаций в формировании и осуществлении социальной политики.

2. Социальная работа как неотъемлемая часть



ной политики РФ.

Социальное развитие - необходимое, направленное, закономерно протекающее развитие социально-трудовой сферы, общественной жизни или отдельных составляющих их элементов - социальнотрудовых отношений, социальных институтов, социальных общностей и т.д.

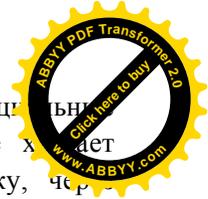
Социальное государство - государство, в котором социальные проблемы имеют приоритетный характер.

Политика и целенаправленные действия, а также средства государства и общества, обеспечивающие индивиду, социальной группе, в целом населению равные условия комплексного, разностороннего решения различных проблем, обусловленных социальными рисками, - это и есть социальная защита. Она становится необходимой, когда социальные риски могут привести или уже привели к полной или частичной потере указанными субъектами возможностей реализации прав, свобод и законных интересов, экономической самостоятельности и социального благополучия, а также возможностей их оптимального развития, восстановления или приобретения. Социальная защита представляет собой систему правовых и финансовых институтов (государственного социального обеспечения, социальной помощи, социального и личного страхования, внутрифирменных систем социальной помощи), целевыми функциями которых являются материальное, медицинское, реабилитационное обеспечения пожилых граждан, инвалидов, больных, безработных, семей, потерявших кормильца, а также оказание помощи семье.

Во всем мире растет спрос и увеличивается число людей, претендующих на государственное социальное обеспечение. Власть реагирует на это следующим образом:

увеличением налогов; сокращением услуг, некоторые из них стали платными; увеличением сбора денег с населения (используя иные сферы); расширением общественного сектора для удовлетворения социальных потребностей населения.

Вопрос о том, кому помогать в первую очередь (кого считать более бедным и угнетенным), сегодня крайне актуален не только с практических позиций, но и с собственно научной точки зрения. В социальной работе не существует некой



тепловой лестницы категорий нуждающихся. (Социальная политика, как никто другой, знает, что в мире явно не хватает милосердия). Эту информацию они получают через практику, через научные и управленческие сферы. Однако в реальности люди не всегда последовательны. И. Хейзинга отмечает, что по мере того, как все больший размах приобретает преступность, возникает и терпимость, нередко граничащая с восхищением.

Для более существенной конкретизации препятствия, стоящего перед социальной работой, приведем несколько примеров. Э. Гидденс, анализируя отношение к некоторым наркотикам (кофе, алкоголь, марихуана), делает вывод, что алкоголь и кофе - это «общественно приемлемые» наркотики, а марихуана - нет. Однако существуют культуры, которые терпимо относятся к потреблению марихуаны, но отвергают кофе и алкоголь. Другой пример связан с возвращением в общество лиц, отбывших наказания в тюрьмах, а также с возвращением больных, выписавшимся из психиатрических клиник. Эти люди равны другим членам общества, не попавшим в указанные места, однако культура нередко отторгает их претензии на равнозначность, и очень часто они сталкиваются с отсутствием понимания и поддержки.

Социально-политическая культура обуславливает степень социальной интеграция, то есть процесс и меру достижения оптимального уровня жизнедеятельности и реализации потенциальных способностей и возможностей личности в результате межличностного взаимодействия индивида в конкретном социокультурном пространстве и социальном времени.

3. Основные функции социальной политики:

Поскольку общество - это целостная, исторически устойчивая форма (система) совместной жизнедеятельности людей, то социальная политика направлена на достижение его целостности и исторической устойчивости (воспроизводимости, возобновляемости). Причем последнее зависит от того, каковы его внутренняя структура и типы внутренних взаимосвязей между ее элементами. Данные объективные обстоятельства и вызывают к жизни соответствующие основные функции социальной политики.



1. Обеспечение социальной устойчивости, социальной безопасности и солидарности. Одной из главных задач при этом является формирование солидарности, которая выступает как сочувствие, взаимопомощь и поддержка членов социальной группы, основывающаяся на общности интересов и необходимости достижения общих групповых целей; совместная ответственность; поддержка чужих либо мнений или действий.

2. Обеспечение политической устойчивости власти. Важным условием здесь является владение социальной информацией, составляющей часть информации, которая участвует в процессах информационного взаимодействия в социальных (общественных) системах. На этой основе складывается управление социальными процессами, рассматриваемое в широком смысле как управление всей совокупностью условий жизнедеятельности, формированием социальной структуры, социальной инфраструктуры, приводящее к переходу социального объекта из одного качественного состояния в другое. В узком смысле - управление сторонами общественной жизни, касающимися взаимоотношений людей и социальных групп.

3. Обеспечение такого распределения власти в хозяйстве (собственности), которое признавалось бы большинством справедливым, не требующим борьбы за передел.

4. Налаживание такой системы распределения экономических ресурсов и экономического эффекта, которая более или менее устраивала бы подавляющее большинство населения. Показателем эффективности этой функции является уровень жизни - уровень потребления материальных и духовных благ в сравнении с исторически обусловленными социальными нормативами потребления. В документах ООН уровень жизни определяется как уровень удовлетворения потребностей населения, обеспеченный массой товаров и услуг, используемых в единицу времени.

5. Обеспечение обществом и государством необходимого и достаточного уровня экологической безопасности.

6. Обеспечение обществом и государством необходимого и достаточного уровня социальной защищенности как населения в целом, так и каждой из социальной групп.



Для осуществления этих функций существует механизм социальной политики, представляющей собой деятельность с целью формирования мотивированного заключения по социальным проблемам, явлениям, процессам, социально ориентированным планируемым или осуществляемым решениям. Основой социальной политики является стратегическое планирование - процесс выбора целей и решений, необходимых для их достижения в отдаленном пространственно-временном измерении.

Ориентация социальной политики на проблемы граждан позволяет достичь состояния, при котором социальная защищенность может ощущаться и населением в целом, и каждой социальной группой. Это один из критериев результативности социальной политики. Для достижения подобного оптимума, необходимо осуществление следующих процедур:

- Прогнозирование социальное - научное обоснование суждения о состояниях тех или иных социальных явлений и социальных процессов в будущем.
- Программа социальная - содержание и план деятельности с изложением основных целей и задач решения социальных проблем, характера мероприятий, с уточнением сроков исполнения и определением участников процессов и их ролевых функций.
- Программа целевая социальная - скоординированное по целям, срокам, содержанию текущее и перспективное планирование комплекса мер, направленных на решение тех или иных социальных проблем на основе рационального использования материально-технических, кадровых и финансовых ресурсов.
- Проектирование социальное - процесс создания прообраза (прототипа) предполагаемого социального объекта, социального явления или социального процесса посредством научно обоснованного определения вариантов их планового развития и с целенаправленным изменением конкретных социальных институтов.



Управление программно-целевое - решение социальных п...
путем разработки и реализации целевых социальных програм...

Темы рефератов:

1. Социальная политика государства как организационно-правовая основа социальной работы.
2. Теоретико-методологические основы социальной политики.
3. Механизмы организации социальной политики.

Тема 6. Морально-этические проблемы социальной работы

Вопросы:

- I. Ценность жизни - фундаментальная этическая проблема.
- II. Утилитаристский и деонтологический подходы в этике.
- III. Этический кодекс специалиста по социальной работе

Литература

- основная

1. Социальная работа. Российский Энциклопедический словарь. Под общей редакцией В.И.Жукова - М: Союз, 1997. - 359 с.
2. Словарь по этике/ под ред. А.А.Гусейнова и И.С. Кона. - М., 1989.
3. Фирсов М.В. Введение в теоретические основы социальной работы (Историко-понятийный аспект). Москва - Воронеж, 1997.
4. Медведева Г.П. Этика социальной работы. - М., 2000.

- дополнительная

1. Темникова Д.А. Базовая подготовка специалистов социальной сферы. - М., 1994.
2. Швейцер А. Благоговение перед жизнью. М., Прогресс. 1992.
3. Лоуэн А. Радость. Мн.: 1999.
4. Мечников И.И. Сорок лет искания рационального мировоззрения //Акад. собр. соч. М.: Медгиз, 1954. Т. 13.
5. Седова Н.Н. Философия Человека. Волгоград, 1997.



6. Чижова В.М. Антропологическая психология

отделения психологии и психологии в области психологии
ответственного естествознания и медицины. Волгоград, 2001.

1. Ценность жизни - фундаментальная этическая проблема.

Мораль, которая изначально и по своему сущностному предназначению выражает фундаментальные потребности социума в сохранении устойчивости и целостности, сегодня уже не может ограничиться традиционными каналами влияния на поведение индивида. Дело в том, что основная институциональная задача морали становится внутренне противоречивой: сохраняющееся стремление к формированию конформизма сталкивается с необходимостью не только признания, но и развития автономности личности. В связи с этим в типе взаимосвязи субъекта и объекта нравственности происходят изменения.

В классической морали субъектом выступает социум, индивид - объектом. Причем нравственные предписания, ориентированные на формирование социальных качеств, обращаются к духовной стороне человека, иногда не пренебрегая даже подавлением его биологической стороны. Нужно уточнить, что, безусловно, мораль регулирует поведение человека именно как живого существа. Но при этом реальная, телесная жизнь оказывается как бы придатком, «довеском» к духовности. Древнейшая моральная норма - «не убивай» охраняет жизнь индивида и, казалось бы, фиксирует ценность человеческой жизни. Однако данное требование означает, прежде всего, потребность в согласованности интеракций внутри определенного сообщества, которая возможна лишь при наличии у индивида чувства безопасности по отношению к другим членам группы. Следовательно, «не убивай» - это обращение к индивиду для укрепления социальной сплоченности, средство, обеспечивающее движение к конечной и основной цели морали, и поэтому жизнь человека выступает здесь лишь как условная ценность, безусловной же признается согласованное функционирование социальной системы.

С изменением типа социальных отношений, когда не только индивид нуждается в обществе, но и общество в индивиде, происходит поворот к признанию ценности жизни личности, при



В этом смысле жизнь рассматривается как необходимое условие для выполнения ее социальных функций. В этике данное обстоятельство рассматривается как *право* человека на жизнь. Однако признание в качестве ценности права на жизнь еще не означает ценности жизни самой по себе.

На протяжении минувшего столетия стремление выявить скрытые моменты ценностного отношения к жизни проявлялось не только в различных видах духовной и практической деятельности - науке, искусстве, философии, медицине, но и приобретало многообразные, порой противоречивые формы выражения. Например, различные на первый взгляд, толкования морали в психоанализе и этике благоговения перед жизнью А. Швейцера, едины в критике традиционной морали и признают субъектом и носителем подлинной морали самого человека. Но при этом психологический источник морали остается прежним - социальное долженствование - Сверх-Я.

А. Швейцер подчеркивал, что для истинно нравственного человека всякая жизнь священна, но при этом называл благоговение перед жизнью этической мистикой. Для З. Фрейда мотивы долга и совести, существующие в структуре личности на уровне Сверх-Я, заданы извне и сталкиваются с принципом удовольствия, которым руководствуется индивидуальное бессознательное, обрекая наше Я на неизбежное противоречие, проявляющееся в чувствах вины и стыда. Несмотря на то, что в той и другой концепции признается необходимость осознания этических требований, смысл морали считается принципиально иррациональным и столь же неуловимой становится провозглашенная ценность жизни, которую в таком случае можно обрести лишь посредством веры. А поскольку всякая вера самодостаточна, она подвергает негативной оценке формы бытия, не совпадающие с ее принципами. Поэтому на основе веры может признаваться ценностью только определенный способ жизни, но не сама жизнь.

Особо следует отметить, что рассматриваемые теории обратились к анализу той стороны человеческой жизни, которая прежде или не являлась объектом этического исследования, или же оценивалась негативно как источник аморальности - к телесности



а. И если у З. Фрейда трактовка бессознательного бл...
воз... ниям классической этики, то у других психоанал...
мировоззренческая позиция иная - позитивная. Ее отчетливо выразил о...
из последователей Райха, защитника телесности, Лоуэн: «Именно та часть
нашего тела, которая погружена во тьму, то есть наша бессознательная и
подсознательная половина, поддерживает безостановочное течение нашей
жизни. Мы не живем «по своему хотению», иными словами, далеко не во
всем мы руководствуемся нашей сознательной волей. Воля не может
регулировать или координировать сложнейшие биохимические и
биофизические процессы, протекающие в нашем теле. Она никак не в
состоянии повлиять на метаболизм, ...от которого зависит сама наша
жизнь. И это весьма успокоительное и воодушевляющее соображение,
которому нельзя не порадоваться, поскольку иначе при первом же сбое
или ином кризисе воли жизнь соответствующего индивида пришла бы к
своему катастрофическому концу».

В естествознании последнего столетия исследования
биологической эволюции раскрыли тенденцию возрастания
индивидуализации, изучение астрофизических процессов привело к
формулированию антропного принципа. В результате возникает новое
мировоззрение, в картине мира которого жизнь занимает особое место: с
одной стороны поразительна тонкость оболочки биосферы Земли,
навевающая мысль о ее хрупкости. С другой стороны доказано, что
возникновение жизни имеет глубинные основания в структуре материи. В
связи с этим феномену жизни придается особое значение, которое в
мировоззрении проявляется в виде позитивного эмоционально-оценочного
отношения. В свете естественнонаучных изысканий, показывающих
закономерность развития жизни, логично предположить, что ценностное
отношение к жизни возникает тоже с необходимостью и коренится в
организации живого, проявляясь в инстинкте самосохранения. Действие
инстинкта самосохранения ограничивается конкретной ситуацией
взаимодействия, в которой присутствует не нечто «живое», а вполне
определенные существа и предметы.

Следовательно, на инстинктивном уровне ценностное отношение к
жизни не может возникнуть. Во-первых, оно требует



понимания того, что такое жизнь, а это уже достаточно высокая цена. В-первых, условием его возникновения является осознание своей роли в системе живой природы и через нее в систему самого высокого уровня - Вселенную. Инстинкт сам по себе не является ни моральным, ни аморальным, он просто есть. Хотя как было бы просто, если бы критерии моральности заключались в самой природе человека: инстинкты вызывают агрессию и являются источником зла, социальные нормы предписывают сотрудничество и соответственно становятся источником и носителем блага.

Однако источники и добра и зла коренятся в общественной природе. В начале XX века И.И. Мечников вспоминал слова Л. Пастера, высказывая их как собственное credo: «Два противоположных закона по-видимому борются в настоящее время: закон Крови и Смерти, ежедневно придумывающий новые средства борьбы и вынуждающий народы вечно готовиться к войне, и закон Мира, Труда, Благоденствия, который стремится к освобождению людей от преследующих их бедствий. Первый закон ищет жестоких завоеваний, а второй - облегчений человечества. Этот закон ставит человеческую жизнь выше всевозможных побед, тогда как первый закон готов жертвовать сотней тысяч жизней ради удовлетворения самолюбия одного». Несмотря на то, что эта мысль сформулирована 100 лет назад, она не потеряла своей актуальности.

Является ли обращение к человеку как субъекту морали и провозглашение нравственного отношения к жизни признанием ценности жизни? Думается, что нет. Перечисленные позиции необходимы в качестве предпосылок для возникновения этической ценности жизни. Ценности - не свойства, присущие объекту, а критерии, по которым человек действует и строит свое отношение к миру. По определению Н.Н. Седовой, «под ценностью понимается объективная значимость процессов и явлений в качестве ориентиров человеческой деятельности». Критерием, ориентирующим на объективную значимость жизни является уникальность жизни, заключающаяся в ее неповторимости, неделимости и невозвратности.



2. Утилитаристский и деонтологический подходы в этике.

Польза и долг с точки зрения блага - основные составляющие морали, как на уровне общественного сознания, так и человеческой деятельности. В этике, осмысливающей жизнь морали, исследователи обычно опираются на одну из сторон, оставляя в стороне другую. Поэтому в истории человеческой мысли сложились и существуют до сих пор два противоположных, но, тем не менее, дополняющих друг друга течения - утилитаризм и деонтология.

Основатели утилитаризма - Дж. С. Милль и И. Бентам выводят мораль из того, что составляет конечную цель человека - цель всех целей, высшую цель, - благо, продолжая линию в моральной философии, которая идет от Аристотеля и Эпикура. В этом - радикальное отличие утилитаризма от кантовской этики, в которой мораль основывается на особом характере мотивации человеческих действий. Правда, Дж. С. Милль только выводит мораль из высшей цели. Основу же морали, согласно Дж. С. Миллю, составляет принцип пользы, и он предшествует всем частным целям человека.

И. Бентам удовольствие трактовал как все то, что дает выгоду, преимущество и предотвращает боль, так как наивно уповать на достижение всеобщего блага, счастья и даже счастья значительной части людей. Поэтому принцип пользы предполагает стремление человека к устранению и уменьшению несчастья.

Деонтологические теории ставят следование долгу на первое место среди этических ценностей. Видным теоретиком в этом направлении был немецкий философ И. Кант. Суть деонтологии нашла яркое воплощение в сформулированном им категорическом императиве, в котором определяющим является волевая направленность нашего действия независимо от желаемой цели. И. Кант предполагает наличие свободы воли, воли как свободной причины наших поступков. Анализируя И. Канта можно прийти к выводу, что его формулировки близки евангельским постулатам: «не сотвори другому того, чего себе не желаешь». В отличие от евангельского моральный пафос кантовского требования определен чистым долгом, соответственно в долге и только в долге Кант



видеи то, что способно поднять человека над самим собой, таким способом может исполниться как личность в свободе и независимости. природного механизма.

3. Этический кодекс специалиста по социальной работе

Клятва Гиппократа как моральный кодекс гуманитарной профессии.

Альтруизм, благодеяние, взаимопомощь, гуманизм, милосердие, терпимость, человечность, чуткость и др. моральные, нравственно-этические категории необходимые личности специалиста по социальной работе.

Рефераты

1. Биоэтика в социальной работе.
2. Этическая экспертиза в социальной работе
3. Рациональная эмпатия как психологическое основание формирования нравственности социального работника.

Тема 7. Классификационные характеристики социальных технологий. Индикативные показатели эффективности социальной работы

Вопросы:

I. Возможности и границы социальной работы.

II. Сущность технологий социальной работы

Литература:

- основная

1. Фирсов М.В. Введение в теоретические основы социальной работы (Историко-понятийный аспект). Москва- Воронеж, 1997.

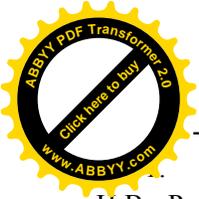
2. Фирсов М.В., Студенова Е.Г. Теория социальной работы. - М., «Владос», 2000.

3. Социальная работа с инвалидами/ под ред. А.И.Осадчего, Е.И. Холостовой. - М., 1996.

- дополнительная

1. Сулимова Т.С. Социальная работа и конструктивное разрешение конфликтов. - М., 1996.

2. Основы социальной работы/ под ред. П.Д. Павленок. - М; 1997.



- дополнительная

Козьяков С.Б., Поташева А.П., Борисова Л.Б., Симоненко

Н.В. Развитие новых психосоциальных технологий в психиатрической службе // Соц. и клиническая психиатрия. - 2001, т. 11, вып. 4. - С. 53-54.

2. Сулимова Т.С. Социальная работа и конструктивное разрешение конфликтов. - М., 1996.

3. Основы социальной работы/ под ред. П.Д. Павленок. - М; 1997.

1. Возможности и границы социальной работы.

Рассматривая социальную сферу как объект социальной работы в широком плане, наметим перспективы:

- В условиях глобализации важное место должен занимать анализ социальной защиты, поддержки и помощи населению применительно не только к отдельным группам (особенно социально уязвимым), но и отдельным людям.
- На первый план выдвигается внедрение технологий социальной работы в различные сферы жизнедеятельности людей (производства, здравоохранения, образования, культуры, в городских и сельских формах расселения и т.д.).

В каждой из этих сфер как конкретных объектах социальной работы (по отношению к социальной сфере в целом) с учетом их специфики должны решаться вопросы создания нормальных условий труда и отдыха, оказания медицинской и другой помощи, поддержки, социальной защиты работающих в этих сферах людей и всех групп, слоев населения, связанных прямо или косвенно с этими сферами. В конечном счете, речь идет о создании (путем осуществления социальных программ) нормальных условий жизнедеятельности, осуществления позитивной социализации в обществе различных групп и слоев населения, отдельных личностей.

Представляется, что в будущем (уже сейчас формируется такая тенденция, особенно в «социальных» государствах) все большее воплощение получит реализация социальной работы, понимаемой не в узком, а широком смысле как деятельность по предупреждению, недопущению, по крайней мере в массовых масштабах, «социальных болезней»: безработицы, наркомании, других форм девиантного



ия, социальной защиты всех людей путем обеспечения экономической, продовольственными ресурсами и т.д.

Социальная работа в принципе должна носить в большой степени опережающий, упреждающий, профилактический характер.

В связи с этим все больше внимания должно обращаться не только на клиентов (индивидов, группы, слои), но, и главным образом, на те или иные сферы общественной жизни как объекты социальной работы. В условиях преобладания положительных сторон глобализации социальная работа может приобрести более четкий гуманитарный характер.

Социальная работа является одним из видов социальной деятельности, инструментом социального изменения, но границы ее лимитированы рамками данного общества. Скажем, «родовой функцией» социальной работы считается борьба с бедностью. Но бедность как таковая, возможно, неустранимое явление в современном обществе. Бедность (нищета) - это национальная проблема распределения ресурсов, а не локальная проблема их использования.

Поэтому в действительности социальная работа имеет дело с такими последствиями бедности, как голод или отсутствие жилища, трудности в охране здоровья или получении образования, коммуникативные проблемы детей и подростков или депрессия и насилие в семье. Разветвленная система государственных, общественных и религиозных организаций создается для ослабления или снятия всех этих симптомов, но ликвидировать их источник, уничтожить бедность как распространенное социальное состояние они не могут. Более того, большинство проблем социальной работы относится к неразрешаемым, т.е. к таким, которые вновь и вновь воспроизводятся с каждым новым шагом развития общества, в каждом следующем поколении, жизнедеятельности каждой семьи, каждой супружеской пары и т.д.

2. Сущность технологий социальной работы

Для улучшения социальной ситуации клиента в рамках социальной работы осознанно реализуются различные социальные технологии. Развитие кибернетики, информатики и средств машинной обработки информации дало возможность математического моделирования достаточно сложных процессов с



высокой степенью достоверности полученных результатов, что позволяет рассчитывать на возможность исследовать социальные процессы с такой же точностью, рассчитывать последствия поведения людей в различных вариантах с тем, чтобы минимизировать ошибки и неверные решения, управлять людьми и обществами научно обоснованным способом.

Конечно, вся история человеческих индивидов - это история применения тех или иных способов управления людьми, побуждения их к тем или иным видам деятельности, контроля за исполнением или неисполнением предписанных им норм и моделей поведения. Процесс изживания ранее неприкосновенных, традиционных оснований жизнедеятельности общества, проникновения эгалитарных, договорных начал во все стороны человеческих взаимоотношений, актуализировал вопрос о пересмотре всех связей между людьми, о реорганизации их на началах эффективности, прагматизма, минимизации затрат.

Достаточно отчетливо выявилась специфика технологического подхода в социальной сфере. Процессы, происходящие в обществе, подчиняются статистическим закономерностям, причины и следствия связаны в них отношениями вероятности. Конечно, это свойственно множеству явлений живой и неживой природы; но в социальные процессы вовлечено множество индивидов, наделенных разумом и волей. Люди не просто результат воздействия закономерностей - они сознательные и своевольные субъекты социальных изменений.

В своей деятельности люди руководствуются целями, которые они ставят в соответствии с собственными представлениями о том, что является для них благом. Процесс управления, руководства, убеждения и других способов воздействия на людей неизбежно распадается на несколько видов. Воздействия на различные группы людей воспринимаются каждой из них по-своему, в соответствии с их возможностями и установками.

Может быть, именно поэтому результаты всех больших социальных преобразований далеки от тех целей, которые были провозглашены в начале. Из-за множества микро- и мезодвижений лишь в конечном счете складывается общий вектор, который рассматривается как направление общего развития.



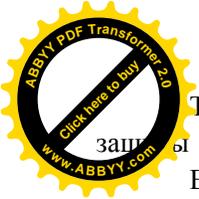
Разброс мнений выявляет в первую очередь сложность понятия «социальная работа». Многообразие подоплагания индивидов, множественность причин человеческого поведения, разнообразие деятельности и трудности воздействия на людей в направлении, желательном для социального технолога любого уровня. Люди далеко не всегда предпочитают выгоды материального достатка, бытовых удобств и приземленного прагматизма. Но и благородные идеалы, духовные ценности, моральные регуляторы не являются бесспорными инструментами воздействия на людей. В связи с этим общепринятое представление о системе ценностей определяет специфику социальной жизни. Ценности будут меняться или будут нуждаться в изменении, поскольку социальные структуры приобретают новые формы,

Структуральные изменения нуждаются в поддержке соответствующих ценностей. Например, поскольку меняется структура семьи, ценности, основанные на различных формах семьи, меняются согласованно. Точно так же, поскольку меняется ценностная система членов семьи, это выливается в изменения семейной структуры.

Социальная работа в полной мере демонстрирует «блеск и нищету» социальных технологий. С одной стороны, она просто обязана быть технологичной, ибо в условиях ограниченных социальных ресурсов и огромного количества социальных проблем эффективность воздействия может быть достигнута только при помощи последовательного и профессионального применения технологического подхода. С другой стороны, никакой технологический подход не гарантирует стопроцентной эффективности результатов воздействия.

Темы рефератов

1. Клиент и социальная работа: социальная помощь, социальная поддержка.
2. Социальная адаптация и реабилитация детей и подростков.
3. Социальная помощь детям, оставшимся без попечения родителей.
4. Социальный патронаж семьи.



Тема 8. Принципы структурной организации системы соц

Вопросы:

- I. Структурирование контингента медико-социальной помощи
- II. Система мероприятий медико-социальной работы.
- III. Основные институты и структурные подразделения системы социальной работы в России

Литература:

- основная

1. Иванова А.Е. Социальная детерминация здоровья населения.- М.: 1998. 85 с.

2. Белов В.П., Ефремов И.Н. О реабилитации больных и инвалидов //Врачебное дело. - 1977. - №11. - С. 15-18.

3. Грачев Л.К. Медико-социальная помощь детям-инвалидам //Педиатрия. - 1995. - № 4. - С.114-116.

4. Гришина Л.П. Актуальные проблемы инвалидности в РФ. - М.: 1995. 153 с.

5. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование. М.: Наука, 1999. - 240 с.

6. Мартыненко А.В. Проблемы становления в России медико-социальной работы как профессиональной деятельности //Проблемы соц. гигиены и истории медицины. - 1995. - № 4. - С. 41-44.

- дополнительная

1. История российских социальных служб: хронограф / Под общ. ред. Г.Н. Кареловой, В.И. Жукова. - М., 2001.'

2. Фирсов М.В., Субаева О.Н.// Концептуальные подходы к региональной социальной политике. - М., 1997.

3. Социальная работа. Российский Энциклопедический словарь. Под общей редакцией В.И. Жукова. - М.: Союз,' 1997. - 359 с.

4. Энциклопедия социальной работы, в 3 т. Пер. с англ. М., 1993, - Т. 1 - 480 с., Т.2 - 454 с., Т. 3 - 498 с.

1. Структурирование контингента медико-социальной помощи
Анализ и систематизация данных, опубликованных отечественными исследователями в последние годы по вопросам



медицинской социальной помощи контингентам больных различного профиля. Они стали основой для поиска подходов к построению модели профессиональной медико-социальной работы, принципы и структура которой могли бы быть приемлемыми для многих людей. Нуждающихся в помощи можно подразделить на несколько больших групп.

Инвалиды. Многие годы основными принципами государственной политики в отношении инвалидов были принципы компенсации и изоляции. Компенсация состояла в предоставлении инвалидам материальной помощи в виде пенсий, пособий, льготного пользования общественным и личным транспортом, социально-бытового обслуживания на уровне обеспечения физиологического выживания. Принцип изоляции заключался в формировании сегрегационных систем жизнедеятельности инвалидов в виде домов-интернатов, специализированных школ, предприятий, жилых комплексов и т.п.

В современных условиях, когда в социальной политике государства по отношению к инвалидам произошел пересмотр важнейших положений в определении понятий "инвалидность" и "инвалид", и они стали соизмеримы с общепринятыми международными нормами, социальная защита инвалидов законодательно характеризуется как "система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения ограничений жизнедеятельности и направленных на создание равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества". Для реального обеспечения таких мер потребовались качественно новые подходы в решении проблем инвалидов.

Для осуществления такого подхода нужны специалисты, обладающие новым взглядом на возможности инвалидов, и их роль в жизни и развитии общества. Здесь открывается широкое поле деятельности для специалистов по социальной работе, имеющих соответствующие профессиональные знания. В рамках проводимых реформ в системе органов социальной защиты населения создается сеть учреждений государственной службы медико-социальной экспертизы нуждающихся в этом лиц. Основными задачами таких учреждений являются: определение группы инвалидности, ее



сроков и времени наступления, потребности инвалида в различных видах социальной защиты; разработка индивидуальных программ реабилитации.

В соответствии с Примерным положением об учреждении государственной службы медико-социальной экспертизы в штатный норматив таких учреждений наравне с врачами разных специальностей, специалистами по реабилитации, психологами включаются и специалисты по социальной работе.

Больные. Две группы клиентов: а) длительно, часто и тяжело болеющие и б) больные с выраженными социальными проблемами. Организация медико-социальной работы с такими группами связана с деятельностью специализированных медицинских учреждений и других служб. Выделение групп на данном уровне позволяет обеспечить дифференцированный подход при составлении конкретных мероприятий медико-социальной помощи, в выполнении которых непосредственно участвует специалист по социальной работе, а также взаимно скоординированные действия с другими специалистами: участковым терапевтом, педиатром, геронтологом, врачом общей практики (семейным врачом), психиатром, наркологом и др.

Население. Две проблемные группы: а) клиенты повышенного риска заболеваний и члены их семей, б) их ближайшее окружение. Определяя этот уровень как самостоятельный, мы исходим из двух принципиальных положений. Во-первых, для обеспечения эффективного взаимодействия с пациентом (клиентом) неременным условием для профессионального социального работника является его сотрудничество с членами семьи и ближайшим окружением, которые могут выполнять исключительную роль в разрешении сложившейся трудной жизненной ситуации. Речь идет о вовлечении их в деятельность сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического или иного характера; в содействии охранению семейных связей, решению микросредовых, жилищно-бытовых, материальных и других проблем. Во-вторых, необходимо определить профилактические мероприятия, которые сможет выполнять новый специалист, что является особенно важным в условиях дефицита финансовых



средств, введения медицинского страхования и снижения в целом государственными профилактическими мер.

Таким образом, при построении базовой модели мы исходим из необходимости поиска оптимальных и наиболее эффективных форм медико-социальной работы, в первую очередь профессиональной деятельности по предупреждению причин, лежащих в основе развития патологии, по предотвращению осложнений и негативных последствий, по реабилитации и реадaptации больных, оказанию им и их семьям адекватной медико-социальной помощи.

При таком подходе представляется возможным достаточно полно сгруппировать перечень мероприятий, которые выполняет или участвует в их выполнении специалист по медико-социальной работе.

2. Система мероприятий медико-социальной работы.

В соответствии с изложенной классификацией групп клиентов предлагается следующая обобщенная группировка комплекса мероприятий медико-социальной работы.

I. Медико-социальная работа профилактической направленности:

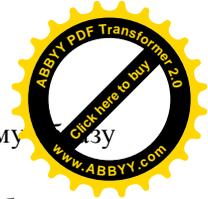
В группах повышенного риска:

- выполнение определенных мероприятий по профилактике социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья на индивидуальном, групповом и региональном уровнях в учреждениях разной ведомственной принадлежности и разных организационно-правовых форм;

- участие в разработке целевых программ профилактики заболеваний, сохранения и укрепления здоровья, организации медико-социальной помощи на разных уровнях;

Члены семьи клиента и его ближайшее окружение

- санитарно-гигиеническое просвещение; содействие членам семьи и ближайшему окружению в доступности необходимой медико-социальной информации и информации о льготах и видах социальной защиты;



- содействие организации досуга, адекватного здоровому

л.и);

- содействие в разрешении микросредовых проблем, в сохранении семейных связей; содействие разрешению проблемы одиночества; подготовка супругов и членов семьи к рождению ребенка и принятию его в семью;

Длительно и часто болеющие

- профилактика неблагоприятного развития и декомпенсации соматического или психического статуса, выхода на инвалидность;
- комплексная оценка социального статуса клиента;
- содействие в решении вопросов материального характера;
- патронаж клиента в связи с болезнью.

Больные с выраженными социальными проблемами

- выявление неблагоприятной микросреды и ее оздоровление;
- участие в предупреждении общественно опасных действий;
- определение социально-правового статуса - беженца, лица без определенного места жительства, лица, отбывающего наказание, и т.д.;
- представление интересов клиентов, нуждающихся в медико-социальной помощи, в органах власти;
- содействие клиентам в преодолении социальнобытовых жилищных трудностей, представляющих угрозу для его здоровья и здоровья окружающих;
- разрешение социального конфликта в семье, связанного с состоянием здоровья клиента и его жизнеобеспечением;
- оформление опеки и попечительства;
- информирование соответствующих служб об изменении социального статуса клиента;
- информирование о льготах и мерах социальной защиты;



- информирование соответствующих служб о наличии у клиента социальных проблем - семейных, бытовых, материальных, правовых; оказание содействие в получении медицинской, психологической, правовой и материальной помощи.

Инвалиды

- предупреждение усугубления медицинских последствий и преждевременной смертности;
- участие в разработке комплексных программ профилактики инвалидности и смертности;
- определение оснований для признания гражданина инвалидом;
- определение потребности инвалида в различных видах социальной защиты; содействие инвалиду в реализации его прав, представление интересов в органах власти;
- содействие в обеспечении родительских функций; содействие в получении пенсий, пособий и выплат; содействие в получении материальной помощи; содействие в решении жилищных проблем;
- участие в определении дееспособности, возможной опеке и попечительстве; помещение клиента в стационарные учреждения социального обслуживания;
- социально-правовое консультирование.

II. Медико-социальная работа патогенетической направленности:

- направление на медико-социальную экспертизу; социальная экспертиза семьи; медико-социальная помощь в планировании семьи, охраны материнства и детства; медикосоциальный патронаж семей социального риска;
- содействие в обеспечении государственных гарантий прав граждан в охране здоровья и оказании медико-социальной помощи;
- участие в оказании помощи пострадавшим в природных и индустриальных катастрофах;
- содействие в решении правовых проблем клиента;



• психокоррекционная работа; преодоление Б. П. привычек и нездорового образа жизни; семейное консультирование; семейная психокоррекция; коммуникативный тренинг, тренинг социальных навыков;

• содействие в своевременной консультации и обращении за специализированной помощью;

• организация психологической поддержки клиенту с медико-социальными проблемами членами семьи и ближайшим окружением; создание реабилитационной социально-бытовой среды.

• организация медико-социальной помощи и ухода за больным;

• содействие в обеспечении специфического долгосрочного лечения в оптимальных условиях с учетом особенностей соматической, психической и социальной патологии;

• содействие включению в работу терапевтических сообществ;

• медико-социальная помощь лицам пожилого и старческого возрастов, включая организацию опеки, ухода, устройства в учреждения социального обслуживания;

• обеспечение преемственности во взаимодействии со специалистами смежных профессий;

• создание реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры;

• организация специализированной медицинской помощи;

• участие в разработке индивидуальной программы реабилитации инвалида;

• проведение мер социальной реабилитации инвалидов

- создание безбарьерной среды жизнедеятельности, социальная помощь и социальные услуги, обеспечение средствами передвижения и вспомогательными техническими средствами;

• проведение мер профессиональной реабилитации - профессиональная подготовка и профессиональное образование, содействие в изменении режима и характера труда, в трудоустройстве, переквалификации;



Таким образом, предложенная систематизация всех мерог...
...ывает особенности проблем той или иной группы клиентов...
...позволяет рассматривать ее как базовую модель нового вида профессиональной деятельности. На этапе становления отечественной медико-социальной работы такую модель можно использовать как своего рода алгоритм для апробации медикосоциальной работы в отдельных областях клинической медицины, в системе социальной защиты населения и в других сферах, где имеется потребность в таком виде деятельности.

3. Основные институты и структурные подразделения системы социальной работы в России

Министерство здравоохранения и социального развития РФ. Министерство труда. Федеральные (территориальные) общественные органы и организации (ВОВ, ВОС, ВОГ и др.). Республиканские (Федеральные) Фонды социальной поддержки населения. Геронтологические центры. Реабилитационные центры. Центры социального обслуживания. Центры психологопедагогической помощи населению. Реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями. Центры социальной помощи семье и детям. Социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних. Отделения социальной помощи на дому. Отделения дневного пребывания. Отделения по работе с семьей и детьми. Отделения срочной социальной помощи. Социальные приюты для детей и подростков. Центры помощи детям оставшимся без попечения родителей и т.д.

Темы рефератов:

1. Система социальной работы в г. Волгограде и Волгоградской области.
2. Особенности социальной работы в здравоохранении

Тема 9. Профессиональная компетентность социального работника в здравоохранении Вопросы:

1. Общая характеристика комплекса социальных проблем у основных групп клиентов медико-социальной работы



2. Особенности медико-социальной работы в психиатрии
3. Особенности медико-социальной работы в наркологии
4. Особенности медико-социальной работы в онкологии

Литература

- основная

1. Теория социальной работы: Учебник /Под ред. проф. Е.И. Холостовой. - М.: Юрист, 2001. - 334 с.
2. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование. М.: Наука, 1999. - 240 с.
3. Мартыненко А.В. Проблемы становления в России медико-социальной работы как профессиональной деятельности //Проблемы соц. гигиены и истории медицины. - 1995. - № 4. - С. 41-44.

- дополнительная

1. Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами. - СПб.: Питер, 2004. - 316 с.
2. Тен Е.Е. Основы социальной медицины: Учебное пособие. - М.: ФОРУМ: ИНФА-М, 2003. - 256 с.

1. Общая характеристика комплекса социальных проблем у основных групп клиентов медико-социальной работы

Анализ медико-социального статуса всех групп пациентов, вошедших в исследование, позволил сделать ряд выводов.

Первый. Установлено серьезное неблагополучие реальной жизненной ситуации у большинства обследованных.

Второй. Статус пациентов характеризует прогрессирование основного заболевания и связанное с этим накопление проблем в различных сферах жизнедеятельности. Проблемы, которые при наличии соответствующих структур могли быть решены своевременно на предыдущих этапах, в последующем углубляются, их решение становится все более затруднительным. Многие обследованные пациенты в буквальном смысле "обрастают" проблемами.



Третий. Обнаруживался эффект суммирования негативных действий спектра нерешенных медицинских и социальных проблем, проблемы с трудовой занятостью углубляли семейную дезадаптацию, в совокупности они дестабилизировали состояние пациентов, препятствовали достижению устойчивых ремиссий у больных с заболеваниями психиатрического и наркологического профиля. В свою очередь, безремиссионное течение заболевания ухудшило его прогноз, способствовало более раннему развитию тяжелых осложнений, приводило к преждевременному выходу на инвалидность.

Четвертый. Значительная часть пациентов и членов их семей, находившихся в связи с хронической патологией на протяжении длительного времени в системном кризисе и остро нуждающихся в комплексной медико-социальной помощи, находились вне сферы такой помощи. Ориентация, структура, формы работы, характер подготовки кадров соответствующих медицинских и социальных служб, по сути дела, обусловили неспособность включить названные группы пациентов в сферу своего влияния и вести с ними эффективную работу. Это делает крайне актуальной разработку новых не только реабилитационных, но и профилактически ориентированных подходов в оказании медико-социальной помощи.

2. Особенности медико-социальной работы в психиатрии

В соответствии с классификацией групп клиентов, в *группу риска* по психиатрическому диагнозу можно отнести больных с органическими повреждениями головного мозга, невротами, психопатиями. Течение заболевания у них носит относительно благоприятный характер. Периодические ухудшения, декомпенсации имеют невыраженный характер, они успешно купируются лечебными воздействиями и не приводят к социальной и профессиональной дезадаптации. У пациентов, как правило, отсутствует криминальный анамнез, у подавляющего большинства не отмечалось суицидальных тенденций; почти все имеют семьи, отношения в которых благополучны. Материальные и жилищные проблемы не носят резко выраженного характера. С учетом перечисленного основными мероприятиями медико-социальной работы с такими пациентами должны быть профилактические



действительности, направленные на предупреждение возможной социальной дезадаптации - социальное консультирование, посредничество с клиентом и его ближайшим окружением, проведение психотерапевтических тренингов.

Члены семей психиатрических больных и их ближайшее окружение, как выделяемая нами отдельная группа клиентов медико-социальной работы, требует своего специфического подхода. Отмечено, что в медико-социальной помощи нуждается значительная часть родственников первой степени родства, проживающих совместно в семьях с больными, страдающими психиатрической патологией. Это обусловлено, с одной стороны, постоянным взаимодействием с таким больным в единой микросреде, другой - необходимостью постоянного участия в разрешении его медицинских, правовых, материальных и других проблем.

Перечисленные особенности определяют и соответствующую тактику специалиста по социальной работе в данной группе. Необходима целенаправленная профилактика развития психического и соматического статуса у членов семьи и ближайшего окружения таких больных. Требуется содействие в разрешении социального конфликта в семье, связанного с состоянием здоровья клиента и его жизнеобеспечением. Специалист по социальной работе может использовать социально-психологический тренинг, семейную психотерапию. Данная группа нуждается в помощи по вопросам проведения медико-социальной экспертизы, организации специализированной медицинской помощи больным родственникам, информирования о их социальной защите, обеспечения гарантий прав пациентов при оказании им психиатрической помощи и др.

Течение основного психического заболевания у лиц *длительно и часто болеющих* отличается, как правило, малой прогрессивностью и относительно стабильным психическим состоянием. Подавляющее большинство таких пациентов находится в группе диспансерного учета и получает поддерживающую медикаментозную терапию. Основная задача медико-социальной работы с этой группой пациентов - предотвращение возможной социальной дезадаптации, связанной с



ю. В этой связи приоритетными выступают социальные аль ориентированные виды психотерапии, включающие группов и семейную психотерапию; помощь в трудоустройстве, защита интересов больного на производстве, помощь в оформлении временной нетрудоспособности, юридическое консультирование, включение при необходимости в программы материальной помощи.

В группе пациентов с выраженными социальными проблемами отмечены нерегулярное посещение психоневрологического диспансера и игнорирование медикаментозной терапии, несмотря на очевидную необходимость консультативного наблюдения и поддерживающей терапии. Ряд пациентов из данной группы в прошлом привлекался к уголовной ответственности за те или иные правонарушения и отбывал срок наказания, у некоторых из них в прошлом отмечались склонность к суицидальным попыткам. У большей части таких пациентов отсутствует семья или отношения внутри семьи неблагоприятны. Некоторые пациенты временно или длительное время не работают, имеют резко выраженные материальные проблемы. Применительно к этой группе пациентов имеется свое определенное поле деятельности для социального работника: консультирование по правовым вопросам, участие в процессе признания лица недееспособным или в процессе восстановления его дееспособности, помощь в трудоустройстве и защита интересов больного на производстве, участие в социально ориентированных методах психотерапии, коррекция внутрисемейных отношений.

Наибольшую сферу деятельности для специалистов по социальной работе представляют *инвалиды по психическим заболеваниям*. Как показали исследования, такие больные имеют низкую вовлеченность в какие-либо реабилитационные программы или терапевтические сообщества. Они практически не вовлекаются в социально ориентированные виды групповой терапии. Во многих случаях лицам этой группы показана семейная психотерапия, коррекция отношений с родственниками. До недавнего времени такие мероприятия проводились только медицинскими работниками, но в значительном объеме они могут выполняться специалистами по социальной работе. У большинства больных



данной группы отсутствует позитивная динамика медицинского социального статуса, наблюдается или их стабильность, или негативная динамика.

Специфика медико-социальной работы относительно этой группы лиц состоит в решении вопросов, связанных с продлением или изменением группы инвалидности, трудоустройства больных в лечебно-трудовые мастерские или на производство, установлении дееспособности пациентов, оформлении опеки и попечительства, вовлечении этих больных по индивидуальным показаниям в те или иные виды социально ориентированной психотерапии, направленной на коррекцию поведения; охват их программами материальной помощи.

3. Особенности медико-социальной работы в наркологии

Специфика медико-социального статуса различных групп пациентов наркологического профиля вызывает необходимость учитывать ее особенности при составлении конкретных программ медико-социальной работы.

Группа повышенного риска развития наркологических заболеваний характеризуется клинической и субклинической патологией, формирующей предрасположенность к приобщению к психоактивным веществам и развитию наркологических заболеваний, наследственной отягощенностью, в том числе по алкоголизму и наркомании. Выраженность собственно наркологических проблем зависит от степени тяжести совокупности факторов эндо- и экзогенного порядка, ведущих клиента к вовлечению в алкоголизацию и наркотизацию. Правовые проблемы могут зависеть от проявлений неадекватного поведения членов семьи, статуса беженца или инвалида, а также совершения правонарушений в связи с конфликтами, вовлечение в криминальные группы.

В социальной работе с данной группой необходимо предусматривать профилактику неблагоприятного развития и декомпенсации соматического и психического статуса, выявление принадлежности к конкретной группе риска, регулярный контакт с клиентами, проведение целенаправленной работы по отказу от вовлечения в потребление психоактивных веществ, комплексная психокоррекционная работа, включающая групповой и



индивидуальный тренинг социальных и коммуникативных навыков, приемы саморегуляции, вовлечение в благополучную социальную среду, содействие в преодолении материальных проблем.

Члены семей наркологических больных и их ближайшее окружение представляют группу, особенностями которой являются медицинские проблемы, связанные с личностной реакцией на длительную или острую психотравмирующую ситуацию. Потребность в медицинской помощи возникает периодически в период обострений конфликтов или на "пике" фрустрации, причем имеют место затруднения в организации помощи, обусловленные нежеланием социальной огласки.

Собственно наркологические проблемы возникают при наличии "семейного пьянства", в том числе в рамках феномена созависимости. Социальная дезадаптация обуславливается как тяжестью дезадаптивного поведения больного члена семьи, так и собственными личностными и микросоциальными проблемами. Возникающие правовые проблемы связаны с неправильным поведением больного члена семьи, собственной неадекватной реакцией на ситуацию, нарушениями поведения в рамках созависимости или формирования наркологической патологии.

С учетом этого планируется и социальная работа с данной группой. Ее особенностью является целенаправленная профилактика как неадекватного поведения больного члена семьи, так и развития декомпенсации психического и соматического статуса у членов семьи и ближайшего окружения больного, информирование соответствующих служб о наличии социальных проблем; организация наркологической и другой помощи, направленной на оптимизацию личностного и социального статуса. В группу мероприятий по социальному оздоровлению специалист по социальной работе включает коммуникативный и социальнопсихологический тренинг, технику самоконтроля, семейную психотерапию, оценку социального статуса семьи в целом и отдельных ее членов, выявление угрожающих проблем, приобщение к социально благополучному кругу и др.

Для группы *длительно и часто болеющих* пациентов наркологического профиля характерны медицинские проблемы,



Связанные с тяжестью основного заболевания, его осложнениями, последствиями, возможны одновременная зависимость от нескольких психоактивных веществ, соматические "маски" зависимости от психоактивных веществ. Здесь нередко встречается патологическая адаптация в болезни.

В связи с этим особенностями медико-социальной работы с данной группой клиентов являются содействие в обеспечении специфического долгосрочного лечения в оптимальных условиях и в решении связанных с этим проблем определения трудоспособности и инвалидности, семейное консультирование и семейная психотерапия с акцентом на преодоление отношений созависимости, активизирующая психотерапия, направленная на активизацию потенциала клиента, выявление потенциально угрожающих проблем и их предупреждение, содействие включению в работу терапевтических сообществ.

В группе больных наркологического профиля *с выраженными социальными проблемами* специалисты учитывают тяжесть собственно наркологических расстройств, при которых часто определяются сопутствующие личностные и психические отклонения, антисоциальные установки; анализируют социальную дезадаптацию в одной или нескольких фазах социального функционирования, криминальный анамнез, принудительное лечение в прошлом и актуальные правовые проблемы.

Особенностями медико-социальной работы в этой группе клиентов является выявление окружающего неблагополучного контингента и его оздоровление, личностно-ориентированная психотерапия, психическая саморегуляция, содействие в проведении наркологического лечения и реабилитация в условиях, оптимизирующих социальный статус (терапевтические сообщества, группы взаимопомощи), комплексная оценка социального статуса и предупреждение потенциально угрожающих проблем. Необходимо содействие в решении материальных проблем за счет реализации собственного потенциала, включая профессиональное обучение и трудоустройство. Правовая помощь, наряду с юридическим консультированием, должна быть направлена на предупреждение общественно опасных действий, взаимодействие с правоохранительными органами и др.



Специфической группой являются *инвалиды*, причем особую социальную адаптацию в данном случае заключается в том, что инвалидность, в основном, в данном случае, в большинстве случаев устанавливается не по основному заболеванию наркологического профиля, а по его осложнениям и сопутствующим заболеваниям. Это связано с тем, что до настоящего времени не разработаны критерии определения степени зависимости инвалидности от психоактивных веществ. Особенностью проблем данной группы является наличие тяжелой и разнообразной патологии с той или иной степенью утраты трудоспособности, в связи с чем имеется постоянная потребность в лечении и медицинском наблюдении. С деградацией личности, снижением интеллектуального уровня, патологической адаптацией в болезни, сильной психической зависимостью от психоактивных веществ связаны психологические проблемы. Как правило, социальная дезадаптация таких больных проявляется в микросоциальной, семейной и трудовой сферах, имеется потребность в социальной опеке. Часть пациентов имеет криминальный анамнез или правовые проблемы. Характерна экономическая зависимость и материальная нужда.

Перечисленные проблемы определяют соответственно и направленность медико-социальной работы с данной группой. Необходимо содействие таким пациентам в получении помощи по заболеванию наркологического профиля и по заболеванию, которое является причиной инвалидности, участие в профилактике срывов и рецидивов болезни, содействие в прохождении медикосоциальной экспертизы. Требуется семейное консультирование и семейная терапия, вовлечение в благополучное социальное микроокружение. Ряд мероприятий должен быть связан с решением проблем трудоустройства, в частности, восстановлением профессиональной квалификации, содействием переквалификации, изменением режима и характера труда, разрешением конфликтных ситуаций на производстве. Данной группе пациентов должна быть оказана помощь в получении пенсий, социальных пособий и выплат, в решении жилищных проблем, включая помещение в специальные общежития, интернаты. Важным направлением выступает правовая помощь таким клиентам: участие в определении дееспособности, в возможной опеке и попечительстве,



с правоохранительными органами, содействие в осуществлении родительских функций, при необходимости контроль за соблюдением режима пробации (административного надзора).

4. Особенности медико-социальной работы в онкологии

Важнейшее место в медико-социальной работе с онкологическими больными занимает работа с членами семьи пациента и его ближайшим окружением. Как показали исследования, первоочередными здесь можно назвать решение психологических проблем. Психологическая дезадаптация *пациентов и членов их семей* неблагоприятно влияет как на лечение, так и на качество жизни. Психологические проблемы таких семей усугубляются материальными проблемами, связанными с расходами на лечение и уход за больными, ухудшением трудовой занятости родственников больных. Необходимо отметить, что часто семья, борющаяся за жизнь близкого человека, сама становится объектом социальной работы.

Специфика медико-социальной работы с онкологическими больными двух групп - *длительно и часто болеющими*, а также больными с *выраженными социальными проблемами* - достаточно однородна, так как все длительно, часто и тяжело болеющие онкологические больные имеют выраженные социальные проблемы, поэтому рассматривать их целесообразно совместно. Так, по данным А.В. Мартыненко, выраженные материальные проблемы таких больных составляют 86,7%; 39,5% нуждаются в улучшении жилищных условий, не заняты трудовой деятельностью 86,6% родителей детей, страдающих онкологическими заболеваниями, почти две трети пациентов и их родители не располагают информацией о доступной социальной помощи.

В социальной работе с данными группами больных главным являются: организация специализированной медицинской помощи и ухода за больными, находящимися на разных стадиях онкологического заболевания, оказание им различных видов социальной поддержки и психологической помощи. Слабая социальная и психологическая защищенность больных с онкологической патологией неблагоприятно влияет на прогноз заболевания и ухудшает качество жизни излеченных больных. С



учет перечисленных проблем важное значение в медикосоциальной работе приобретает взаимодействие и координация усилий специалистов различных профессий.

Анализируя особенности медико-социальной работы с группой *инвалидов*, в первую очередь отметим, что инвалидизация при онкологической патологии определяется не по основному заболеванию, а по его осложнениям и сопутствующим заболеваниям, что обусловлено отсутствием критериев определения инвалидности у таких больных. При наличии медикосоциальных проблем, характерных для групп инвалидов при других видах патологии, мы отмечаем потребность в постоянном лечении, медицинском наблюдении, проведении паллиативной помощи. Психологические проблемы связаны с деградацией личности, патологической адаптацией в болезни. Здесь специфическими являются вопросы биомедицинской этики, отношения родственников и специалистов к умирающим больным.

Таким образом, при актуальности предложенных в базовой модели медико-социальной работы мероприятий для указанной группы, специалисты делают акцент на особенности, связанные с организацией и проведением работы в стационарных учреждениях социального обслуживания, организации хосписов, в том числе на дому.

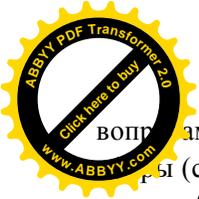
Темы рефератов

1. Социальные болезни в условиях глобализации
2. Существует ли Интернет-зависимость?
3. Перспективы социальной работы в здравоохранении

Глоссарий

Адресная социальная помощь - система мер по оказанию помощи отдельным действительно нуждающимся лицам или группам населения для преодоления или смягчения жизненных трудностей, поддержания их социального статуса и полноценной жизнедеятельности.

Ассоциация коллективов ВУЗов и школ социальной работы - добровольное общественное объединение сотрудников учебных заведений или их подразделений, занимающихся



программами подготовки кадров социальных работников для социальных служб (создана в 1993 г.).

Ассоциация работников социальных служб (межрегиональная) (МАРСС) - добровольное общественное объединение сотрудников социальных служб, деятелей органов социального управления, преподавателей, ведущих подготовку и переподготовку специалистов по социальной работе.

Ассоциация социальных педагогов и социальных работников (АССОПиР) - добровольное объединение специалистов в области социальной защиты населения стран СНГ, а также всех, кто занимается воспитанием детей, подростков и молодежи (создана в июне 1990 г., имеет свыше 20 тыс. членов).

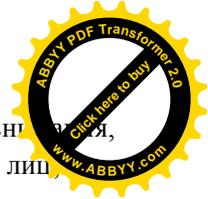
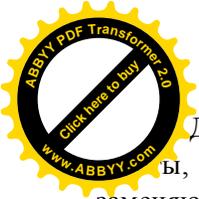
Ассоциация социальных работников (АССОР) - неправительственная, общественная, благотворительная организация в России, которая оказывает содействие организации системы социальной работы в России, распространению знаний и информации о социальной работе среди различных групп населения (создана в 1992 г.).

Беженец - прибывшее или желающее прибыть на территорию РФ лицо, не имеющее гражданства РФ, которое было вынуждено или имеет намерение покинуть место своего постоянного жительства на территории другого государства вследствие совершенного в отношении него насилия или преследования по расовой или национальной принадлежности, вероисповедания, языка, а также принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений.

Благотворительная деятельность - добровольная деятельность граждан и юридических лиц по бескорыстной передаче гражданам или юридическим лицам имущества, в т.ч. денежных средств, бескорыстному выполнению работ, предоставлению услуг, оказанию иной поддержки.

Военнослужащие - граждане, несущие военную службу.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) - специализированное учреждение ООН, ставящее целью «достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья» (основана 7 апреля 1948 г.).



Дети безнадзорные - дети, лишенные присмотра, внимания, положительного влияния со стороны родителей или лиц, их заменяющих.

Дети беспризорные - это дети, которые не имеют родительского или государственного попечительства, постоянного места жительства, соответствующих возрасту позитивных занятий, необходимого ухода, систематического обучения и развивающего воспитания.

Дети-инвалиды (дети с ограниченными возможностями) - инвалиды, не достигшие возраста 16 лет.

Детский дом-интернат - медико-социальное учреждение, предназначенное для постоянного проживания детей с ограниченными возможностями, нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании, а также социально-трудовой адаптации.

Диагностика - общий способ получения исчерпывающей информации об изучаемом объекте/процессе. Является общей технологией социальной работы, её важнейшим направлением. Термин заимствован из медицины. Социальная диагностика опирается на опыт и практику психодиагностики.

Дома ребенка - в РФ учреждения для воспитания и оказания помощи детям раннего возраста, оставшимся без попечения родителей, детям одиноких матерей, а также детям с дефектами физического или психического развития.

Иммигранты - иностранцы (иностранцы граждане и лица без гражданства), прибывшие в Россию в поисках убежища, в т.ч. с намерением подать ходатайство о предоставлении им статуса беженца.

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.

Институт социальной работы Ассоциации работников социальных служб - научное учреждение, созданное в феврале 1994 г. решением Правления Ассоциации работников социальных служб.



Конфиденциальность - этический принцип, в соответствии с которым социальный работник или другой представитель этой профессии не имеет права раскрывать информацию о клиенте без согласия последнего.

Личность антисоциальная - личность, общественное поведение которой не совпадает с общепринятыми в данном обществе социальными нормами, сложившимися традициями.

Маргиналы - (от лат. marginalis - находящийся на краю) - люди, утратившие признаки принадлежности к стабильному социальному институту, слою, группе в рамках сложившихся социальных отношений, находящиеся в промежуточном, «пограничном» состоянии между ними.

Медико-социальная помощь - комплекс социальных услуг, которые россияне имеют право получить при заболевании, утрате трудоспособности и иных случаях.

Методы социальной работы - совокупность технологий, исследовательских и терапевтических процедур, способов деятельности, с помощью которых осуществляется социальная работа.

Навыки социальной работы - умение осуществлять совокупность профессионально необходимых действий, применяемых в практике социальной работы.

Опека - устанавливается над детьми до 14 лет, оставшимися без попечения родителей, над гражданами, признанными судом недееспособными вследствие психического расстройства, над имуществом безвестно отсутствующих граждан в интересах последних и их иждивенцев.

Патронаж - вид социального обслуживания, преимущественно на дому, клиентов группы риска, который заключается в постоянном социальном надзоре, регулярном посещении их жилищ социальными работниками, оказании им необходимой помощи, проведении несложных медицинских манипуляций.

Пожилые - люди, прожившие относительно долгую жизнь, вследствие чего они уже испытывают определенные психофизические ограничения независимо от наличия или



отсутствия заболеваний, в некоторых случаях они функционируют нормально, но недееспособны либо им необходима помощь со стороны.

Попечительство - над подростками в возрасте от 14 до 18 лет, признанными недееспособными или ограниченно дееспособными вследствие злоупотребления спиртным или наркотиками, над совершеннолетними недееспособными, нуждающимися в патронаже.

Приют - социальное учреждение, в котором ребенок может находиться круглосуточно, обеспечивается питанием и необходимой помощью.

Проектирование в социальной работе - технология составления, ресурсного обоснования и выполнения социальных проектов.

Профилактика - запланированное предупреждение какого-либо неблагоприятного события, устранение причин, способных вызвать различные неблагоприятные явления. Предотвращение возможных физических, психологических, социокультурных проблем у отдельных индивидов и групп риска.

Работник социальной службы - лицо, непосредственно оказывающее либо организующее помощь клиентам социальной службы и состоящее в штате социальной службы. Социальный работник - лицо, окончившее среднее специальное учебное заведение по профилю социальный работник. Специалист по социальной работе - лицо, окончившее высшее учебное заведение по профилю социальной работы.

Рекреация - процесс восстановления жизненных сил человека.

Синдром «эмоционального сгорания» - характеристика психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально загруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи.

1. Содействие людям в достижении поставленных целей и раскрытии их потенциальных возможностей

2. Сохранение, поддержание и защиту нормального уровня жизни и здоровья людей;

Социальная адаптация - постоянный процесс активного приспособления индивида к условиям социальной среды и



результат этого приспособления. Носит двусторонний характер: изменением физиологических и социальных функций для приспособления к среде обитания - среда изменяется, чтобы отвечать требованиям организма.

Социальная защита населения - система принципов, методов, законодательно установленных государством социальных гарантий.

Социальная проблема - сложная познавательная задача, решение которой представляет существенный теоретический/практический интерес.

Социальная профилактика - научно обоснованные и своевременно предпринимаемые действия, направленные на решение социальной проблемы на стадии ее возникновения.

Социальная работа - специфический вид профессиональной деятельности, оказание государственного и негосударственного содействия человеку с целью обеспечения культурного, социального и материального уровня его жизни, предоставление индивидуальной помощи человеку, семье или группе.

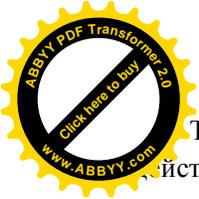
Социальная реабилитация - комплекс мер, направленных на восстановление разрушенных или утраченных индивидом способностей к социальному функционированию.

Социальная служба - структура, выполняющая определенные функции социальной защиты, помощи, поддержки.

Социальная экспертиза - профессиональное (экспертное) исследование состояния социального объекта и вынесение соответствующего заключения, содержащего достоверную информацию об объекте, конкретные предложения (рекомендации) для принятия решений и возможный прогноз. В ряде случаев заключение может быть составлено в форме итогового протокола совещания специалистов.

Социальное прогнозирование - разработка прогнозов в виде формулирования вероятностного суждения о состоянии какого-либо явления в будущем.

Социальные гарантии - система социально-экономических и правовых средств, обеспечивающих условия жизнедеятельности членов общества, социальных групп.



Технологии социальной работы - совокупность приемов, методов и действий, применяемых социальными службами, отделами и учреждениями социального обслуживания и социальными работниками для достижения поставленных целей в процессе осуществления социальной работы, решения разного рода социальных проблем, обеспечения эффективной реализации задач социальной помощи населению.

Толерантность - один из руководящих принципов социальной работы, признание правомерности культурных, религиозных, расовых и прочих различий между инвалидами, группами и социальными общностями, терпимое отношение к проявлениям непохожести во внешнем виде, поведении, ценностных ориентациях и т.д. других людей.

Фандрайзинг - технология благотворительной деятельности, включающая в себя способы поиска и привлечения средств для осуществления целей благотворительной деятельности.

Хоспис - социальная служба, специалисты которой, зная, что дни больного сочтены, стремятся облегчить его физические и душевные страдания.

Экспертиза - квалифицированное исследование проблемы или её аспекта (аспектов) с получением обоснованного заключения.

Этика социальной работы - относительно самостоятельный раздел этической науки, изучает особенности морально-нравственной стороны социальной работы.

Эффективность социальной работы - соотношение между достигнутыми результатами (эффектами) и затратами, связанными с обеспечением этих результатов. Фактически достигнутые и необходимые результаты (эффекты) социальной работы.



Вопросы для повторения



- Социальная работа как новая профессия.
2. Междисциплинарный характер социальной работы.
 3. Социальная работа: теория и практика.
 4. В чем сущность социальной работы как нового вида профессиональной деятельности?
 5. Что входит в понятие «объект социальной работы»?
 6. Каков предмет социальной работы?
 7. Определите характер соотношения: социальной работы и социологии, социальной работы и психологии, социальной работы и медицины, социальной работы и философии.
 8. Перечислите основные принципы теории социальной работы.
 9. Исторические корни развития социальной помощи в России.
 10. Формы помощи и поддержки в России как предпосылки возникновения социальной работы.
 11. Актуальные проблемы социальной работы на современном этапе развития российского общества.
 12. Нормативно-правовое оформление системы социальной защиты населения РФ.
 13. Основные модели взаимоотношений между действующими лицами в медицине и социальной работе.
 14. Главные принципы социальной работы.
 15. Профессиональные школы подготовки и переподготовки социальных работников: высшее и среднее звено. Ассоциация социальных работников России.
 16. Социальная политика и политическая культура.
 17. Социальная работа как неотъемлемая часть социальной политики РФ.
 18. Основные функции социальной политики
 19. Ценность жизни - фундаментальная этическая проблема.
 20. Утилитаристский и деонтологический подходы в этике.
 21. Этический кодекс специалиста по социальной работе
 22. Возможности и границы социальной работы.
 23. Сущность технологий социальной работы
 24. Структурирование контингента медико-социальной помощи



25.

Система мероприятий медико-социальной работы.

Основные институты и структурные подразделения системы социальной работы в России

27. Общая характеристика комплекса социальных проблем у основных групп клиентов медико-социальной работы
28. Особенности медико-социальной работы в психиатрии
29. Особенности медико-социальной работы в наркологии
30. Особенности медико-социальной работы в онкологии

