



**В.М. Чижова, М.Е. Волчанский,
М.И. Чумакова**

**МОДЕЛЬ СПЕЦИАЛИСТА ПО
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ В
ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Волгоград 2007



Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию
Волгоградский государственный медицинский университет

УДК 364:614.23 ББК 60.9:5

Рецензенты:

Доктор медицинских наук, профессор, главный врач клиники № 1
ВолГМУ *В.А. Петров* Доктор философских наук, профессор кафедры
социологии ВолГУ
И.В. Василенко

Рекомендовано к печати Советом факультета социальной работы и
клинической психологии

Чижова В.М., Волчанский М.Е., Чумакова М.И.
Модель специалиста по социальной работе в здравоохранении -
Волгоград, изд-во «ДарКо», 2007 - 186 с.

Исследуется феномен социальной работы в здравоохранении,
представляющий собой не только новый этап человеческих отношений,
характерный для гражданского общества и социального государства, но
и специфический способ сотрудничества медицинских и немедицинских
специалистов в процессе помощи людям, попавшим в трудную
жизненную ситуацию. Для научных работников, преподавателей и
студентов.

УДК 364:614.23
ББК 60.9:5

©Чижова В.М.,
Волчанский М.Е.,
Чумакова М.И.

ISBN



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 - медицинского и социального, которые можно сформулировать следующим образом:

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 (на профессиональном языке врачей используется термин «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, сопутствующих, но необходимых для лечения, немедицинских действий, во-вторых, организует включение пациента в систему социальной помощи. Поэтому в общем деле реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» становится чрезвычайно важной профессия специалиста по социальной работе.

Каков же в настоящее время статус этой профессии и реальная востребованность специалистов данного профиля учреждениями здравоохранения? Проведенный нами в 2006 г. опрос врачей различных лечебно-профилактических учреждений г. Волгограда, показал не просто неинформированность медиков о такой профессии как социальная работа, выявилась тенденция к неприятию специалистов по социальной работе кадровым составом ЛПУ. Может быть, здесь сказывается сформировавшаяся ментальность российской медицины, ориентированная на идеальный образ земского врача - «первый после Бога», также существенным фактором может быть и корпоративность медицинского мышления, но результат при этом один и тот же - по представлениям современных российских врачей социальному работнику нет места в лечебном учреждении.

Реальность же такова, что практикующий врач выполняет действия психотерапевтического и социального характера, искренне считая их своей обязанностью, хотя они и не относятся к собственно медицинским. В результате, во-первых, возникает высокий риск непрофессионализма именно в данных действиях, во-вторых, в условиях ограниченного временного ресурса появляется вероятность некачественного оказания медицинских услуг. Сотрудничество профессионалов медицинских и немедицинских специальностей как в различных организациях социально-медицинского профиля, так и в лечебно-профилактических учреждениях, повысит эффективность и продуктивность оказываемой медицинской помощи, снимет социальную напряженность, в случае возникновения конфликта.



Поэтому родственное сотрудничество становится насущной задачей современного российского здравоохранения.

Профессией специалиста по социальной работе является оказание помощи и поддержки людям в трудной жизненной ситуации, то есть такой, с которой он не может справиться самостоятельно. Болезнь - разновидность этой ситуации, выход из которой в настоящее время не ограничивается взаимодействием в классической диаде «врач - пациент». В процесс оказываются включенными различные люди и многие обстоятельства.

При все более возрастающей специализации врачей, пациент вовлечен в широкий круг действий, требующих от него дополнительных усилий, что само по себе может создавать дополнительные трудности, учитывая болезненное состояние человека. Кроме того, в условиях страховой медицины немаловажное значение приобретает и имидж лечебно-профилактического учреждения, создаваемый общественным мнением пациентов. Есть пациенты «кочующие» от специалиста к специалисту, от одной больницы к другой, это не только создание негативного ореола врача или целого ЛПУ, это еще и маркер, сигнал социального и психологического неблагополучия пациента, помощь в преодолении которого могут оказать специально подготовленные профессионалы.

Поскольку подобная профессия еще только формируется и не является традиционной для нашего общества, мы думаем, что было бы полезно обсудить ее сущность и назначение. Для этого необходимо, прежде всего рассмотреть содержание и смысл социальной работы, являющейся феноменом общественной жизни, имеющим сравнительно недлинную институциональную историю и еще менее представленную в здравоохранении., а уже затем перейти к выявлению особенностей социальной работы в медицинской сфере, анализируя различные ее аспекты. В своей работе мы опирались на



фундаментальные разработки отечественных классиков теории социальной работы: В.И. Жукова, Е.И. Холостовой, М.В. Фирсова, А.В. Мартыненко, Е.Р. Ярской-Смирновой, В.А. Никитина Л.П. Гришиной и др. Предлагаемый подход к пониманию роли специалиста по социальной работе в здравоохранении разрабатывался нами в содружестве с коллегами медицинских и немедицинских специальностей.

Мы выражаем признательность заместителю председателя Регионального Этического комитета, заслуженному деятелю науки РФ, доктору философских и юридических наук, профессору Наталье Николаевне Седовой, доктору медицинских наук, профессору, главному врачу клиники № 1 ВолГМУ Петрову Владимиру Александровичу, старшему лаборанту кафедры детских инфекционных болезней Демоновой Наталье Петровне, студентке 3 курса Новиковой Юлии Геннадьевне. Мы также благодарны студентам факультета социальной работы и клинической психологии ВолГМУ, которые своей любознательностью и критичностью способствовали осмыслению рассматриваемых проблем.



Глава 1. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА КАК ФЕНОМЕН ЦИВИЛИЗАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ

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

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 столетия 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. Если же он не срабатывает или у человека заранее на него нет надежды, то проблема решается каким-нибудь своим доморощенным способом, вплоть до девиантного. Присутствует и крайний вариант, когда проблема осознается, потребность в ее решении есть, но она не решается, усугубляя старые и порождая новые проблемы.

Другими словами, объективная потребность в социальной работе существует, но она еще не отрефлексирована в общественном сознании. Об этом же свидетельствует и таксономический аспект. Словосочетание «социальная работа» еще не прижилось в речи и звучит чужеродно для стиля русского языка. Оно пока не получило собственного смыслового наполнения,



которое осуществится в процессе укрепления и развертывания данного социального института.

То, что социальная работа есть феномен цивилизованного общества, отмечалось еще на заре становления данного института в эпоху активных трансформаций российской жизни 90-х гг. недавно минувшего столетия. На сегодняшний день это уже признанная позиция. При этом важно как понимается цивилизация и цивилизованность. Термин «цивилизация» ввели просветители XVIII в. для обозначения высокоразвитого в культурном отношении общества, основанного на государственно-правовых, разумных и справедливых началах. Если оставить в стороне дискуссии об определении цивилизации, издавна ведущиеся в философии истории и исходить из классического содержания данного понятия, фиксирующего следующую за варварством ступень культуры, то следует признать, что социальная работа, признаваемая атрибутом цивилизованности, может институализироваться с возникновением гражданского общества и никак не раньше.

С другой стороны понимание цивилизации в качестве такой стадии культуры, которая постепенно приучает человека к плановым, упорядоченным совместным действиям с себе подобными, создавая важнейшую предпосылку развития культуры, позволяет ближе подойти к сущности социальной работы как цивилизационного феномена. Дело в том, что институт морали опирается на нормативное регулирование в форме долженствования, поэтому ориентирован на социальное действие, а социальная работа - это, прежде всего взаимодействие социальных субъектов, причем не столько должное или желанное, сколько реально осуществляющееся в контексте конкретно-исторических условий. Но и в этом случае социальная работа теряет свою видоспецифичность, растворяясь в формах патерналистской интеракции.

Среди необходимых условий эффективного и плодотворного развития института социальной работы в обществе, к которым



относятся государственная политика, готовность населения, компетентность специалистов, особо следует подчеркнуть роль научных разработок. И здесь открывается большое поле для дискуссий. То, что сегодня недостаточно только опираться на методологию и методику других наук - это тривиально. Для социальной работы одним из важнейших вопросов является разработка новых способов и приемов познания, отвечающих основным имманентным науке требованиям объективности, воспроизводимости и проверяемости. Следует отметить неоднозначность связей между теорией и практикой социальной работы. Кроме того, в нашем обществе практика социальной работы опережает научно-теоретические разработки, и поэтому в ней обнаруживаются эффекты, еще не имеющие научного обоснования. А для общественных наук особое значение имеет дискуссионно публичный характер обсуждаемых результатов.

Специфика социальной работы во многом предопределена повседневной жизнью клиентов. Исследование реалий повседневной жизни служит основным источником научных данных. А реалии повседневной жизни - это та сфера, где теоретические знания являются небольшой и часто не единственной частью знания.

Сегодня иногда наблюдается противопоставление естественнонаучной и гуманитарной парадигм. Кроме того усиление антисциентистских настроений в обществе, и особенно в интеллектуальных гуманитарных кругах, приводит ко все большему числу попыток ограничения науки в познании человека и мира. Заметно проявляется стремление заменить научное исследование неким альтернативным подходом к природе и человеку. При этом теряется из виду, что, во-первых, наука не тождественна ее конкретноисторическим формам, и, во-вторых, что важнее, - познание целостности и уникальности человека, которое провозглашают своей



задачей сторонники гуманитарной парадигмы, невозможно без выяснения общих оснований, иначе станет непонятным, в чем же собственно данная уникальность заключается. Ориентированность на человека позволяет развивать научный подход в атмосфере общечеловеческих ценностей. Критерий ценностей - жизнь и развитие личности. Гуманизм - это любовь к человеку, а «любовь, - по определению Э. Фромма, - есть связь, предполагающая сохранение *целостности* личности, ее индивидуальности». Любить - значит заботиться, нести ответственность, уважать и *знать*»} Социальная работа как гуманитарная наука, сочетая аксиологическую нагруженность с объективностью познания, создает возможность *знающей заботы и ответственной свободы* человека по отношению к самому себе, другим людям и к миру в целом.

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

¹ Фромм Э. Искусство любить. Фромм Э. Искусство любить. /Душа человека: Перевод. - М.: Республика, 1992, с. 124.



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 существуют ли основания для того, чтобы она превратилась в самоподдерживающую 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 неминуемо 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 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.

Что же представляет собой социальная работа как особый общественный феномен, а не просто присущий человеческим отношениям момент взаимопомощи?

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 опыт, накопленный в России за многие столетия и вместе с тем выявило наиболее актуальные проблемы, встающие перед практикой социальной работы и 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 человек 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. Суть ее в том, что она - 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 (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.

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

То, что общественная жизнь представляет собой сложную ткань переплетающихся взаимодействий людей, общеизвестно. Это постоянное и разнообразное взаимовлияние приводит к изменениям в поведении, в образе жизни и даже в состоянии здоровья людей. Иногда напрямую, чаще - через ряд промежуточных ступеней. Поэтому для социальных институтов важна целенаправленность воздействия на индивидов и регуляция их спонтанного взаимодействия. Особенно актуальна эта проблема в современных условиях, когда способы, средства и глубина воздействия становятся все более технологичными, инвазивными и изощренными. Потребность в просчитывании вариантов последствий, возникающих у человека в ответ на воздействия,



поступающие из социальной и природной среды, осознается современным научным сообществом в качестве существенной задачи науки.

Методологическим основанием для ее решения является фундаментальный вопрос о природе и сущности самого человека. То или иное видение указанной проблемы приводит к закреплению за различными науками строго ограниченной предметной области исследования такого феномена как «человек». Но это необходимое условие научного исследования, причем независимо от того является ли наука общественной, гуманитарной, естественной или технической.

Следовательно, познавательная задача конкретизируется следующим образом: *как* достигнуть состояния, при котором решение частной научной задачи, затрагивающей человеческую жизнь, будет исходить из понимания целостности человека, а образ целостности, оказавшись латентно включенным в реальный процесс научной деятельности, станет столь же привычным, как существующие сегодня представления о двойственной или тройственной сущности человека. Пока же идет активный процесс поиска этой целостности, однако парадоксальным образом он опирается на классическую триаду - тело, душа, дух, которая изначально предполагает *соединение* разнородных сущностей.

Для более подробного рассмотрения проблемы плодотворным представляется обращение к классическому наследию. В этом отношении весьма интересны рассуждения Мартина Хайдеггера. Учитывая тщательность, вдумчивость и медленность его дискурса, во избежание искажений, прибегнем к цитированию.

Прежде всего следует отметить его позицию в понимании личности. Знаменитая триада «человек - индивид - личность» соотносится с троичностью сущности человека и провоцирует



переход от категориального анализа к анализу, то есть разложению на составные части, в самой реальной жизни. Фактически это оправдывает селекцию среди людей и содержит деструктивный потенциал.

В философии XX в. обмен идеями по поводу различных ипостасей человеческого бытия происходил очень активно. Обращаясь к М. Хайдеггеру, мы читаем: «Личность по Шелеру никогда нельзя мыслить как вещь или субстанцию она “есть скорее непосредственно сопереживаемое *единство* переживания, - не какая-то всего лишь мыслимая вещь, позади или вовне непосредственно пережитого” Личность не есть вещное субстанциальное бытие. Далее, бытие личности не может сводиться к тому, чтобы быть субъектом разумных поступков известной законосообразности. *Личность не*

вещь, не субстанция, не предмет» (выделено нами - В.Ч.).

Думается, что именно эта мысль может быть положена в основание парадигмы антропологической целостности. Однако здесь возникает необходимая поправка: если один исходный принцип представляет собой отрицание, то следующий должен содержать утверждение. Каково же оно?

Вновь обратимся к Хайдеггеру: «Вопрос стоит о бытии целого человека, кого привыкли считать телесно-душевно-духовным единством. Тело, душа, дух могут опять же именовать области феноменов, поддающиеся тематическому обособлению в видах определенных исследований; в известных границах их онтологическая неопределенность может не тяготить. Но в вопросе о бытии человека это бытие нельзя суммирующе вычислять из ... способов бытия тела, души, духа. И для самой разворачивающейся таким путем онтологической попытки предпосылкой должна была бы стать идея бытия целого. Чем однако принципиальный вопрос о

⁴ Хайдеггер М. Бытие и время. М.: Ad marginem, 1997, с. 47.



бытия присутствия загражден или сбит с пути, так это сплошной ориентацией на антично-христианскую антропологию». Следует отметить, что влияние антично-христианской антропологии, отмеченное Хайдеггером, до сих пор пронизывает и общественные и естественные науки.

«Релевантные для традиционной антропологии истоки, - пишет далее Хайдеггер, - греческая дефиниция и теологическая путеводная нить, показывают, что через определение сущности сущего «человек» вопрос о его бытии оказывается забыт, это бытие берется скорее как “самопонятное” в смысле *наличествования* прочих сотворенных вещей. Обе эти путеводные нити переплетаются в новоевропейской антропологии с ее методическим отправлением от *res cogitans*, сознания, взаимосвязи переживания. А поскольку *cogitationes* остаются онтологически тоже неопределенными, соотв. опять же имплицитно берутся “само собой разумеется” за некую —данность”, “бытие” которой не подлежит никакому вопросу, антропологическая проблематика остается в своих решающих онтологических основаниях неопределенной. Недостающий онтологический фундамент не может быть заменен также и тем, что антропологию и психологию встраивают в общую биологию»⁴.

Наука перманентно становится иной. Отмеченная В.С. Степиным последовательность исторических типов науки - классической, неклассической и постнеклассической - лишь начало ряда, открытого к включению новых членов. Сегодня обнаружение стратегических перспектив развития знания о человеке происходит в системной парадигме.

Ситуация становления, проживаемая в актуальном времени, здесь и теперь, того, что происходит на наших глазах и не без нашего

³ Там же, с. 48

⁴ Там же, с. 49



участия, вынуждает заново осваивать доставшееся наследство в связке с вновь приобретаемым опытом. В частности, классические описания субъект-объектности человека теряют универсальность, будучи дополнены описаниями коммуникативного типа - обмена информацией между участниками междисциплинарного познавательного процесса⁵.

Вопрос о том, обладает ли стремление науки к объективной истине экзистенциальной значимостью, или она привносится в нее философией, фиксирует позицию противопоставления, что не столько некорректно, сколько неплототворно. Обособление линий исследования, одна из которых оценивается как гуманитарная и соответственно, гуманистичная, другая же - естественнонаучная - в подобном оппозиционировании она рассматривается лишенной гуманистичности по определению, является искусственной конструкцией, обедняющей реальность жизни и познания.

История показывает, что русская религиозная философия и отечественное естествознание находились в сложных отношениях: взаимная критика вплоть до отрицания и неприятия не означала абсолютного параллелизма их развития. Познавательная деятельность осуществлялась в едином поле культуры, на котором высвечивались некие общие для философии и науки проблемы, связанные с пониманием места, роли и предназначения человека в мире.

Субъективное противостояние в действительности оборачивалось отношениями взаимного стимулирования. В естествознании складывается представление о человеке как открытой целостной системе, включенной в метасистему жизни и мира в целом. Натуралисты, как и философы, осознавали особенность исследования человека, но они призывали не к отказу от естественнонаучных методов, а к совершенствованию их. Понимание того, что все методы

⁵ Аршинов В. И. Синергетика и методология постнеклассической науки //Философия науки. - Вып. 8. Синергетика человекомерной реальности. - М., изд-во ИФРАН, 2002. - с. 14-36.



содержат момент огрубления и могут привести к деструктивным последствиям для человека, приводило ученых к осмыслению этического содержания их исследований и к постановке проблемы гуманизма в науке.

Акцентирование гуманистичности философско-антропологических исследований без знания того, что представляет собой природа человека и каковы закономерности ее развития, приводит к спекулятивности и отрыву от реальности. Целостность человека, исследуемая в философской антропологии и являющаяся важнейшим условием гуманизма, оказывается частью более широкой проблемы - понимания целостности системы «человек - мир». Такое понимание связано с необходимостью перехода к новому стилю мышления, к единству мировоззренческих и методологических принципов, в котором древнее правило «не навреди», стало бы, наконец, реальностью.

Наибольшая трудность заключается в том, что стремление к целостности человека осуществляется в рамках той парадигмы, которая изначально закладывает дуалистичность человеческой природы. И важные шаги по преодолению этого противоречия были сделаны в философии и естествознании конца XIX - начала XX вв. Метафизический антропоцентризм русской философии и аксиологический антропоцентризм отечественного естествознания через взаимоисключение вели к взаимообогащению антропологического смысла науки.

Философский анализ конкретно-научного и социокультурного контекста деятельности натуралистов, выявление личностной значимости научной работы для ее субъектов, позволяет эксплицировать антропологический смысл отечественного естествознания в качестве закономерности, проявляющейся как противоречие между мировоззренческими и методологическими



принципами, постоянно возникающее и вновь разрешаемое, направляющее науку на путь все большего понимания уникальности человека в уникальной Вселенной.

Процесс развития науки предстает перед нами в виде динамичной системы, никогда не тождественной самой себе, когда каждое последующее состояние не равно предыдущему. Но при этом наука сохраняется как самоопределяющаяся, саморазвертывающаяся целостность, которую обеспечивает релевантность мировоззренческих и методологических принципов.

Наука не является «машиной» для производства нового знания. *Стремление* науки к объективному знанию и *убежденность* ученых в возможности его получения свидетельствуют о личностной, субъективной значимости научных исследований и их результатов.

Жизненный социокультурный контекст научной деятельности латентно содержит человечески ориентированные смыслообразующие значения, определяющие цели, задачи и стиль мышления субъектов науки.

Осознание антропологического смысла науки позволит избежать как релятивизации знания, так и его абсолютизации, - крайностей, рассматривающих науку либо как излишество, либо как угрозу человеку и окружающему его миру. И то и другое ведет к пессимистическим и алармистским суждениям об отсутствии будущего у человека, а поскольку подобная позиция несовместима с жизненным мироощущением реальных субъектов, то поиск способов сохранения человеческого бытия переносится в мифологическую и религиозную сферы.

Антропологический смысл, заключенный в науке, означает такое единство предметного содержания научных знаний с их субъектной составляющей, в котором последняя осуществляет внутренний контроль за степенью объективности информации,



уровнем адекватности применяемых методов и мотивирует исследователей к дальнейшей работе.

Процессуальность знания, имманентная науке, - это подвижность, гибкость и активность человеческого ума, незашоренность и креативность мыслительной деятельности человека. Развитие знания, следовательно, приобретает этический аспект - ценности развивающейся личности. Кроме того, оно свидетельствует об открытости человека, в данном случае ученого-исследователя, миру. Открытость же является стремлением к единению с миром и одновременно уже свершившийся акт единения.

Открытость миру означает не навязывание себя миру в качестве повелевающего лица, а понимание и принятие мира человеком, в том числе и познающим субъектом, как необходимое условие для результативного диалога с ним.

Именно загадка сущности человека была точкой пересечения, фокусом притяжения интересов русских философов и естествоиспытателей. Антропоцентризм был свойственен не только отечественной философии, но и отечественной физиологии, так как ценностная ориентация на человека шла от образа жизни, сформированного российской духовной культурой. И если в русской религиозной философии антропоцентризм понимался в теологическом и телеологическом смысле, то для физиологов он выполнял роль аксиологического принципа.

Взаимодополнение философии и естествознания видится в следующем. И философы, и естествоиспытатели рассматривали человека и человеческую жизнь как ценность. Но ученые пытались рационально структурировать аксиологическое отношение, а для философов оно выступало как феномен - в виде интуитивного переживания.



Русская религиозная философия⁶, будучи антропологически ориентированной метафизикой онтологизированных ценностей, настаивала на том, что методы классической науки, с ее незыблемыми, однозначными законами, нивелирующими человека, неадекватны человеческой природе - уникальной и самоценной. Такой подход стимулировал ученых к поиску методов, соответствующих специфике изучаемых объектов, среди которых человек занимает особое место. Антропологизм науки заключается в становлении ее человеческого измерения, то есть в соотнесенности общих законов бытия с уникальностью индивидуального человеческого существования, объективных процессов с ценностными основаниями.

Феноменальность бытия человека в мире, связанная с особенностью самого мира, активно утверждаемая русской духовной философией, переводилась отечественными физиологами в иную плоскость - из темы умозрительного рассмотрения в задачу естественнонаучного исследования, что приводило к инициированию новых идей и иных проблем. Мир, созданный и преобразованный человеком, искусственный по происхождению, имеет собственные законы развития и становится для человека необходимой средой обитания. Естествознание, будучи человеческим творением, ориентировано на природу несотворенную, тем самым оказывается духовным, в отличие от практической деятельности, мостом между двумя уровнями реальности, одной из опор которого является антропологический смысл науки. Он фундирует как выбор и постановку проблем познающим субъектом, так и принципов, организующих научный процесс.

⁶ Бердяев Н.А. Философия свободы. Смысл творчества. М.: Издательство «Правда», 1989; Вышеславцев Б.П. Бессмертие, перевоплощение и воскресение. //Человек, 1993, № 2; Кавелин К.Д. Философия и наука в Европе и у нас. //Наш умственный строй. Статьи по философии русской истории и культуры. М.: изд-во «Правда», 1989.



У естествоиспытателей антропологическая ориентация была не просто познавательной или чисто исследовательской, при которой человек выступал лишь объектом изучения, - напротив, свои исследования они адресовали человеку как конечной и основной цели науки. Знание физиологических и психофизиологических процессов в норме и патологии рассматривалось как условие обеспечения здоровья человека, здоровье же в свою очередь не являлось самоцелью, а понималось как средство реализации творческих возможностей человека.

Понятие нормы для отечественных физиологов выступало научной проблемой. Методологический принцип эволюции - нормально то, что обеспечивает организму (виду) выживание, - приводил к мировоззренческому идеалу нормативирования. И.М. Сеченов видел его как системную целостность морфологической, физиологической и психологической подсистем. Для И.И. Мечникова⁸ он заключался в соотношении гармонии и дисгармонии жизни, где ведущая роль принадлежала гармонии, а задача человека усматривалась в преодолении дисгармоний. И.П. Павлов⁹ рассматривал норму-идеал через взаимосвязь равновесия и неравновесия (гомеостаза и гетеростаза).

Естествоиспытатели не размышляли о том, добр человек по природе или зол, эгоист он или альтруист. Они исходили из того, что человек - это целостная система, потенциально творческая, активная, продуктивная и задача науки - высвободить эти потенции, чтобы возможности могли реализоваться в действительность.

Стиль мышления отечественных естествоиспытателей ориентирован не просто на новые открытия в науке (это имманентное

⁷ Сеченов И.М. Избранные произведения. М.: Гос. уч.-пед. изд-во мин. просв. РСФСР, 1953. - 233 с.

⁸ Мечников И.И. Сорок лет искания рационального мировоззрения //Акад. собр. соч. М.: Медгиз, 1954. Т. 13.

⁹ Павлов И.П. Полное собрание сочинений. М.-Л. 1951. Т.3. Кн. 1, 2. 392 с.



свойство науки), а на поиск средств и возможностей осуществления полноценной человеческой жизни. В этом смысле он оказывается аксиологичным и антропологичным.

Антропоцентризм и антропологизм создают возможности интеграции философии и естествознания в культуре, что позволяет осуществить переход к диалогическому способу взаимодействия человека и мира, означающему не только дальнейшую диалектизацию мышления, но и являющемуся предпосылкой его гуманизации.

Одной из важнейших тенденций нам представляется тенденция синтеза биологического (естественнонаучного) и социо- гуманитарного знания. Это не значит, что собственно биологические (естественнонаучные) методы должны отменяться или заменяться новыми методами, идущими из сферы гуманитарных, общественных наук или наоборот. Каждая наука работает в своем режиме, синтез их возможен через философию, ориентированную на человека, как ценность.

Особенностью современной науки является разрушение междисциплинарных пределов. Границы между науками становятся прозрачными. При этом каждая научная дисциплина очерчивает и развивает свой категориальный аппарат и систему методов, обеспечивающих ее научную идентичность. Что касается теории социальной работы, то в ней три базовых элемента любой науки - предмет, метод и язык - находятся еще на стадии поиска собственной идентичности.

Во многих учебных пособиях повторяется тезис о том, что предметом (вариант - объектом) социальной работы является клиент, или человек в трудной жизненной ситуации. Тогда по аналогии предметом медицины должен быть больной, предметом педагогики - ученик и и.д. Объект науки - область, сфера реальности, предмет науки - определенный аспект данной области, исследованием которой



занимается данная научная дисциплина. Клиент не является ни объектом, ни предметом теории социальной работы, поскольку это не феномен реальности, а состояние или позиция человека в некоторый момент времени.

Ключевым моментом социальной работы выступает трудная жизненная ситуация, именно этот термин категориально специфичен для теории социальной работы и носит системообразующий характер, однако и здесь мы сталкиваемся с сужением смысла понятия и сведения его к обозначению маргиналитета. В подавляющем большинстве публикации, посвященные практико-ориентированным разделам теории социальной работы, посвящены феноменам бедности, инвалидности, алкоголизма, наркомании, преступности и т.п. Безусловно, подобные феномены нуждаются в исследовании с позиций теории социальной работы, однако сведение трудной жизненной ситуации только к ним приведет к редукции как самой социальной работы, так и недопустимо сузит область теоретического исследования. На наш взгляд, данное обстоятельство связано с прочно устоявшимся в российском менталитете представлении о социальной работе как современном варианте социального обеспечения, за которое отвечает государство. Ориентированность теории социальной работы на исследование маргинальных слоев общества и часто девиантных форм поведения создает упрощенный до примитивности образ социального работника, соотносимый с образом приходящей и находящей на государственной зарплате домработницы.

Подобный стереотип мешает пониманию смысла социальной работы и если он латентно присутствует у специалистов, то тормозит развитие теории. Поскольку по определению трудная жизненная ситуация является объективно-субъективной, то логично предположить, что ее наличие не ограничивается принадлежностью к определенным слоям населения. Такой подход позволит расширить



рамки социальной работы до социетального уровня и одновременно определиться с самоидентичностью предмета теории социальной работы.

Кроме того трудная жизненная ситуация понимается преимущественно как невозможность/недостаточность удовлетворения базовых или витальных потребностей человека. В действительности же жизненный мир человека, его собственно человеческое бытие включает как необходимые социальные и духовные потребности. Проблемы с их удовлетворением являются достаточным основанием для признания данной ситуации трудной, довольно часто даже более кризисной для жизни человека, причем труднее разрешимой по сравнению с ситуацией недостаточности удовлетворения витальных потребностей.

Весьма важным условием любой научной теории является наличие релевантных предмету науки методов исследования. Понятно, что теория социальной работы опирается на общенаучные методы, а также использует методы различных социальных наук, в зависимости от того какой аспект трудной жизненной ситуации исследуется. Хотелось бы особо отметить метапарадигмальное основание теории социальной работы, обусловленное характером современной науки, картина мира которой обрисовывается как постоянное изменение. Общество же понимается как конструирование постоянно изменяющейся реальности агентами, которые и производят данные изменения. Для понимания процессов в нем происходящих необходима ясность посылок и методологии, при этом допускается множественность и неоднозначность объяснения изучаемых процессов и явлений. Отмечая особенность теории социальной работы, как впрочем и всех социальных наук, можно привести слова П. Штомпки: «Траектории движения планет не меняются в зависимости от прогресса астрономии, но уровень социального знания



существенно влияет на направление социальных преобразований».¹⁰ И действительно сама социальная работа представляет собой активно-деятельное вмешательство в социальные процессы на разном уровне воздействия и с различной широтой охвата.

Теория же социальной работы призвана не просто осмысливать, обобщать и объяснять практику, а прежде всего ориентировать ее в определенном направлении, прогнозировать результаты и тенденции, вырабатывать оптимальные и эффективные методы и т.п.

В том, что касается социальной работы в здравоохранении, дела обстоят еще сложнее. Можно заметить, что лечебно-реабилитационное взаимодействие рассматривается медиками как исключительно диадное - «врач-пациент», что, в общем-то, традиционно для отечественной медицины. Однако необходимость включения психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий в процесс лечения, являющаяся острой потребностью сегодняшнего дня, требует от врача овладения иной специальностью - психологической, в противном случае врач окажется дилетантом, что недопустимо в профессиональной деятельности. Поэтому в данном случае было бы разумно не вменять врачу дополнительные виды деятельности, которые не относятся к его компетенции, а расширить круг участников взаимодействия, включив в него клинического психолога.

Кроме того, подавляющее большинство населения нашей страны выполняет такую физическую работу, которая приводит к различным патологиям. Врачи, естественно могут только передать знания о том, что надо правильно и не травмирующе для здоровья ее выполнять. Однако самой по себе информации недостаточно для изменения поведения, необходим конкретный ответ на вопрос, как это

¹⁰ Штомпка П. Социология социальных изменений: Пер. с англ. / Под ред. В. Ядова. М.: Аспект- Пресс, 1996, с. 9.



сделать. Что касается ортобиотической организации жизненной среды и деятельности, включая и пространство обитания, то здесь колоссальный материал накоплен в сфере социальной работы. В медико-социальной работе доказали свою эффективность методы оккупациональной терапии (о ней речь пойдет в дальнейшем). Следовательно, в сферу лечебно-реабилитационного взаимодействия нужно включить и специалиста по социальной работе в здравоохранении. В итоге возникает команда специалистов, где каждый профессионально способствует достижению стратегической цели лечения.

1.2. Социальная работа и клиническая психология - помогающие профессии в системе здравоохранения

Прогресс в любой области характеризуется неравномерностью и неоднородностью. Причем эти черты тем ярче, чем активнее идут качественные изменения в системе. Именно с этими явлениями мы сталкиваемся в современном здравоохранении. Резкий скачок в развитии медицинского знания и воздействия на организм человека, обусловленные возросшими технологическими возможностями, во много раз, практически несопоставимо с прошлым, повышает эффективность медицинской деятельности. Этому способствует и стремление к установлению доказательной медицины, отказ от веры в авторитеты и интуицию, - интенции, традиционно считающиеся неотъемлемыми свойствами точных наук. Безусловно, контроль над переменными в биомедицинских экспериментах, рандомизация медицинских исследований, алгоритмизация перевода результатов исследований во врачебную практику, - все это необходимые шаги в развитии медицины и свидетельства ее прогресса.

Однако тот человек, ради которого осуществляются эти бурные изменения, - пациент, больной - представляет собой живую



саморазвивающуюся целостность, которая в принципе не укладывается в некий единый алгоритм, или даже систему алгоритмов. Современная научная медицина, как и любая точная наука, имеет дело с продуктами научной идеализации. (Вспомним, например, идеальный газ времен классической физики. Понятно, что в медицине научная идеализация осуществляется по-другому, но принцип тот же). Проблема начинается тогда, когда медицинская наука становится достоянием широкой врачебной практики. Реальный больной обычного лечебно-профилактического учреждения включен в более широкую систему взаимосвязей, которые накладывают отпечаток, как на характер самой болезни, так и на процесс выздоровления. Врач не может, и не должен вникать в это многообразие воздействий, но тогда необходим специалист, который сумеет их учитывать и организовывать таким образом, чтобы направить на благо больного, то есть создавать режим, способствующий выздоровлению. Такими специалистами и призваны быть клинические психологи и социальные работники в системе здравоохранения.

Поэтому кафедры факультета социальной работы и клинической психологии ориентированы на изучение отечественного и зарубежного опыта институализации социальной работы и клинической психологии в здравоохранении. На конкретном материале (анализ программ и деятельности различных форм социальной работы, клинической психологии и социальной медицины) впервые в отечественной науке планируется разработать модель специалиста по социальной работе и клинической психологии в здравоохранении.

Изучение отдельных аспектов проблемы проводится исследовательскими центрами Западной Европы, США и Канады, а также отечественными авторами. В современной литературе основное



внимание уделяется фундаментальным принципам социальной работы и клинической психологии, однако практически нет исследований, посвященных соответствию организации их работы реальным потребностям населения. Кроме того, учитывая, что социальная работа и клиническая психология только начинают вводиться в систему здравоохранения, нет достаточной разработки их специфики. Основное внимание уделяется проблемам социальной реабилитации, тогда как применение других технологий социальной работы недостаточно описано. Кроме того, медицинская и социальная реабилитация исследуются отдельно, хотя в действительности они представляют собой стороны одного процесса выздоровления. В связи с этим встает проблема построения модели специалиста по социальной работе в здравоохранении, которая до настоящего времени не стала предметом изучения в российской науке и представляется мало изученной в зарубежных исследованиях.

Выделяется социальный феномен патернализма в медицине и социальной работе; рассматриваются особенности российского менталитета, обуславливающие позиции пассивного ожидания социальной помощи; исследуются различные группы клиентов, нуждающихся в психологической и социально-медицинской поддержке. Объяснительная концепция социальной работы и клинической психологии в здравоохранении разрабатывается на основе антропологической парадигмы. Выделены особенности образа специалиста по социальной работе и клинической психологии в здравоохранении, включающего его профессиограмму, социограмму и психограмму.

Исследуется место и роль социального работника и клинического психолога в системе современного здравоохранения и социального развития; рассматривается делегирование медиками специалистам по социальной работе и клинической психологии тех



проблем, которые влияют на здоровье человека, но не носят собственно медицинского характера и провоцируют возникновение конфликтных ситуаций между врачом и пациентом. Предложенная модель позволит разработать профессиональную образовательную программу адекватную потребностям современного общества. Обосновывается значимый для поддержания и сохранения социального здоровья вывод о том, что компетентность специалиста по социальной работе и клинической психологии в здравоохранении представляет собой синергетическое единство профессионально-должностных, медицинских, социетальных и личностно-психологических особенностей.

Профессионализация социальной работы и клинической психологии, их специализация в сфере здравоохранения является важным фактором, способствующим укреплению общественного здоровья и повышению социально-медицинского качества жизни людей.

Одним из важнейших условий эффективного и плодотворного развития института социальной работы и клинической психологии в здравоохранении является разработка новых способов и приемов познания, отвечающих основным имманентным науке требованиям объективности, воспроизводимости и проверяемости. Следует отметить неоднозначность связей между теорией и практикой социальной работы и клинической психологии. Кроме того, в нашем обществе практика социальной работы и клинической психологии иногда опережает научно-теоретические разработки, и поэтому в ней обнаруживаются эффекты, еще не имеющие научного обоснования. В проекте на конкретном фактическом материале обосновываются положения о взаимообусловленности социокультурных, медицинских, социоэкологических и индивидуально-психологических факторов здоровья. Поэтому приоритетной становится задача построения



модели специалиста по социальной работе и клинической психологии, деятельность которого осуществляется во взаимопересечении различных общественных практик. При этом продуктивность социальной работы и клинической психологии во многом зависит от самого специалиста, его знаний, опыта, личностных особенностей и качеств.

В рамках намеченной проблемы решается задача изучения статуса и роли специалиста по социальной работе и клинической психологии в здравоохранении (включая социологический и социально-психологический анализ как самоидентичности специалиста, так и ценностных экспектаций населения) и значимость социальной работы и клинической психологии в укреплении общественного здоровья. Весомой является компаративистская методология исследования различных форм социальной работы и клинической психологии в российских регионах и за рубежом.

На основании впервые вводимых в научный оборот новых аналитических подходов и массива данных количественного и качественного социологического исследования выявляются и разрабатываются модели становления и развития структуры социальной работы и клинической психологии в отечественном здравоохранении, которые представляют несомненный интерес для современной России. Построение эффективной модели опирается на основные принципы социальной работы, клинической психологии, так и биомедицины, применительно к системе российского здравоохранения: непричинение вреда, универсальности, охраны социальных прав, клиентоцентризма, суверенности и автономности клиента, опоры на собственные силы, максимизации социальных ресурсов, конфиденциальности; толерантности.

Основные методы исследования: сравнительная социология, социология медицины. Предполагается использование



количественного и качественного подходов: анкетирование, интервьюирование, экспертный опрос, метод фокус-группы, контент-анализ медицинской и персональной документации, с особым акцентом на программах охраны общественного и индивидуального здоровья, нацеленных на выявлении потенциала оптимизации качества жизни населения России.

Материалы исследования и их анализ свидетельствуют, что элементы социальной работы и клинической психологии возникали постепенно в ходе цивилизационного развития России. Относительно стабильная институциональная структура, решающая проблемы социальной работы в здравоохранении, сложилась в недрах социалистического строя и носила государственно-патерналистский характер. В современной России, претерпевающей антропологический кризис, социальная работа и клиническая психология в здравоохранении нуждаются в качественно ином уровне институализации, адекватном социальным ожиданиям населения.

Особое внимание необходимо уделить анализу гражданских инициатив, способствующих появлению новых форм социальной работы: добровольчество, возникновение частных некоммерческих организаций, общественных структур, задачами которых является оказание социально-медицинской поддержки людям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. Системообразующим фактором модели специалиста по социальной работе и клинической психологии в системе здравоохранения выступают следующие принципы антропологической парадигмы: а) гуманизм как ориентация на работу с уникальной личностью, б) аксиологизм как признание абсолютной ценности жизни человека, в) научность как организация социальной работы и клинической психологии на фундаменте обоснованности, доказательности и достоверности знаний и результатов исследований. Важным аспектом модели специалиста по социальной работе и



клинической психологии в системе здравоохранения являются такие её свойства как поливариативность и гибкость, релевантные всему спектру потребностей и экспектаций различных групп и слоёв населения.

С учетом изложенного необходимо исследовать общественные связи и отношения субъектов социальной работы и клинической психологии в здравоохранительной сфере, которые часто приобретают конфликтогенный потенциал на интерперсональном, интергрупповом и социетальном уровнях. В этом смысле важное значение приобретает разработка инварианта системы качеств профессиональной компетенции специалистов помогающих профессий.

Проективно-прогностическое значение модели специалиста по социальной работе и клинической психологии в системе здравоохранения заключается в экспликации алгоритма деятельности профессионала в русле социопсихозекологического оптимума.

На основе конкретного материала проведен первичный анализ общественного мнения о возможностях и результативности социальной работы и клинической психологии в здравоохранении. В этом плане большой научный интерес представляют выявленные авторами в результате пилотажного исследования тенденции разброса ценностных ожиданий и готовности к реализации имеющихся ресурсов. Проведен предварительный экспертный опрос руководителей лечебно-профилактических учреждений об имеющемся потенциале психологической и социально-медицинской работы.

Эти данные позволяют определить и уточнить векторы профессиональной деятельности специалистов по социальной работе и клинической психологии в здравоохранении.



Теория социальной работы ориентирована на поиск и систематизацию знаний об определенных сторонах реальности - 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. Ныне 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 проблемы. 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) предусматривает получение знаний в области медицины, а также реабилитационного консультирования.

Среди смежных дисциплин, знание которых необходимо для социального работника, следует назвать и право. 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.

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, медики, 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 («несущие» 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. Общефилософские (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», совершай 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.

1.3. Социальная работа в России: история и современность

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

С возникновением в IX в. Древнерусского государства и утверждением в нем христианства в качестве государственной религии (988 г) 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 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 соответствии с религиозными нравственными нормами русские князья считали главным попечителем страждущих духовенство.

С образованием единого Российского государства стала усиливаться 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 предусматривал



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 надо 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.

Основные направления общественного сознания, фиксирующего помощь и поддержку ближнему в России со стороны



государства и со стороны церкви, оформились в XIV-XV вв. На рубеже XIX-XX 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 помощи идеи альтруизма находят свое развитие в логике идей индивидуализма, где чувства, мысли и желания отдельного человека есть высшая самооценность. Отсюда специфика помощи, когда клиентом 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 немалую роль сыграли 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 опыт. Философия «призрения» многие столетия являлась определяющей в отечественной модели помощи. Призреть - значит приблизить, озаботиться нуждами ближнего своего. Критерием нормы является не 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.

В первой половине XX столетия теория социальной работы развивалась в отдельных странах и лишь во второй половине прошедшего века - в большинстве развитых 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 социально-гарантированных 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 работа 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 базовые начала, специфичные для социальной работы - гуманизм, справедливость, альтруизм, социальная обусловленность, социальная защищенность, 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, неблагоприятное 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 России 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.

Важно заметить, что медицинская общественность осознает происходящие в обществе изменения и предлагает человечеству изменить само отношение к болезни и здоровью с чисто медицинского на медико-социальное. Эта проблема активно обсуждается в Интернет-сообществе, так совсем недавно на суд общественности вынесено программное заявление «20 заповедей спасут мир». Группа ученых-медиков (проект Delphi: Джордж Аллейн, Джон Белл, Алан Бернштейн, Роберт Биглхоул, Нирман Гангули, Роджер Гласс, Джеффри Коплан и др) опубликовали свои



предложения по борьбе с самыми опасными заболеваниями. Выполнение 20 «заповедей» зависит, по их мнению, в первую очередь, не от врачей, а от общества, которому предложено изменить образ жизни. Хотя само словосочетание «20 заповедей» выглядит достаточно амбициозно, тем не менее, их смысл весьма значим.

A. Вовлечение общественности

1. Повышать приоритет борьбы с неинфекционными заболеваниями

2. Популяризовать здоровый образ жизни и выбор «правильных» продуктов

3. Распространять полную и убедительную информацию о влиянии здоровья на экономическую, социальную и публичную жизнь

B. Влияние на экономические, правовые и природные аспекты

4. Изучить влияние бюджетных ассигнований и налогообложения на здоровье

5. Разработать местные, национальные и международные ограничения, которые бы привели к снижению употребления алкоголя, табака и «нездоровой» пищи

6. Изучить влияние плохого здоровья на экономику

C. Ослабление факторов риска

7. Добиться широкого внедрения проверенных способов борьбы с употреблением табака

8. Увеличить доступность и потребление «здоровой» пищи

9. Популяризовать физическую активность до конца жизни

10. Лучше понять природные и культурные факторы изменений в поведении людей

D. Вовлечение бизнеса и общественности

11. Сделать бизнес ключевым партнёром в популяризации здоровья и профилактике



12. Разработать и следить за применением кодексов ответственного поведения в пищевой и ресторанной индустрии

13. Подключать общественные ресурсы, в том числе волонтеров и религиозные общины

Е. Ограничение влияния бедности и урбанизации на здоровье

14. Выяснить, как бедность увеличивает факторы риска, и бороться с этим

15. Изучить связи между урбанизацией и хроническими неинфекционными заболеваниями

Ф. Переориентирование систем здравоохранения

16. Распределять ресурсы системы здравоохранения соответственно тяжести заболевания

17. Сместить акценты профессионального обучения врачей на профилактику болезней

18. Увеличить количество и улучшить качество медицинских работников, занимающихся хроническими неинфекционными заболеваниями - особенно в развивающихся странах

19. Построить систему здравоохранения, интегрирующую диагностику и профилактику с оказанием медицинской помощи

20. Улучшить доступность медикаментов для предупреждения осложнений хронических неинфекционных болезней

Хронические неинфекционные заболевания давно достигли эпидемического масштаба во многих странах. Среди наиболее распространенных - сердечно-сосудистые (в основном, конечно, инфаркт миокарда и инсульт) и хронические респираторные заболевания, определенные виды рака и диабет 2 типа.

Инициаторы Delphi предлагают «стимулировать общественность, научные и политические организации к борьбе с этой эпидемией» и способствовать международному обмену опытом, поддержке и финансированию проектов. Как отмечает руководитель



проекта Абдалаа Даар из Университета Торонто, в списке нет главной задачи, хотя они и объединены в 6 групп:

- A. Вовлечение общественности
- B. Влияние на экономические, правовые и природные аспекты
- C. Ослабление факторов риска
- D. Вовлечение бизнеса и общественности
- E. Ограничение влияния бедности и урбанизации на здоровье
- F. Переориентирование систем здравоохранения

Во многих исследованиях по всему миру было установлено и неоднократно подтверждено, что устранение факторов риска (плохое питание, низкая физическая активность, курение) способно предотвратить 80% случаев болезней сердца, инсультов, диабета 2 типа и 40% раковых случаев, относимых к хроническим неинфекционным болезням.

Поэтому самое главное здесь - заинтересовать общество, ведь основные факторы риска порождаются нашим образом жизни. Кроме того, эти заболевания можно предотвратить при регулярном осмотре, а профилактика не только приводит к сохранению здоровья, но и помогает существенно сэкономить на лечении.

Оксфордский профессор Джон Белл считает, что 20 «заповедей» применимы во всех странах, однако в зависимости от возможностей и национальных особенностей необходимо выделить проблемы, требующие прицельного внимания уже на первом этапе.

Так или иначе, на главный фактор - образ жизни и порождаемые им вредные привычки - повлиять не сможет ни один врач или ученый, так что выполнение «заповедей» больше зависит от общества и напрямую касается задач социальной работы в здравоохранении.



Глава 2. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

2.1. Нормативно-правовое обеспечение системы социальной защиты населения Российской Федерации

Процесс институализации социальной работы в нашей стране имеет четко определенное начало - апрель 1991 г. Это был период бурных изменений в переустройстве социальной системы, которые затронули интересы всего населения страны, приведя к достаточно резким изменениям в стиле жизни людей. По прошествии времени, можно сказать, что это были интересные и одновременно трудные годы. При этом в соответствии с закономерностью возникновения социальной аномии, вызванной системным кризисом, что отмечал еще

Э. Дюркгейм, множество людей оказались в трудной жизненной ситуации, и соответственно возросла социальная напряженность. Одной из мер по ее снижению явилось формирование особого института, ориентированного на оказание адресной, конкретной помощи и поддержки различным категориям населения страны.

В постановлении Госкомтруда СССР от 23 апреля 1991 г. № 92 квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих был дополнен квалификационной характеристикой "Специалист по социальной работе", которая согласно Постановлению «применяется во всех отраслях народного хозяйства». Хочется особо подчеркнуть последний момент, хотя и обозначенный в языковом стиле документов советского периода, однако для нас важна намеченная широта сфер деятельности специалиста по социальной работе.

Какие же должностные обязанности вменялись данному специалисту указанным Постановлением?



«Он выявляет на предприятии, в курируемом микрорайоне семьи и отдельных лиц, нуждающихся в социально-медицинской, юридической, психолого-педагогической, материальной и иной помощи, охране нравственного, физического и психического здоровья, и осуществляет их патронаж.

Устанавливает причины возникших у них трудностей, конфликтных ситуаций, оказывает им содействие в их разрешении и социальную защиту.

Содействует интеграции деятельности различных государственных и общественных организаций и учреждений по оказанию необходимой социально-экономической помощи населению.

Проводит среди населения работу по пропаганде здорового образа жизни, планированию семьи, соблюдению санитарно-гигиенических норм...

Оказывает помощь в семейном воспитании, лицам, испытывающим негативное воздействие социального окружения по месту жительства, учебы, работы...

Проводит психолого-педагогические и юридические консультации по вопросам семьи и брака, воспитательную работу с несовершеннолетними с асоциальным поведением.

Выявляет и оказывает содействие детям и взрослым, нуждающимся в опеке и попечительстве, устройстве в лечебные и лечебно-воспитательные учреждения, получении материальной, социально-бытовой и иной помощи.

Организует общественную защиту несовершеннолетних правонарушителей, в необходимых случаях выступает в качестве их общественного защитника в суде.

Участвует в работе по созданию центров социальной помощи семье, усыновления, попечительства и опеки, социальной



реабилитации, приютов, молодежных, подростковых, детских и семейных центров, клубов и ассоциаций, объединений по интересам и т.п.»¹¹

Как видим, в перечислении общих должностных обязанностей специалиста по социальной работе есть прямое указание на медико-социальную проблематику. Кроме того, в социально-педагогической, правовой, социально-психологической сферах имплицитно содержится установка на деятельность профессионала социальной работы, подготовленного специально для труда в области здравоохранения. Но на практике реализация столь общих указаний оказалась редуцированной и не отвечающей в полной мере объективным потребностям цивилизованного гражданского общества.

Спустя некоторое время для уточнения сферы приложения социальной работы, министерство здравоохранения РФ издает приказ "О создании научно-методического совета по социальной работе в здравоохранении", в котором подчеркивается важность социальной работы в системе медицинских учреждений. В преамбуле указывается, что данный документ принят в целях реализации Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан по вопросам оказания медико-социальной помощи населению, разработки других правовых и нормативных документов, предусматривающих развитие профессиональной социальной работы, организации и координации деятельности отрасли по вопросам социальной работы в лечебно-профилактических учреждениях.

Основными задачами и функциями создаваемого научно-методического совета являются следующие:

¹¹ Постановление Госкомтруда СССР от 23 апреля 1991 г. № 92 "О дополнении квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих и об установлении должностных окладов специалистов по социальной работе"



1. Участие в разработке теоретических и организационно-методических вопросов становления и развития профессиональной социальной работы в отечественном здравоохранении.

2. Подготовка предложений по организации социальной работы в учреждениях здравоохранения.

3. Разработка проектов нормативно-методических документов по данному виду деятельности.

4. Обеспечение взаимодействия Минздрава России и другими министерствами и ведомствами в вопросах подготовки совместных решений по проблемам социальной работы.

5. Разработка предложений по планированию и прогнозированию потребности в **социальных работах** для учреждений здравоохранения.

6. Консультативно-методическая помощь учреждениям здравоохранения в вопросах организации социальной работы в различных областях медицинской практики.

7. Выработка методических рекомендаций по вопросам подготовки социальных работников, участвующих в оказании медико-социальной помощи населению.

8. Содействие образовательным учреждениям в программно-методическом обеспечении подготовки социальных работников для различных областей здравоохранения.

9. Подготовка предложений по проведению научных исследований по проблемам становления и развития медикосоциальной работы в Российской Федерации.

10. Организация научно-практических конференций, совещаний по актуальным вопросам социальной работы в учреждениях здравоохранения, медико-социальной работы в учреждениях других ведомств.



11. Подготовка информационных и инструктивно-методических материалов по медико-социальной работе¹².

Казалось бы, при создании специальной структуры, ориентированной на сотрудничество медицины и социальной работы, процесс должен был получить мощный толчок к развитию. Но этого не произошло. В качестве примера можно привести приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 июля 2007 г. N 466" О проведении научно-практической конференции "Пожилой больной. Качество жизни". Обратим внимание, что этот приказ издан спустя 10 лет после создания научно-методического совета по обеспечению взаимодействия медицины и социальной работы. Какие же вопросы планировалось вынести на обсуждение в ходе конференции? Напомним, что конференция посвящена проблеме качества жизни пожилых больных.

«1. Организация медицинской и социальной помощи пожилым. Современные геронотехнологии. Роль среднего медицинского персонала в оказании медико-социальной помощи.

2. Геронтологические аспекты терапии (кардиология, ревматология, гематология, и т.д.), хирургии, офтальмологии, стоматологии, неврологии и психиатрии.

3. Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клинико-экономический анализ в гериатрии.

4. Фундаментальные основы старения и геропротекции.

13

5. Геронтофармакология: новые рубежи» .

По существу предлагаемая программа является именно медицинской, а не медико-социальной. Что собственно и

¹⁹

Приказ Минздрава РФ от 13 октября 1997 г. N 301 "О создании научно-методического совета по социальной работе в здравоохранении"

¹³ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 июля 2007 г. N 466" О проведении научно-практической конференции "Пожилой больной. Качество жизни"



подтверждается составом оргкомитета, когда из 15 членов лишь один профессионально занимается социальной работой, а 14 человек являются специалистами в различных областях медицины.

Существенным фактором, тормозящим активное развитие социальной работы в здравоохранении, является несогласованность правовых норм, действующих сегодня в Российской Федерации. Если проанализировать «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан...»,¹⁴ в котором Статья 1 фиксирует, что «охрана здоровья граждан - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья», то становится ясным, что феномен здоровья не является исключительно медицинской прерогативой. Однако, совершенно бесспорно, что для специалистов, работающих в этом направлении, необходима особая профессиональная подготовка.

Согласно статье 2. основными принципами охраны здоровья граждан являются:

- 1) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
- 3) доступность медико-социальной помощи;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

¹⁴ Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (с изменениями от 2 марта 1998 г., 20 декабря 1999 г., 2 декабря 2000 г., 10 января, 27 февраля, 30 июня 2003 г., 29 июня, 22 августа, 1, 29 декабря 2004 г., 7 марта, 21, 31 декабря 2005 г., 2 февраля 2006 г.)



Праву граждан на медико-социальную помощь посвящена статья 20, где перечисляются правовые ситуации и виды помощи, а также отмечается, что «медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения».

В действительности ситуация с социальной работой в здравоохранении сегодня сложилась в чрезвычайно урезанном виде, а именно только в наркологии и психиатрии. В остальных же сферах специалисты по социальной работе не востребованы, а социальная работа, касающаяся проведения в жизнь провозглашенных принципов охраны здоровья и прав граждан на медико-социальную помощь и поддержку переадресована системе социальной защиты населения.

На местном уровне социальная работа регулируется законом Волгоградской области от 15 января 2001 г. N 495-ОД "О работниках социальных служб Волгоградской области" (с изменениями от 12 января 2006 г.). В статье 2 этого закона указано, что социальные службы Волгоградской области включают в себя:

«государственные учреждения (отделения) социального обслуживания, входящие в Номенклатуру учреждений (отделений) социального обслуживания населения Волгоградской области, утверждаемую органом исполнительной власти Волгоградской области;

государственные отделения (палаты сестринского ухода) срочной социальной помощи;

государственные профессиональные учебные заведения- интернаты для инвалидов;

государственные протезно-ортопедические предприятия;

государственные центры временного пребывания беженцев;



учреждения, организации и предприятия иных форм собственности, оказывающие населению социальные услуги;

граждан, занимающихся предпринимательской деятельностью по социальному обслуживанию населения без образования юридического лица»¹⁵.

И здесь прослеживается тенденция к элиминации проблем здравоохранения из сферы социальной работы, в качестве необходимых признаются только палаты сестринского ухода, что явно недостаточно. Далее в законе перечисляются общие квалификационные требования к работникам социальных служб (статья 6), которые обязаны знать:

«основы законодательства об охране здоровья населения и социального обеспечения;

особенности психологии клиентов социальных служб; основы оказания первой помощи при неотложных состояниях; национальные и религиозные особенности быта и семейного воспитания, народные традиции клиентов социальных служб; теорию и практику социальной работы;

основные направления проводимой в Российской Федерации и Волгоградской области политики социальной защиты населения;

законы, иные нормативные правовые акты, принятые на федеральном и региональном уровнях, регулирующие общественные отношения в сфере социального обслуживания;

работу органов и учреждений социального обслуживания; отечественный и зарубежный опыт практической социальной работы;

нормы профессиональной этики социального обслуживания»¹⁶.

¹⁵ Закон Волгоградской области от 15 января 2001 г. N 495-ОД "О работниках социальных служб Волгоградской области" (с изменениями от 12 января 2006 г.)

¹⁶ Там же



Очевидно, что социальным работникам необходимо овладение некоторым базовым уровнем медицинских знаний и навыков, поскольку им вменяется в обязанность оказание первой помощи при неотложных состояниях, но и только. Сотрудничество социального работника с медицинскими специалистами по оказанию социальной помощи пациенту не предусматривается. Но при этом в Постановлении Правительства РФ от 3 апреля 2006 г. N 191 "Об утверждении перечня должностей подлежащих обязательному страхованию медицинских, фармацевтических и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, занятие которых связано с угрозой жизни и здоровью этих работников" среди собственно медицинских и фармацевтических специальностей указаны медицинский психолог, работающий с лицами, страдающими психическими расстройствами, а также специалист по социальной работе, социальный работник, занимающиеся медико-социальной реабилитацией больных туберкулезом и граждан, страдающих

17

психическими расстройствами. В действительности деятельность специалистов не ограничивается лишь перечисленными нозологиями, существуют и другие заболевания, которые представляют собой угрозу, то логично предположить, что этот ряд следовало бы продолжить. Но здесь важно, что немедицинские специалисты включены де факто в перечень должностей медицинского учреждения.

Следует также подчеркнуть, что в законодательстве Российской Федерации об охране здоровья граждан подчеркивается право граждан на медико-социальную помощь:

«При заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая

¹⁷ Постановление Правительства РФ от 3 апреля 2006 г. N 191 "Об утверждении перечня должностей подлежащих обязательному страхованию медицинских, фармацевтических и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, занятие которых связано с угрозой жизни и здоровью этих работников"



включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения,

18

а также в учреждениях системы социальной защиты населения» .

Фактически же медико-социальная помощь как целостный феномен пока только находится в стадии разработки, сегодня они разделены как разные виды деятельности, осуществляемые соответственно различными и достаточно обособленными государственными структурами.

2.2. основополагающие 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 идеологического, политического, религиозного,

¹⁸ Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 (с изменениями от 2 марта 1998 г., 20 декабря 1999 г., 2 декабря 2000 г., 10 января, 27 февраля, 30 июня 2003 г., 29 июня, 22 августа, 1, 29 декабря 2004 г., 7 марта, 21, 31 декабря 2005 г., 2 февраля 2006 г.



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 автономность 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.

Перечисленные положения характерны для подавляющего большинства профессий в системе «человек - человек». Близкие по смыслу являются регулятивами поведения и в медицине. Причем важно отметить, что теоретическая разработка мировоззренческих исходных начал в социальной работе нашла свое воплощение в правовых нормах. Например, в Законе Волгоградской области "О работниках социальных служб Волгоградской области" в статье 3. «Принципы профессиональной деятельности работников социальных служб» указывается, что деятельность работников социальных служб строится на следующих принципах: нравственности; гуманности; милосердия; законности; адресности; доступности; конфиденциальности; открытости;

социальной справедливости;

профессиональной компетентности;

профилактической направленности;



соблюдения конституционных прав клиента социальной службы как человека и гражданина России.¹⁹

Политические, религиозные и национальные особенности индивидов, нуждающихся в помощи, их поведенческие стереотипы и сама их внешность могут оказаться непривычными для лиц, 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,

¹⁹ Закон Волгоградской области от 15 января 2001 г. N 495-ОД "О работниках социальных служб Волгоградской области" (с изменениями от 12 января 2006 г.)



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.

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.

2.3. Социальная работа и социальная политика в современном российском обществе

Государственная социальная политика - действия государства в социально-трудовой сфере, преследующие цели, соотнесенные с конкретно-историческими обстоятельствами, подкрепленные необходимыми организационными и пропагандистскими усилиями, 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 свою социальную базу. Адекватное и весомое в обществе представительство 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) Г носеологический - 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 ее отбору и восприятию. Развитость информационно-ценностного отношения 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.

В целом социальная работа представляет собой неотъемлемую часть социальной политики Российской Федерации.

Социальное развитие - необходимое, направленное, закономерное развитие социально-трудовой сферы, общественной жизни или отдельно 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 иерархической лестницы категорий нуждающихся. (Социальные работники, как никто другой, знают, 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 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.

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 общества. 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 чьих 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 экспертизы, 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 проблем путем разработки и реализации целевых социальных программ.

2.4. Ценность жизни как этическое основание социальной работы

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 этом жизнь рассматривается как необходимое условие для выполнения человеком его социальных функций. В этике данное обстоятельство осмысливается 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 человека. И если у З. Фрейда трактовка бессознательного близка к воззрениям классической этики, то у других психоаналитиков мировоззренческая позиция иная - позитивная. Ее отчетливо выразил один 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 степень абстракции, во-вторых, условием его возникновения является осознание вплетенности человеческой жизни в систему 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.

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 видит то, что способно поднять человека над самим собой, таким образом он может исполниться как личность в свободе и независимости от природного механизма.

Этический кодекс специалиста по социальной работе



Часто упоминаемую клятву Гиппократа можно представить не только как обещание верности врачебному долгу, но и как моральный кодекс представителя любой гуманитарной профессии, конечно, за исключением специфически медицинских положений, присутствующих в ней. *«Клянусь Аполлоном врачом, Асклеием, Гигиеей и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: почитать научившего меня наравне с моими родителями, делиться с ним своим достатком и в случае надобности помогать ему в нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому.*

Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости.

Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же не вручу никакой женщине абортивного пессария. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство. Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом.

В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Что бы при лечении - а также и без лечения - я ни увидел или



ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной.

Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное ²⁰ этому» .

Клятва врача - принята в 1999 году Госдумой, перекликается со смыслом Клятвы Гипократа, но учитывает уже современные реалии: «Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь:

честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека;

быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к больному, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств;

проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии;

хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту;

доброжелательно относиться к коллегам, обращаться к ним за помощью и советом, если этого требуют интересы больного, и самому

²⁰ Первоначальный вариант был написан Гиппократом в V в. до н.э. на ионийском диалекте древнегреческого языка



никогда не отказывать коллегам в помощи и совете;

постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины — КЛЯНУСЬ».

Альтруизм, благодеяние, взаимопомощь, гуманизм, милосердие, терпимость, человечность, чуткость и др. моральные, нравственно-этические категории необходимые личности специалиста по социальной работе. В связи с этими нормами законодательно закреплены ограничения, связанные с исполнением работниками социальных служб должностных обязанностей:

«Работник социальных служб не вправе:

получать от клиентов социальных служб подарки, денежные вознаграждения за услуги в связи с исполнением должностных обязанностей;

осуществлять на условиях трудового договора (контракта) социальное обслуживание близких родственников: родителей, супруга(и), детей, в том числе усыновленных, бабушки, дедушки, внуков;

использовать в личных целях полученную от клиента (о клиенте) социальной службы информацию;

пользоваться в личных целях состоянием клиента социальной службы, неспособного адекватно оценивать жизненную ситуацию и соизмерять с ней свои поступки»²¹.

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

21

Закон Волгоградской области от 15 января 2001 г. N 495-ОД "О работниках социальных служб Волгоградской области" (с изменениями от 12 января 2006 г.)



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 поведения, социальной защиты всех людей путем обеспечения энергетическими, 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.

Для улучшения социальной ситуации клиента в рамках социальной работы осознанно реализуются различные социальные технологии. Информационное обеспечение дало возможность математического моделирования достаточно сложных процессов с высокой степенью достоверности полученных результатов, что породило надежду 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 человечества - 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 природы целеполагания индивидов, множественность причин человеческой 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.



2.5. Система медико-социальной помощи

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 отойти от традиционной медицинской парадигмы инвалидности и признать за 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, психологической 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 ICIDH была частично взята российскими законодателями за основу при разработке ряда нормативных документов РФ, определяющих классификацию и критерии при осуществлении медико-социальной экспертизы инвалидности. 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 возродить 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.

Анализ и систематизация данных, опубликованных отечественными исследователями в последние годы по вопросам медико-социальной помощи контингентам больных различного профиля, составили основу 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, социальнобытового обслуживания на уровне обеспечения физиологического выживания. Принцип изоляции заключался в формировании

²² Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование. М.: Наука, 1999. - 240 с.; Мартыненко А.В. Проблемы становления в России медико-социальной работы как профессиональной деятельности //Проблемы соц. гигиены и истории медицины. - 1995. - № 4. - С. 41-44.



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 причин, 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) непременным 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 объема государственных профилактических 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.

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 образу жизни;
- 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 социально-бытовых 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 социальных проблем - семейных, бытовых, материальных, правовых;
- 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 промышленных катастрофах;
 - содействие в решении правовых проблем клиента;
 - психокоррекционная работа; преодоление вредных привычек и нездорового образа жизни; семейное консультирование и 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 мероприятий учитывает особенности проблем той или иной группы клиентов. Это 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.

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 психолого-педагогической



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.

Профессиональная компетентность социального работника в здравоохранении

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.

Установлено серьезное неблагополучие реальной жизненной ситуации у большинства обследованных.

Статус пациентов характеризует прогрессирующее основное заболевание 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.

Обнаруживался эффект суммирования негативных последствий спектра нерешенных медицинских и социальных проблем. Так, 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.

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 медикосоциальной помощи.

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, неврозами, 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 действия, направленные на предупреждение возможной социальной дезадаптации - социальное



консультирование, посредничество между пациентом и его ближайшим окружением, прохождение психотерапевтических тренингов.

Члены семей психиатрических больных и их ближайшее окружение, как выделяемая нами отдельная группа клиентов медикосоциальной работы, требует своего специфического подхода. Отмечено, что в медикосоциальной 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 среде, 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 прогредиентностью 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 болезнью. В этой связи приоритетными выступают социально ориентированные виды психотерапии, включающие групповую 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 и 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.

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 и приемов 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 социально-психологический 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 и 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 особенность инвалидизации в данном случае заключается в том, что инвалидность в подавляющем 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 медико-социальной 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, контакт с правоохранительными органами, содействие в осуществлении родительских функций, при необходимости контроль за соблюдением режима probation (административного надзора).

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 учетом перечисленных проблем важное значение в медико-социальной работе приобретает взаимодействие и координация усилий специалистов смежных 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 медико-социальных 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.





Глава 3. КОНФЛИКТОГЕННЫЕ ИНТЕНЦИИ СОВРЕМЕННОГО РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3.1. Легитимизация гуманистической ценности здоровья в современном российском обществе

Система здравоохранения, являясь институциональной сферой российского общества, объединяет всю сумму современных знаний о процессах, влияющих на здоровье населения и позволяющих правительству формировать политику, направленную на его сохранение и укрепление²³

И на уровне теории, и на уровне практики медицина тесно связана с ценностно-мировоззренческими представлениями людей. Аксиомой является то, что система знаний о здоровье человека не ограничивается медицинскими аспектами, а предполагает социально-гуманитарный подход, то есть изучение всей совокупности отношений между врачом и пациентом в диапазоне от традиционной заботы о психическом состоянии пациента до принципов этического и законодательного регулирования врачебной деятельности²⁴

Процесс формирования современной системы охраны здоровья населения в России является отражением происходящих в стране политических и социально-экономических изменений. Исключительное место здравоохранения в экономике страны и декларирование здоровья как гуманистической ценности не является

²³ Вялков А.И. Основы региональной политики в здравоохранении М.: ГЕОТАР - Мед, 2001. - 336 с., Решетников А.В. ОМС: задачи имеют решение (из опыта теории и практики) М.: Эфлак, 2002. - 28 с.

²⁴

Григорьев И.Ю. Состояние и пути повышения уровня правовых знаний руководящего персонала лечебных учреждений / И.Ю. Григорьев, Ю.И. Григорьев // Здравоохранение. - 2002.- №5.- С. 167 - 170., Петров В.И. Практическая биоэтика: этические комитеты в России / В.И. Петров, Н.Н. Седова // Москва: «Триумф», 2002. - 192 с., Щепин О.П. О роли ценностей в формировании политики здравоохранения РФ / О.П. Щепин, В.Б. Филатов, И.Э. Чудинова, Я.Д. Погорелов // М., 2000. - №3. - С. 9 - 12.



препятствием для развития рыночных отношений в этой сфере, но требует достижения определенного уровня системы его обеспечения.

Статья 41 Конституции РФ закрепляет право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь (в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений). Анализ общего и специального законодательства, обеспечивающего реализацию этого конституционного права показал, что нормативно-правовая база здравоохранения на сегодняшний день

- это более десяти законов Российской Федерации, закрепляющих правила поведения участников правоотношений в разных областях медицины. Среди основополагающих федеральных законов следует отметить законы РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» №1499-1 от 28 июня 1991 года и «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» №5487-1 от 22 июля 1993 года. Чрезвычайно важным представляется то, что в этих документах за пациентом признается статус равноправного субъекта в отношениях, связанных с оказанием ему медицинской и лекарственной помощи. В условиях перехода к рыночным отношениям многообразие видов и форм медицинских услуг, а так же формирование сети лечебных учреждений с различными формами собственности, неизбежно переводит отношения между медицинскими работником и пациентом из сферы чисто социальной в сферу правовую, профессиональноэкономическую. Следствием этого стала необходимость гражданско- правового регулирования этих отношений, которое осуществляется Гражданским кодексом РФ и многочисленными специальными отраслевыми законодательными актами, освещающих с разных точек зрения частные проблемы функционирования системы здравоохранения.



И все же правовое обеспечение оказания медицинской помощи в условиях реформирования отрасли не является адекватным. Недостаточно регламентированы оказание платных медицинских услуг населению, страхование профессиональной ответственности медицинских работников, вопросы досудебного урегулирования конфликтов в ЛПУ, механизмы финансирования лечебных учреждений с учетом их реальных потребностей и результатов деятельности.

Закон РФ «О медицинском страховании граждан» декларирует «равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования» всем гражданам России. Фактически же, в условиях финансирования здравоохранения даже не по остаточному принципу, а по кризисному варианту, бесплатное лечение с момента принятия этого документа осуществляется лишь в «объеме и на условиях соответствующих программ обязательного медицинского страхования», а это автоматически привело к значительному расширению платных медицинских услуг, доступных далеко не всем.

В рамках социалистической системы здравоохранения, с абсолютизацией тотальной роли государства в условиях общественного вида собственности, реализация определенных программ охраны здоровья населения обеспечивалась методами централизованного руководства и системой вертикального административного контроля.

Советская «мобилизационная» система здравоохранения, созданная Н.А. Семашко и его последователями - ровесница первых пятилеток, государственных планов индустриализации и коллективизации. Она выдержала и преодолела последствия Гражданской войны, хорошо работала в годы Великой Отечественной войны и восстановления народного хозяйства после нее. Ее



эффективность не вызывала сомнений. Плановый характер финансирования (включая подготовку кадров, строительство медицинских учреждений и обеспечение их аппаратурой и медикаментами, научно-исследовательскую работу), а так же четко выстроенная управленческая вертикаль и отлаженные горизонтальные связи (преемственность между лечебными учреждениями) позволили коренным образом изменить демографические показатели в Советской России, снизить заболеваемость. Так, с середины 60-х до конца 80-х годов численность населения в стране росла примерно равными темпами - в среднем на 5,5 - 7,0% за пятилетие, причем оно увеличивалось исключительно за счет естественного прироста, а не за счет миграционного фактора, маскирующего депопуляцию. Максимальная величина показателя ожидаемой продолжительности жизни в России была отмечена в 1986 году (64,9 лет для мужчин и 74,6 лет для женщин) (Комаров, 1994; Лисицын, 1993, 1995).

Многие годы считалось, что чем значительнее затраты на развитие здравоохранения, тем в большей степени будут удовлетворены потребности граждан в медицинском обслуживании. Такое утверждение было справедливо до начала 60-х годов, когда практически во всех странах наметились негативные переломные тенденции в динамике здоровья. К этому времени экстенсивный способ наращивания ресурсов себя исчерпал. Созданная в это время «концепция факторов риска» утверждала, что здоровье зависит не только от здравоохранения (в западных странах, несмотря на выделение значительных средств, доля его влияния на здоровье оценивается в 8 - 12%), но и от образа и условий жизни, социально - экономических ее аспектов, от состояния окружающей среды. Здравоохранение развивается не только с учетом потребностей населения в здоровье, но и в соответствии с возможностями общества по удовлетворению этих потребностей. Процессы реформирования



экономики в целом неизбежно влияют на развитие всех отраслей народного хозяйства. Рыночные отношения диктуют необходимость радикальных перемен и в организации здравоохранения.

В новейшей истории здравоохранения России (по данным литературных источников) выделяются 3 этапа реформирования. В течение первого этапа (1987 - 1992 гг.) была предпринята попытка расширения возможностей применения новых экономических методов управления в здравоохранении, в рамках имеющейся государственнобюджетной системы финансирования, за счет перехода лечебнопрофилактических учреждений на новые условия хозяйствования. Решалась задача частичной децентрализации управления внутри сектора. Руководителям ЛПУ предоставлялось право самостоятельно распоряжаться бюджетными средствами в пределах сметы, что повышало эффективность функционирования медицинских учреждений и расширяло возможности материального стимулирования сотрудников. Основной проблемой в этот период времени являлось недостаточное финансирование отрасли, которое в ряде случаев трактовалось как критическое.

В 1991 году произошло изменение основного источника финансирования ЛПУ и часть расходов на здравоохранение из государственного бюджета была перенесена на себестоимость продукции (медицинские услуги). Кроме этого, вертикальная децентрализация управления дополнилась горизонтальной, так как утверждалась субъектность учреждений здравоохранения. Проблема неадекватного финансирования ЛПУ сохранилась. Абсолютизация медицинского страхования без проработки возможных последствий привела к тому, что к 1993 году в России образовались сотни коммерческих страховых организаций искусственно сдерживающих время финансового оборота средств, предназначенных для медицинских учреждений. Необходимость решить возникшие



проблемы привела к созданию федерального и территориальных фондов ОМС (ТФОМС), целью которых стало осуществление сбора средств от работодателя и распределение их по страховым компаниям под контролем государства. То есть эти организации стали работать как учреждения, аккумулирующие финансовые ресурсы здравоохранения и имеющие самостоятельные распределительные функции, при этом их ответственность за качество медицинского обслуживания оставалась формальной²⁵.

Появление в системе здравоохранения новой мощной, во многом независимой финансовой структуры помогло выжить лечебным учреждениям в условиях общего кризиса в стране, стабилизировать функционирование отрасли, но основная цель - формирование рыночных отношений в сфере оказания медицинских услуг населению, не была достигнута. Фактически сохранилась распределительная форма финансирования ЛПУ. В связи с недостаточностью средств не удалось сформировать накопительный фонд для инвестирования медицинских учреждений. ТФОМСы смогли обеспечить оплату стационарам лишь по пяти основным статьям расходной части их бюджетов (заработная плата, начисления на нее, медикаменты, мягкий инвентарь, питание), а поликлиникам по четырем (соответственно).

С 1998 года берет начало третий этап, связанный с системным реформированием здравоохранения на основе Концепции развития здравоохранения и медицинской науки, утвержденной Правительством Российской Федерации. Результатом этих преобразований должно стать сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения, что будет возможно в связи с увеличением объемов

²⁵ Омаров О.Р. Недостатки страховой медицины / О.Р. Омаров // Здравоохранение РФ.- 2002.- №5.- С.53 - 54.



мероприятий по профилактике заболеваний, повышением качества оказываемой медицинской помощи и более эффективным использованием ресурсов системы здравоохранения.

Считается, что российская медицина имеет три источника финансирования: бюджетное (федеральное и муниципальное), страховое и личные средства граждан. В 2004 году на долю федерального бюджета приходилось около 8% от совокупных средств, затрачиваемых на здравоохранение²⁶. Следовательно, страховой финансовый поток, который изначально задумывался как стимулирование деятельности учреждений здравоохранения и их работников (элемент рыночных отношений), постепенно превратился из дополнительного источника в основной, обеспечивающий государственные гарантии бесплатной медицинской помощи. Собираемость же средств на ОМС составляет в целом по Российской Федерации (значительно варьируя по регионам страны) менее 60% от расчетного объема²⁷. Такое финансирование, даже при декларируемом переходе от экстенсивного к интенсивному типу развития здравоохранения, является недостаточным.

«Программа социально-экономического развития РФ на среднесрочную перспективу (2003 - 2005 годы)» в разделе «Реформирование здравоохранения» подтверждает необходимость «улучшения состояния здоровья населения на основе обеспечения доступности качественной медицинской помощи», но при этом указывает на необходимость «обеспечения сбалансированности объемов государственных гарантий в области предоставления населению бесплатной медицинской помощи, лекарственного обеспечения и финансовых возможностей государства» и рекомендует «выведение из системы государственного финансирования не

²⁶ Решетников А.В. Российское общество и здравоохранение: социологическое осмысление взаимодействия М.: Изд-во Здоровье и общество, 2004.- 35 с.

²⁷ Решетников А.В. ОМС: задачи имеют решение (из опыта теории и практики) М.: Эфлак, 2002. - 28 с.



обеспеченных финансами мощностей государственных и муниципальных организаций здравоохранения»²⁸. В этих условиях руководители приветствуют интенсификацию труда медицинского персонала, снижая внимание к качеству оказываемой медицинской помощи, так как это позволяет подтвердить экономическую целесообразность существования учреждения.

Значительные трудности в создавшихся условиях испытывает медицинский персонал ЛПУ. Заработная плата медиков, работающих в системе ОМС, соответствует 6 - 14 разряду единой тарифной сетки (ЕТС) и лишь незначительно превышает размер прожиточного минимума. Это вынуждает врачей и медицинских сестер работать на 1,5 - 2,0 ставки (часто в двух - трех разных лечебных учреждениях). Интенсификация труда в рамках ограниченного времени приема пациентов, по опубликованным данным, так же приводит к снижению качества оказания медицинской помощи. Современное общество в условиях становления рыночных отношений переживает динамичный процесс социального расслоения. Основную часть населения страны составляют люди со средним и низким достатком, что позволяет им тратить на поддержание здоровья весьма скромные средства. Эта категория граждан в основном пользуется услугами, предоставляемыми по полису ОМС. При этом возможности лечения по традиционной ранее схеме, с последовательной сменой стационарной помощи на амбулаторную и завершением курса восстановительным лечением, практически не используется в связи с отрицательным отношением работодателей, как частных, так и государственных предприятий, к длительному пребыванию своих сотрудников на «больничном листе». Это приводит к хронизации заболеваний, а в случае отказа от стационарного лечения - к

²⁸ Программа социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2003 - 2005 годы) // Рос. газ., - 2003. - №173 (3287). - С. 11 -



утяжелению состояния больных, к росту инвалидизации и, в конечном итоге, влечет за собой увеличение материальных затрат государства на восстановление утраченного гражданами здоровья.

Лишь незначительное количество состоятельных россиян готово оплачивать свое лечение из личных средств или по системе добровольного медицинского страхования (ДМС), позволяющего расширить объем медицинской помощи, получить сервисные услуги в учреждениях здравоохранения.

Часть населения, не имеющая страховых полисов в связи с отсутствием прописки или работающая на предприятиях, не предоставляющих сотрудникам социального пакета, вообще лишена возможности получать бесплатную плановую медицинскую помощь.

Таким образом, общенациональная система охраны здоровья в настоящее время не в состоянии обеспечить равные возможности в удовлетворении потребностей в квалифицированной медицинской помощи различных социальных групп. Сочетая элементы советской модели централизованного управления отраслью и либерально капиталистические особенности ее организации, она не стабилизирует социальные отношения. Реформирование государственной системы здравоохранения идет более 10 лет, но по мнению многих авторов, несоответствие управленческих и экономических механизмов его функционирования, недоучет традиций и особенностей отрасли до сих пор поддерживает кризисное состояние в ней. Это снижает эффективность работы системы и ведет к развитию деградиционных процессов в состоянии здоровья населения.

Противоречия, возникающие в системе здравоохранения, выливаются в деструктивные, длительно текущие конфликты на различных уровнях социального взаимодействия. Формальноправовая основа функционирования здравоохранения вступает в конфликт с реальными возможностями экономического



регулирования медицинской деятельности в условиях перехода к рыночным отношениям (фактически это конфликт между органами управления здравоохранением и лечебно-профилактическими учреждениями). Деформация нравственных ценностей и социальных норм в современном обществе ведет к снижению профессиональной ответственности медицинских работников, осложняя межличностные отношения с коллегами и пациентами.

Адекватное экономическое обеспечение оказываемой медицинской помощи, контролируемая государством адаптация социальных норм к изменениям, происходящим в обществе, своевременная фиксация и урегулирование противоречий между общественными, коллективными и личными интересами получателей и представителей медицинских услуг, позволит повысить качество медицинского обслуживания и существенно улучшить показатели общественного здоровья, оптимизировать материальное стимулирование ЛПУ, отдельных медицинских работников и исключить ситуации, когда стремление получить материальную выгоду может нанести ущерб интересам государства и больного.

Острота возникающих противоречий усугубляется трудностями приспособления к высоким темпам перемен в обществе и системе практического здравоохранения. Сокращение зон государственного патернализма и гарантированных минимальных жизненных благ ухудшает экономическое, социальное и моральное состояние преобладающей части населения. Медицинскому персоналу лечебнопрофилактических учреждений приходится справляться не только с трудностями выживания в быстро меняющемся обществе (эта проблема является общей для медиков и пациентов), но и быть своеобразным буфером при возникновении различных социальных противоречий в момент оказания медицинской помощи, смягчая негативные последствия проводимых в отрасли реформ.



Высокий уровень личностной и реактивной тревожности определяет поведение человека в конкретной ситуации. Латентное течение конфликта между представителем и потребителем медицинской услуги в момент приема пациента переходит в открытое столкновение сторон. Конструктивное решение проблем на этом этапе чрезвычайно затруднено. Эмоциональная окраска противодействия смещается в негативную сторону, и психологическое напряжение возрастает до уровня стрессовой ситуации и завершается устной или письменной жалобой пациента в администрацию ЛПУ или органы управления здравоохранением.

3.2. Конфликты в амбулаторно-поликлиническом секторе системы здравоохранения

Российское общество живет в сложное и противоречивое время, когда конфликт становится характерным явлением жизни. К проблемам возникновения конфликтных ситуаций, их эффективного разрешения и профилактики проявляют огромный интерес все, кто в практической деятельности сталкивается с проблемой взаимодействия людей. Это связано с ростом напряженности в социальной сфере и деструктивными последствиями затяжных, своевременно не разрешаемых конфликтов. Конфликты внутри коллективов ЛПУ и в системе «врач-пациент» социально обусловлены и неизбежно ведут к снижению качества оказываемой медицинской помощи, отражая недостаточную обоснованность, непоследовательность реформ, проводимых в здравоохранении.

Конфликты особенно ярко проявляются в лечебнопрофилактических учреждениях крупных промышленных центров. Это является следствием серьезных экологических проблем мегаполисов, приводящих к значительному снижению уровня



здоровья населения, что увеличивает потребность в объемных лечебно-диагностических мероприятиях, необходимость в выполнении которых не всегда совпадает с возможностями территориально закрепленных медицинских учреждений. Различия в материально-техническом обеспечении больниц и поликлиник обуславливают снижение самооценки медицинского персонала, рост неудовлетворенности своим трудом, определяют уровень оплаты труда. Ограничение лечебно-диагностической базы учреждений влияет на квалификацию медицинского персонала, снижает качество оказываемой медицинской помощи.

Значительная дифференциация социально-экономического положения жителей городов, их психосоматическое состояние также оказывают определенное влияние на возникновение и развитие конфликтов в учреждениях здравоохранения в процессе предоставления медицинских услуг. В медицине же даже конструктивно и своевременно локализованный и разрешенный конфликт всегда связан не только со стрессами и снижением работоспособности персонала, но и напрямую влияет на здоровье пациента.

Реформирование здравоохранения в условиях становления рыночных отношений необходимо, но оно должно носить обоснованный, взвешенный и эволюционный характер, причем главными критериями оценки выбранного направления должны быть удовлетворенность пациентов и медицинского персонала, а также получение ожидаемых результатов улучшения качества жизни населения страны.

Изучение причин возникновения конфликтов в ЛПУ, закономерностей их развития позволит выявить узкие места реформ, скорректировать, применительно к практической деятельности, внедрение инноваций. Необходимость устранения негативных и



развития позитивных результатов конфликтного взаимодействия в организациях здравоохранения требует разработки предложений по управлению конфликтами в этой специфической сфере, эффективного механизма по их предупреждению, для оптимизации процесса оказания и повышения качества медицинской помощи.

Предпринимаются попытки решения части актуальных вопросов по проблеме конфликтного взаимодействия в учреждениях здравоохранения в период реформирования системы, в условиях внедрения рыночных отношений в отрасли.

Системного изучения конфликтов в организациях здравоохранения, возникающих в процессе реформирования отрасли в период становления рыночных отношений в России, не проводилось. Имеющиеся публикации немногочисленны, имеют фрагментарный характер, связанный в основном с исследованием проблемы применительно к локальным лечебно-профилактическим учреждениям (Поплавский, Шилина, Попова).

Тем не менее, для системной, полноценной экспликации природы конфликта в медицине и в системе здравоохранения необходим точечный анализ спектра конфликтных ситуаций, возникающих при оказании медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях, и их социальных и внутренних детерминант.

За последние два десятилетия расчет плановой функции врачебной должности практически не менялся. Но если ранее он жестко регламентировался соответствующим приказом Министерства здравоохранения, то после перехода лечебных учреждений на новые условия хозяйствования сохранились лишь рекомендательные документы, устанавливающие нижний порог почасовой нагрузки. Фактически же большинство лечебных учреждений по-прежнему использует ранее предложенные отраслевые нормативы времени и нагрузки для врачей амбулаторно-поликлинического приема в



качестве контрольных цифр, а региональные органы управления здравоохранением по этим критериям оценивают показатели работы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), утверждают их штатное расписание.

В «Программе социально-экономического развития РФ на среднесрочную перспективу (2003-2005 годы)» в разделе «Реформирование здравоохранения» указывается на необходимость «обеспечения сбалансированности объемов государственных гарантий в области предоставления населению бесплатной медицинской помощи, лекарственного обеспечения и финансовых возможностей государства» и рекомендуется «выведение из системы государственного финансирования не обеспеченных финансами мощностей государственных и муниципальных организаций здравоохранения». В этих условиях руководители приветствуют интенсификацию труда медицинского персонала, так как это позволяет подтвердить экономическую целесообразность существования лечебного учреждения.

Приведенные данные свидетельствуют о снижении времени приема пациентов всеми специалистами, особенно в поликлиниках, оплачивающих труд персонала по «конечному результату».

В рамках проводимого исследования нами проведен мониторинг приема больных врачами различных специальностей. Во время хронометрирования врачей просили строго соблюдать рекомендации органов управления здравоохранением и ТФОМС по выполнению стандартов обследования и лечения больных и заполнению отчетной документации (амбулаторная карта, журналы диспансерного наблюдения, учета выписываемых льготных рецептов, талона амбулаторного пациента — расчетного счета по выполнению услуг в системе ОМС и т. д.). Исследование проведено в 7 поликлиниках



города. Анализировалось не менее 300 наблюдений по каждой специальности в каждом ЛПУ.

Качество оказания медицинской помощи и заполнения медицинской документации определялось методом случайной выборки по журналам экспертной оценки — не менее 50% всех приемов.

Отметим, что работа бригады врач—медицинская сестра в присутствии хронометриста (постороннего наблюдателя) исключала «нерабочую» потерю времени и влияла на поведение как медицинских работников, так и пациентов, повышая конструктивность их общения. В процессе исследования учитывалось только время непосредственной работы врача с пациентами и документацией. Присутствие на клиничко-экспертных комиссиях (КЭК) разных ступеней, шумах, производственных совещаниях не учитывалось. Во время мониторинга регистрировались и первичные и повторные приемы. Отмечается, что при первом посещении большую часть времени врач затрачивал на подготовку к приему больного (знакомство пациентом, анализ предоставляемых документов), сбор анамнеза, осмотр и запись данных в амбулаторную карту. При повторных приемах основные временные затраты приходились на обсуждение с больным результатов обследования, перспектив лечения, объяснение правил выполнения медицинских манипуляций, приема дарственных препаратов в домашних условиях.

Время, которое врачи фактически тратили на прием пациента, составило в среднем 25,2 минуты. Это в 3,3 раза меньше времени, полученного при расчете по предоставленным лечебными учреждениями отчетам при работе их по «конечному результату»; в 2,4 раза больше, чем при работе по ЕТС.

Кроме того, при анализе качества оказания медицинской помощи и заполнения документации выявлено, что даже при таком расходе



времени на прием одного больного лишь в 82% случаев эксперты не выявили дефектов в назначенном обследовании и лечении, а также отметили удовлетворительное оформление первичной медицинской документации.

Далее проанализированы официальные (письменные) жалобы пациентов на медицинское обслуживание в поликлиниках (по вопросам лечения, лекарственного обеспечения, этики и деонтологии[^] поступившие из вышестоящих организаций и непосредственно лечебные учреждения, а также результаты анкетного опроса посетителей поликлиник, проведенного на выходе из лечебных учреждений по окончании врачебного приема. Оценка степени удовлетворённости от посещения врача оценивалась по 5 балльной системе.

В поликлиниках, работающих по «конечному результату», количество письменных жалоб было на 27,6% больше, чем в учреждениях, работающих по ЕТС, а средняя оценка удовлетворенности приемом при работе по «конечному результату» составила 3,4 балла, тогда как при работе по ЕТС — 3,8 балла. Выявлена определенная закономерность в соотношении количества жалоб и степени удовлетворенности пациента медицинским обслуживанием в поликлиниках по службам и времени, которое уделялось на приеме больному. Так, при сокращении среднего времени приема всего на 2,9 минуты количество зафиксированных жалоб возросло практически вдвое. Основная масса претензий выявлена по вопросам, связанным с соблюдением этики и деонтологии на врачебном приеме. Чаще всего больные были недовольны грубостью медицинского персонала, его невнимательным к себе отношением, невозможностью уточнить (из-за краткости беседы с врачом) правила выполнения назначенного обследования и лечения, а также несоблюдением конфиденциальности осмотра и



беседы с лечащим врачом (часто больные принимались в кабинете по два человека одновременно). Эти жалобы составили при работе по РТС (от всего количества жалоб при работе по этой системе оплаты труда), при работе по «конечному результату» — 42,9% (в своей группе соответственно).

Обращает на себя внимание и тот факт, что оценка пациентами своей удовлетворенности посещением врача по аналогичным вопросам (лечение, лекарственное обеспечение, этика и деонтология), так же четко коррелирует с количеством времени, уделяемом больному на приеме. Так, чем меньше было время приема, тем более низкий балл получала оценка труда медицинского персонала. При мониторинге также было выявлено, что время, уделяемое врачом «платному пациенту» было на 60-80% больше, чем больным, принимаемым по полисам ОМС и ДМС.

Учитывая количество повторных попыток пациентов «поговорить с врачом» в день приема, зафиксированных хронометристами, несомненным было то, что информация, получаемая пациентом о состоянии своего здоровья, особенностях проведения лечебно-диагностических процедур и правилах приема лекарственных препаратов, была недостаточной.

Таким образом, учитывая вышеизложенное, можно прийти к заключению, что сокращение продолжительности врачебного приема, являющегося неизбежным при существующих формах оплаты труда, при чрезвычайно низких ценах на медицинские услуги в системе ОМС и существующие правила приема пациентов, оплачивающих свое лечение, неизбежно ведет к снижению качества оказания медицинской помощи и увеличивает конфликтность в системе: медицинский персонал—пациент на амбулаторно-поликлиническом приеме. В 2003 году вышеуказанные тенденции сохранились, и, учитывая значительный рост % выполнения плана посещений по



поликлиникам (особенно работающих по «конечному результату»), время приема пациентов продолжает сокращаться, усугубляя проблему конфликта в здравоохранительной институциональной системе.

В условиях перехода к рыночной экономике вся прежде существовавшая система ценностей разрушается, меняется социально-психологическая мотивация профессиональной трудовой деятельности медицинского работника.

Величина заработка становится показателем общественного признания, социальной ценности работника и основанием его самооценки. Вопросы оплаты труда становятся доминирующими, отодвигая на второй план его общественную значимость. Признается рыночная стоимость рабочей силы. Медицинский работник стремится продать свой труд, квалификацию работодателю на определенных, выгодных для себя условиях. Но так как специфичность профессии предполагает лишь несколько вариантов профессиональной деятельности (работа в государственных и муниципальных лечебных учреждениях, частных медицинских центрах и индивидуальная частная практика), а узкая специализация и дороговизна постдипломного образования не позволяют менять профессию в широком диапазоне, то возникает конфликт между стремлением сохранить любимую и интересную работу и отсутствием реального материального стимулирования врачебной деятельности.

С целью изучения отношения врачей и медицинских сестер к выполняемой ими работе, выявления латентных внутриличностных конфликтов, их причин, а также влияния на психологический климат в ЛПУ и характер общения медицинских работников с пациентами, нами проведены анкетные опросы сотрудников муниципальных лечебных учреждений и частных лечебно-диагностических центров с интервалом исследования в 7 лет (1997 год и 2004 год). Опросы



проводились по специально разработанной анкете, содержащей открытые и закрытые вопросы, с соблюдением принципов единства времени и места их проведения. Лечебные учреждения муниципального подчинения были сопоставимы по месторасположению (удаленность от центра города), по мощности, количеству и профилю отделений, укомплектованности кадрами, оснащенности лечебно-диагностической аппаратурой и условиям работы медицинского персонала. Что касается частных медицинских учреждений, представляющих интерес для исследования, то в связи с их относительной малочисленностью и закрытостью информации о их деятельности, основными критериями отбора стали сопоставимость количества узких специалистов (разнообразие направлений по которым оказывается медицинская помощь) и оснащенность лечебно-диагностическим оборудованием.

На вопросы анкет ответило 246 врачей разных специальностей (84,6% из них являлись сотрудниками муниципальных учреждений здравоохранения, 15,4% - работало в частных медицинских фирмах) и 98 медицинских сестер (11,2% - сотрудники частных медицинских учреждений).

Полученные при анкетировании в 1997 году данные свидетельствовали о том, что 91,4% медиков (вне зависимости от того, в каких лечебных учреждениях они работали) считали свой труд социально значимым, необходимым для поддержания стабильности государства. В 2004 году этот показатель существенно не изменился и составил 90,2%.

В 1997 году результатами своего труда были удовлетворены 59,2% врачей и 63,1% медицинских сестер, работающих в муниципальных учреждениях здравоохранения и, соответственно, 76,3% и 89,2% сотрудников частных медицинских центров. В 2004



году эти показатели возросли до 61,8%-69,2% в муниципальных и 81,4%-90,9% в частных лечебных учреждениях.

Удовлетворенность работой респонденты расшифровывали в открытых вопросах, отмечая при этом эффективность своего труда для пациентов (лечение заканчивалось выздоровлением или стойкой компенсацией патологического состояния), снижение заболеваемости на участках, уменьшение первичного выхода на инвалидность.

Неудовлетворенность же результатами своего труда в основном высказывалась в связи с невозможностью осуществлять лечение качественными, современными, дорогостоящими лекарственными препаратами, своевременно и бесплатно выполнять больным различные диагностические исследования (эхокардиографию, УЗИ внутренних органов, компьютерную томографию, ядерно-магнитный резонанс, различные лабораторные исследования - анализы крови на липидный спектр, иммунный статус, онкомаркеры, полимеразную цепную реакцию (ПЦР) на различные инфекции, бактериальные посевы с исследованием чувствительности флоры и т. п.), проблемами пролонгированного лечения хронических больных во вне госпитальном периоде. За 7 лет, прошедших между исследованиями, динамики в этом вопросе респондентами не отмечено.

В 1997 году 76,2% врачей муниципальных лечебных учреждений и 22,4% врачей частных медицинских центров считали, что объем выполняемой ими работы чрезмерен и не соответствует целесообразной норме нагрузки. В 2004 году этот показатель значительно вырос и составил, соответственно, 87,4% и 37,2%.

При этом и в 1997 году и 2004 году все респонденты муниципальных больниц и поликлиник отметили, что основным фактором снижающим эффективность использования рабочего времени является оформление большого количества медицинской документации и решение вопросов организационного характера. И



лишь 4,8% в 1997 году и 9,2% в 2004 году сотрудников частных медицинских организаций поддержали их в этом вопросе. Причем 93,7% врачей муниципальных лечебных учреждений (все они работают в системе обязательного медицинского страхования) в 1997 году считали, что введение ОМС увеличило их нагрузку в связи с требованием заполнения дополнительных документов, но при этом не повлияло на уровень оплаты труда и возможности лечения больных. В 2004 году этот показатель несколько снизился и составил 88,6%.

Сотрудники частных медицинских клиник, имея заведомо более высокую оплату труда при значительно меньшей нагрузке (причина - высокая стоимость медицинской услуги, свободная цена на нее, регулируемая практически лишь спросом и предложением), не имеют таких проблем, так как вопросы оплаты медицинских услуг (личные средства граждан и (или) добровольное медицинское страхование) решаются и контролируются администрацией учреждений. Врач в этих условиях занимается, как правило, непосредственно лечебной работой.

При высокой оценке результатов своего труда подавляющее большинство респондентов (84,6% в муниципальных лечебных учреждениях в 1997 году и 91,1% в 2004 году) отмечают несоответствие оплаты труда и трудовых затрат, указывая на низкую заработную плату. Среди врачей частных лечебных учреждений эти цифры составили, соответственно, 34,8% и 42,9%. Вынуждены дополнительно работать вне основного места работы (причем 6,3% более чем на 1 ставку) для обеспечения достойного существования себе и своей семье 38,9% врачей (средний показатель за 1997 и 2004 годы). Продолжительность рабочего дня у этой категории анкетированных составляла в среднем 12 часов, без учета плановых суточных и ночных дежурств. Но и это позволяло довести уровень дохода на члена семьи в среднем лишь до 2000 рублей. Причем 76%



врачей (вне зависимости от формы собственности их лечебных учреждений) выразили готовность интенсифицировать свой труд и даже увеличить продолжительность рабочего времени (58,4%) - с целью повышения материального вознаграждения.

В 1997 году проблему увеличения количества платных услуг считали неактуальной 98,6% врачей и в муниципальных и в частных лечебных учреждениях. А в 2004 году 72,5% респондентов отметили, как серьезную проблему, требования администрации лечебных учреждений увеличивать количество платных пациентов (в муниципальных лечебных учреждениях) и наращивать объем назначаемого обследования и повторных приемов (в частных медицинских организациях), так как средства граждан, оплачивающих свое лечение, являются дополнительным доходом любых ЛПУ.

Разъяснение необходимости выполнения платного обследования, лечебных процедур, оплачиваемых из личных средств пациентов, требует от врача значительных временных затрат, эмоционального напряжения. Ведь объективным фактом является то, что врачи все еще не готовы торговать медицинскими услугами, а пациенты, в свою очередь, не привыкли платить за то, что всегда было бесплатным.

Все вышеизложенное является основой для возникновения внутриличностных конфликтов у медицинских работников.

С целью понижения разрушительного потенциала конфликтности и обеспечения устойчивой динамики процесса совершенствования системы здравоохранения необходима разработка организационных, управленческих и юридических механизмов, направленных на разрешение социальной напряженности в ЛПУ, адекватное финансирование социально значимой сферы, решение вопроса достойной оценки труда медицинских работников.

Важное значение имеет отношение больного к своему врачу, к медицинским сестрам, к лечебному учреждению. Особые отношения



возникают между пациентом и участковым (семейным) врачом. Участковый (семейный) врач изучает образ жизни семьи пациента, знает медико-социальный статус больного, условия трудовой и хозяйственно-бытовой деятельности. Семейный врач по праву занимается не болезнью, а личностью больного. Он является организатором первичной и вторичной профилактики заболеваний на семейном уровне, формирует у членов семьи установки на здоровый образ жизни.

А.К. Маркова подчеркивает, что профессионализм может быть описан через соотношение *мотивационной сферы* человека (профессиональные ценности, цели, самооценка и уровень притязаний, мотивы) и *операциональной сферы* (профессиональные способности, обучаемость, приемы и технологии как составляющие профессионального мастерства и творчества и т.д.). Для нас важно также и то, что профессионализм проявляется как в высоких *результатах* деятельности, так и в *состояниях* человека. Поэтому будем выделять две группы критериев эффективности: 1) внешние (объективные) критерии, ориентирующие на оценку *результативности* выполнения профессиональной задачи и 2) внутренние, *психологические* критерии оценки деятельности.

Первую группу критериев могут характеризовать такие показатели результативности, как количество и качество произведенной продукции, производительность и др.

Вторую группу критериев оценки уровня профессионализма характеризуют следующие показатели:

- профессионально значимые качества (ПВК);
- профессиональные знания, умения и навыки;
- профессиональная мотивация;
- профессиональная самооценка и уровень притязаний;
- возможности саморегуляции и стрессоустойчивость;



- особенности профессионального взаимодействия;
- выносливость.

Возможно использование и дополнительных показателей, отражающих специфику изучаемой профессии. Остановимся более подробно на показателях, отнесенных ко второй группе.

Профессионально значимыми качествами (по В.Д. Шадрикову) называют индивидуальные качества субъекта деятельности, влияющие на эффективность деятельности и успешность ее освоения (87). К профессионально важным качествам (ПВК) относятся и способности, но они не исчерпывают всего объема ПВК. Профессионально значимые свойства по мере овладения профессиональной ролью *развиваются*, складываются *приемы их компенсации*, совершенствуется их *структура*. В.Д. Шадриков раскрывает процесс становления ПВК:

- сформированы достаточно *устойчивые* связи между отдельными ПВК, сохраняющиеся на различных уровнях профессионализации; вместе с тем ряд связей носит *временный* характер;
- увеличивается общее число *значимых* связей в структуре ПВК;
- уменьшается число связей отдельных ПВК с успешностью деятельности, т.е. по мере профессионализации успешность деятельности все в большей мере начинает определяться *всей структурой* ПВК, а не отдельными качествами.

Критериями уровня овладения профессиональной ролью по рассматриваемому показателю является *развитие* профессионально значимых свойств, *способы их компенсации*, *интегрированность* структуры ПВК и ее *индивидуализация*.

Обозначив уровни успешности, далее необходимо определиться с *критериями* оценки и вытекающими из них *показателями* уровня профессионализма. Причем эти показатели должны быть



количественно измеримыми (с помощью прямых или косвенных методов).

Рассмотрим ПВК медицинских работников. Материалы взяты на основании экспертизы, проводившейся путем анкетирования специалистов, в основу которого была положена методика экспертной оценки профессионально важных свойств субъекта в профессиях с преобладанием элементов умственного труда. Процедура адаптации методики состояла в уточнении содержательной направленности некоторых утверждений без изменения смыслообразующих компонентов и включения дополнительных утверждений, обусловленных психологическим анализом медицинского труда. В частности, была введена группа свойств, отражающих требования к работоспособности медицинского работника.

Первые три места по степени профессиональной значимости в оценке экспертов занимают познавательные процессы, представленные в группах attentionных свойств, мышления и воображения.

Из оценок, полученных в ходе экспертизы свойство внимания, соответствует максимальному баллу. Никто из медицинских работников не определил незначимым для профессиональной деятельности ни одно из представленных к экспертизе свойств внимания. Особенно профессионально важными определены следующие качества: «способность длительное время сохранять устойчивое внимание, несмотря на усталость и посторонние раздражители»; «умение распределять внимание при выполнении нескольких действий, функций, задач»; «большой объем произвольного и непроизвольного внимания».

Средний балл получило свойство мышления (аналитического, творческого и интуитивного мышления).



Высокая оценка значимости свойств имажитивной группы обусловлена их содержательной близостью к свойствам мышления, представленным в экспертном листе. Они дополняют их характеристики чертами развитого профессионального воображения, отражающегося в «способности наглядно представить себе новое, ранее не встречавшееся в опыте, или старое, но в новых условиях».

Четвертое место заняли волевые свойства личности медицинского работника: «способность к волевой мобилизации»; «сохранение собранности в условиях, стимулирующих возбуждение»; «высокий самоконтроль эмоций и поведения»; «способность брать на себя ответственность в сложных ситуациях».

Эмоциональные особенности профессионального поведения также высоко оценены медицинскими работниками - экспертами. Наиболее значимыми в профессиональной деятельности определены: «эмоциональная устойчивость при принятии ответственных решений»; «уравновешенность, самообладание в кризисных ситуациях деятельности»; «способность передавать другим людям положительный эмоциональный заряд».

В оценках трех групп свойств (наблюдательности, моторики, речи) имеет место выраженная дисперсионность. Так, из 6-и свойств, отражающих наблюдательность как качество личности медицинского работника, пять имеют средний показатель:

способность вести наблюдения за большим количеством переменных исследуемого объекта одновременно;

умение подмечать незначительные изменения в исследуемом объекте;

Л умение выбирать при наблюдении материал, необходимый для решения данной проблемы:



;М¹ тонкая наблюдательность по отношению к душевной жизни человека:

способность подмечать изменения в окружающей обстановке, не сосредотачивая сознательно на них внимание.

Вместе с тем, по мнению медицинских работников, «способность к самонаблюдению» не является профессионально важным качеством. Значительная часть опрошенных отметила, что самонаблюдение в некоторых ситуациях медицинского труда может не только не способствовать успеху, а, наоборот, стать помехой, так как медицинский работник, эмпатический настроенный на пациента, будет рефлексировать собственные переживания и чувства, что может существенно повлиять на качество проводимых им манипуляций.

Различия в оценках профессиональной значимости свойств моторики имеют еще большую выраженность. Высокую оценку получили 7 из 10-и следующих свойств:

- Л согласованность движений с процессами восприятия;
- устойчивость к статическим нагрузкам; способность к быстродействию в условиях дефицита времени;
- быстрая реакция на неожиданное слуховое впечатление посредством определенных движений; быстрая реакция на внезапные зрительные впечатления посредством определенных движений; быстрота и точность пальцев рук;
- Л пластичность движений.

Три свойства определены как «безразличные» для труда медицинского работника. Это следующие особенности моторики: «красивый почерк»; «умение быстро записывать»; «согласованность одновременных движений рук и ног в различных сочетаниях».



В группе речевых свойств, занимающей последнее ранговое место, имеются свойства, признанные необходимыми для успешной работы. Это: «умение давать четкие, ясные формулировки при сжатом изложении мысли» и «умение связно и логично излагать свои мысли в развернутой форме». «Сильный, звучный и выносливый голос», «отсутствие дефектов речи, хорошая дикция», «способность к произвольной передаче своих представлений или чувств с помощью жестов, мимики, изменения голоса» - такие речевые качества не имеют профессионально значимого характера в целом для медицинской деятельности.

Из мимических качеств субъекта медицинского труда получили высокую оценку такие процессы памяти, как запоминание, узнавание, воспроизведение. Наибольшую оценку получили: «способность легко запоминать словесно-логический материал»; «способность точно воспроизводить материал в нужный момент»; «способность к узнаванию факта, явления по малому количеству признаков». Качества, формирующиеся в процессе профессионализации как значимый компонент индивидуального стиля деятельности медицинского работника («большой объем произвольной памяти»; «способность в течение длительного времени удерживать в памяти большое количество материала», «способность к произвольному запоминанию материала»), определены профессионально важными.

Среди группы свойств, отражающих профессиональную работоспособность медицинского работника максимальные оценки имеют свойства:

- быстрая вработываемость;
- выносливость и способность увеличивать работоспособность на завершающих этапах работы;
- сохранение высокого уровня работоспособности за счет алгоритмичности действий;



- эффективность работы в условиях сочетания длительных интервалов работы и отдыха;
- сохранение высокой работоспособности в монотонных и однообразных условиях;
- помехоустойчивость в процессе труда.

В группе коммуникативных свойств наиболее значимыми определены способности: «быстро найти нужный тон, целесообразную форму общения с пациентом»; «располагать к себе людей, вызывать у них доверие»; «быстро устанавливать контакт с новыми людьми». Профессионально важным признано умение согласовывать свои действия с действиями других лиц. Не определена необходимой для реализации медицинской деятельности «способность понимать подтекст речи, иронию, шутку».

Итак, для всех видов медицинского труда первостепенное значение придается свойствам внимания. Речевые свойства занимают последнее место в ранговой структуре профессионально-важных качеств у медицинских работников всех специализаций.

Образ субъекта хирургической деятельности в экспертных оценках специалистов. Восемь групп индивидуальнопсихологических свойств из 12-ти признаны медицинскими работниками хирургического профиля высоко значимыми. Первое место среди них занимают *аттенционные* свойства. Сравнение показывает, что оценки *мыслительных, волевых* качеств и свойств *работоспособности* по группе хирургов достоверно превышают таковые в данных по остальным специализациям. Отмечено специфическое значение в хирургической деятельности отдельных свойств *работоспособности, речи, общения (коммуникативные свойства)*. Среди них: «способность к произвольной передаче своих представлений или чувств с помощью жестов, мимики, изменения голоса» - качество, необходимое в профессиональном общении при



проведении хирургических операций (манипуляций); «умение дать объективную оценку действиям других людей».

Отмечается разброс оценок отдельных свойств *моторной* группы. Высокие показатели в структуре субъектных качеств хирурга получили следующие свойства моторики: быстрота и точность пальцев рук; согласованность движений с процессами восприятия; устойчивость к статическим нагрузкам; пластичность движений; быстрая реакция на неожиданное слуховое впечатление с помощью определенных движений; способность к быстрдействию в условиях дефицита времени; быстрая реакция на внезапные зрительные впечатления посредством определенных движений. Не имеющими значение в профессиональном труде хирурга определены свойства моторной группы: красивый почерк, согласованность одновременных движений рук и ног в различных сочетаниях, умение быстро записывать.

Таким образом, образ субъекта медицинской деятельности имеет выраженную структурированность, причем особое значения для развития личности специалиста и достижения успешности в профессиональной деятельности имеют свойства внимания, мышления, воображения, волевые, эмоциональные качества, дополняемые отдельными коммуникативными способностями и свойствами работоспособности. Эти профессионально важные качества с большой долей уверенности можно рассматривать как инвариантное «ядро» индивидуально-психологических свойств субъекта медицинского труда, как инвариантные составляющие ПВК, обусловленные спецификой требований профессиональной деятельности. Это: высокая значимость волевых свойств личности и свойств работоспособности в труде хирурга.

Профессиональные знания, умения и навыки специалиста «экстра-класса» отличаются *обширностью, систематичностью и*



своеобразной «готовностью» - это теснейшим образом связанная с систематичностью *способность немедленно припоминать то, что в данную минуту необходимо, постоянная мобилизованность всего запаса знаний.*

Все сказанное выше о знаниях относится также к умениям и навыкам. Навыки сначала усваиваются как изолированные *автоматизированные действия*, затем сливаются в *целостные конструкции (системы навыков)*, а сами навыки обобщаются до уровня так называемых «вторичных умений», которым присущи гибкость, вариативность, опосредованность знаниями.

Умения и навыки, обеспечивающие оптимизацию системной активности, способны не только совершенствоваться, но и подвергаться деструктивным процессам под воздействием разных субъективных и объективных факторов. Эти процессы сопровождаются частичным разрушением структуры профессиональной деятельности (выпадением элементов, нарушением связей между элементами, изменением значимости отдельных элементов и т.д.). Знание причин, механизмов и моментов отдельных деструктивных явлений (процессов) позволяет учесть их при обучении и тренировке, при проектировании технических средств и условий деятельности.

В последние годы изменилось представление о стабильности профессий. В результате все более быстрого технологического развития профессия перестала представлять собой устойчивую и законченную систему навыков. Как подчеркивает В. Хаккер, многостороннее образование специалистов для выполнения задач становится обязательным. Сложность производственных процессов увеличивает роль знаний в регулировании профессиональной трудовой деятельности. Наряду с накоплением знаний происходит воспроизводство знаний - умение делать вывод из главного.



Профессиональная мотивация есть особая конкретизация мотивации *трудовой*, обусловленная специализацией в данной профессиональной области и формируемая по мере приобретения индивидуального профессионального опыта. Е.П. Ильин выделяет три группы мотивов, побуждающих человека к труду:

1. Побуждения *общественного* порядка. Это и осознание необходимости приносить пользу другим людям и обществу в целом, и общественная установка на необходимость труда («кто не работает, тот не ест»), и нежелание прослыть тунеядцем.

2. Получение *материальных благ* для себя и своей семьи: зарабатывание денег для удовлетворения *материальных* и *духовных* потребностей.

3. Удовлетворение потребностей в *самовыражении*, *самореализации*.

Каждый трудовой мотив может конкретизироваться в *нескольких* профессиональных мотивах. При этом следует также учитывать, что профессиональная мотивация развивается от *положительного* отношения к деятельности на основе *осознания* собственных материальных, интеллектуальных, социальных потребностей - к созданию сбалансированной структуры адекватных мотивов с ведущей ролью «общественных» критериев мотивации.

Профессиональная самооценка, в общем плане выступающая как «степень удовлетворенности самим собой», в психологии труда может быть определена как оценка человеком-профессионалом своих лично значимых физических, психических, социальных параметров по отношению к профессиональным задачам. С точки зрения успешности деятельности имеет значение:

- *уровень* самооценки;
- *адекватность* самооценки;
- *устойчивость* самооценки;



- *гибкость* самооценки.

По мере овладения профессиональной ролью развитие происходит от *частично-адекватной* самооценки к *максимальной ее адекватности, устойчивости, гибкости* при общем *высоком* уровне. Любое отклонение самооценки от адекватного уровня может приводить к профессиональной деформации личности.

Саморегуляция в начале профессионализации направлена на обеспечение приемлемых рабочих характеристик отдельных действий. Складывается система *адекватной мобилизации* ресурсов организма. Самосохранение вначале носит *локальный* характер. Затем временная зона саморегуляции расширяется до границ рабочего дня, недели, месяца. Формируются способы компенсации, расширяется зона саморегуляции, сознательно используются индивидуальные приемы саморегуляции. Иными словами, включается *нормальная защитная реакция* психики.

Профессиональное взаимодействие проходит путь от способности *вписаться в группу* (при условии *совместимости* с другими ее членами и лишь в той части деятельности, которая выполняется *совместно*), через способность *вписаться* в любую группу, включая все более широкие структуры (бригада, цех, участок) и внутригрупповую активность с созданием *собственной стратегии поведения*, - к высокому уровню *групповой активности* и согласованию стратегий окружающих в групповых целях.

Выносливость на первых порах обеспечивает работоспособность в условиях *учебной* организации деятельности, затем *адаптацию* к профессиональной среде и устойчивую *работоспособность*, быстрое *восстановление* после неблагоприятных воздействий. Высший уровень выносливости обеспечивает устойчивость к экстремальным нагрузкам, к широкому диапазону воздействий. На высшем уровне



тренированности *адаптационные способности* получают максимальное развитие.

Перечисленные *признаки профессионализма* могут развиваться неравномерно, в зависимости от индивидуальных особенностей профессионала, - с одной стороны, от требований профессиональной среды - с другой. Например, *знания и навыки* могут достигнуть высокого уровня при некотором отставании в области *профессионального взаимодействия* или несовершенной структуре *самооценки*.

При изменениях, возникающих в профессиональной среде или при перемене деятельности в рамках данной профессии, возникают не только задачи перестройки системы навыков, но и задачи сохранения и развития уровня профессионализма. Перестройка структуры профессионально значимых свойств, мотивации, самооценки может вызвать не меньшие трудности, чем хорошо известная интерференция навыков.

Решение задач профессиональной подготовки не ограничивается оценкой уровня овладения профессиональной ролью, а предполагает рассмотрение движущих сил саморазвития профессионала.

Психологический анализ содержания различных видов профессиональной деятельности позволяет представить профессиональное развитие в виде *циклического процесса*, имеющего отдельные *периоды* профессионализации, которые соответствуют *качественно своеобразные формы профессиональной деятельности*. В качестве основы будем использовать рассмотренную ранее трехуровневую систему градаций профессиональной успешности. Рассмотрим, что же является движущими силами развития, побуждающими человека к движению от более низкого уровня профессионализма - к более высокому уровню. При этом будем исходить из общего для отечественной психологии принципа



исследования развития как процесса самодвижения, самопорождения внутренних движущих отношений и противоречий.

Переход на более высокую ступень профессионализма невозможен без осознания того, в чем ты еще *некомпетентен*. А это осознание обусловлено наличием у человека развитой рефлексивной культуры.

Таблица 1

Сопоставление уровней профессионализма и сформированности профессиональной компетентности

Уровни и подуровни профессионализма		Уровни сформированности профессиональной компетентности
Высший «Оптимальный» (или «перспективный»)	9	Осознаваемая компетентность («Я знаю, что я знаю»)
	8	Осознаваемая некомпетентность («Я знаю, что я не знаю»)
	7	Неосознаваемая некомпетентность («Я не знаю, что я не знаю»)
Средний «Основной» (или «нормативный»)	6	Осознаваемая компетентность («Я знаю, что я знаю»)
	5	Осознаваемая некомпетентность («Я знаю, что я не знаю»)
	4	Неосознаваемая некомпетентность («Я не знаю, что я не знаю»)
Начальный «Учебный» (или «потенциальный»)	3	Осознаваемая компетентность («Я знаю, что я знаю»)
	2	Осознаваемая некомпетентность («Я знаю, что я не знаю»)
	1	Неосознаваемая некомпетентность («Я не знаю, что я не знаю»)

Цикличность процесса профессионализации медработников характеризуется наличием в нём определённых вершин, периодов стабилизации, спадов. *Цикличность* процесса профессионализации



связана с разрешением человеком внутренних противоречий, вызванных диалектическим отрицанием сформированного у него ранее *отношения* к деятельности при переходе субъекта на новый, более высокий уровень. А отношение медработника к выполняемой им медицинской деятельности, к своей профессиональной роли зависит от его профессиональной «Я-концепции», от его уровня самосознания.

3.3. Повышение успешности деятельности как индикатор профессионального роста медицинского работника

Применительно к решению задач оценки индивидуального профессионализма медицинских работников, помимо вопросов оценки личностных качеств, встаёт задача оценки результатов их труда. Вопрос этот достаточно сложен и до сих пор является дискуссионным с научной точки зрения. Наименее проработанной является проблема определения эффективности групповой деятельности специалистов системы здравоохранения, а также индивидуального вклада в совместную врачебную деятельность. Решение этой проблемы связано как со сложностью определения критериев эффективности деятельности специалиста в сфере социэкономических профессий, так и с трудностью выделения единиц их измерения и разработки измерительных процедур.

Исследователями широко применяются такие понятия, как *эффективность, продуктивность, производственная активность, производительность труда, уровень выполненных работ, качество работ* и т.д., подчас без какого-либо чёткого их определения.

Чаще всего совершенно не разводятся понятия эффективности и продуктивности труда. Это происходит в основном в силу близости понятий «продукт» и «эффект». Толковый словарь русского языка



(57,с. 315-316) определяет понятие «эффективный» как «дающий результат». Близость понятий «продукт» и «результат» является основой путаницы в понимании продуктивности и эффективности труда.

Наибольшее распространение получило определение эффективности труда, основанное на экономических критериях, где она определяется исходя из поставленных целей как функция достигнутых результатов и затраченных на это ресурсов. Например, академик Т.С. Хачатуров, разработавший современную методологию расчёта эффективности общественного производства, отмечает, что и социальная, и экономическая эффективность представляет собой отношение экономического или социального эффекта к необходимым на его достижение затратам. Американский экономист П. Хейне подтверждает, что эффективность всегда связана с отношением ценности результата к ценности затрат.

Таким образом, определение эффективности труда предполагает сравнение полученного эффекта с теми затратами, которые необходимо произвести для получения данного эффекта. Если показатели, применяемые для оценки эффекта, могут быть количественно измерены, то можно говорить о «результативности» как синониме полученного «эффекта». Результативность - это наличие результатов, итогов труда, которые могут быть позитивными (запланированными) или негативными (неожиданными). Затратная же сторона обязательно включает физиологические и психологические показатели («цену» деятельности).

Расширению понятия «эффективность» на другие сферы деятельности способствовала *праксиология*. Т. Котарбинский, которого считают основателем праксиологии как области научных исследований, определил ее как «общую теорию эффективной организации деятельности. Дальнейшее развитие понятие



«эффективности» получило в работах Я. Зеленецкого. Он рассматривает эффективность, выгодность и экономичность в качестве основных критериев «исправной» деятельности. Я. Зеленецкий отождествляет эффективность и целесообразность или, как это было ранее у Т. Котарбинского, результативность. Я. Зеленецкий вводит меру эффективности как отношение суммарной ценности фактических результатов деятельности к ожидаемой суммарной ценности соответствующих целей. Таким образом, он определяет эффективность не просто как отношение между результатом и целью, а как отношение, опосредованное ценностями, причём он не сводит их исключительно к материальным ценностям.

В.А. Чикер рассматривает понятие «эффективность» труда как более широкое понятие по сравнению с продуктивностью, всеобъемлющее, включающее в себя максимальное количество оценок, исходя из широты и разнообразия результативности труда; понятие же «продуктивности» является более частным и отражает лишь определенные аспекты этого труда.

Эффективность как характеристика деятельности медицинского работника отражает отношение результата как одного из «элементов» медицинской деятельности ко всем её другим «элементам» - ценностям, потребностям, целям и средствам (затратам). Каждое из выделенных отношений является частным критерием эффективности. Различные точки зрения по поводу методов оценки эффективности связаны с различными способами согласования частных критериев и имеют для институциональной практики здравоохранения не столько теоретическую, сколько прикладную основу.

Понятие «эффективность труда» тесно связано с такими понятиями, как «качество деятельности», «устойчивость работы», «надежность функционирования» и т.д. В понятие эффективности входит отношение результата деятельности к целям, которое



называют также «целевой эффективностью». Отношение результата к целям рассматривается как мера соответствия результата и цели.

Понятие эффективности применяется для оценки успешности профессиональной деятельности.

Используемое М.А.Дмитриевой для оценки профессиональной деятельности понятие «профессиональная успешность» очень близко к рассмотренному выше понятию «эффективность». Успешность деятельности в данном случае включает продуктивность, производительность труда, качество продукции, надежность (безошибочность) действий. При невозможности количественной оценки и высокой степени надежности показателем успешности может служить уровень сложности решаемой лечебной задачи. Наряду с указанными показателями успешности, как подчеркивает исследователь, «следует учитывать и нервно-психические затраты, необходимые для достижения цели, а также степень удовлетворенности работника своим трудом».

Основным элементом при оценке *успешности* является *результативный* аспект адаптации. Ф.Б.Березин формулирует три критерия оценки психической адаптации в условиях определенной профессиональной деятельности:

- 1) успешность деятельности (выполнение трудовых заданий, рост квалификации, необходимое взаимодействие с членами группы и другими лицами, оказывающее влияние на профессиональную эффективность);
- 2) способность избегать ситуаций, создающих угрозу для трудового процесса, и эффективно устранять возникшую угрозу (предотвращение травм, аварий, чрезвычайных происшествий);
- 3) осуществление деятельности без значимых нарушений физического здоровья.



Эффективность профессиональной психологической адаптации медицинского работника рассматривается как отношение успешности деятельности (или, в субъективном её выражении, удовлетворенности деятельностью и профессиональной средой, условиями труда и т.д.) к психологическим и психофизиологическим затратам («цене» деятельности). В свою очередь, субъективным выражением психологической и психофизиологической «цены» является оценка человеком «трудности» адаптации, индикаторами которых может быть, например, ухудшение самочувствия, соматовегетативные нарушения и другие признаки дезадаптации.

В.Н. Дружинин, основываясь на идеях В.М. Теплова, рассматривает отношение успешности к «цене» (трудности) деятельности как *способность* к выполнению той или иной деятельности. Поэтому эффективность профессиональной адаптации медицинского работника может рассматриваться как оценка его способности к профессиональной адаптации. Таким образом, чем выше удовлетворенность медработников условиями труда и своим положением в социальной группе, тем выше эффективность профессиональной психологической адаптации и проявления адаптивных способностей, и, соответственно, наоборот.

***Описание результатов исследования профессионально-важных качеств
медицинского работника*** С целью изучения уровня развития коммуникативных и организаторских качеств медработников, особенностей поведения в конфликте, преобладающих типов межличностных отношений нами были применены диагностические методики Томаса, Лири, Калининского.

Согласно приведенным ниже данным таблицы 3, для группы исследуемых медработников характерен высокий уровень



компромиссного поведения в конфликте (8,4 балла), средний — сотрудничающего (6,9 балла), избегающего (6,8 балла), приспособливающегося (4,4 балла), низкий — соперничающего (3,5 балла)

Таблица 3.

*Средние значения по результатам методики
оценки поведения в конфликте К. Томаса*

Методика оценки поведения в конфликте К. Томаса					
Шкалы	сопернич.	сотруд.	компром.	избеган.	приспос.
Ср. значение по группе	3,5	6,9	8,4	6,8	4,4

Таблица 4

*Средние значения по результатам методики диагностики
межличностных отношений Т. Лири*

Методика диагностики межличностных отношений Т. Лири								
Шкалы	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Ср. значение по группе	5,4	4,6	5,0	3,4	4,7	4,1	6,8	5,6

Согласно данным Таблицы 4, для группы исследуемых медработников не характерна высокая степень выраженности какого - либо стиля межличностных отношений (выше 8 баллов). Выявлена средняя степень выраженности независимо-доминирующего (4,6 балла), покорно-застенчивого (4,7 балла), прямолинейно-агрессивного (5,0 балла), властного-лидирующего (5,4 балла), ответственно-великодушного (5,6 балла), недоверчиво-скептического (3,4 балла) стилей межличностных отношений.

Следовательно, для межличностных отношений в конкретной медицинской профессиональной группе проявляются уверенность, независимость, самоорганизация, готовность к сочувствию, дружелюбие, потребность в помощи со стороны окружающих,



скромность, реалистичность, искренность, непосредственность в достижении целей. Средняя степень выраженности всех стилей межличностного взаимодействия (по Т. Лири) может свидетельствовать о гармоничности взаимодействия в группе, низкой конфликтности, конструктивности межличностных отношений.

Согласно данным Таблицы 5, в группе исследуемых медработников отмечен высокий уровень развития деловитости (10 баллов) и психологического такта (8,9 балла), средний уровень развития направленности (7,5 баллов), отзывчивости (7,4 балла),

Таблица 5

Средние значения по результатам методики определения организаторских и коммуникативных качеств Л.П. Калининского

Методика определения организаторских и коммуникативных качеств Л. П. Калининского										
Шкалы	Направленность	Деловитость	Доминирование	Уверенность	Требовательность	Упрямство	Уступчивость	Зависимость	Психологический такт	Отзывчивость
Ср.значение по группе	7,5	10	4,5	7,1	4,1	4,4	3,5	2,5	8,9	7,4

уверенности (7,1 балла), доминирования (4,5 балла), упрямства (4,4 балла), требовательности (4,1 балла), уступчивости (3,5 балла), низкий уровень развития зависимости (2,5 балла).

Таким образом, в группе исследуемых медработников преобладает компромиссное поведение в конфликте (8,4 балла). В меньшей степени представлено соперничество (3,5 балла).

Среди стилей межличностных отношений наиболее распространен сотрудничающе-конвенциальный стиль (6,8 балла), наименее — недоверчиво-скептический (3,4 балла).



В группе исследуемых медработников наиболее выражены такие коммуникативные и организаторские качества, как деловитость (10 баллов), психологический такт (8,9 баллов), направленность (7,5 баллов), отзывчивость (7,4 балла) и уверенность (7,1 балла). Менее выражены доминирование (4,5 балла), требовательность (4,1 балла), уступчивость (3,5 балла) и зависимость (2,5 балла).

Следовательно, для большинства представителей выборки (коллектива исследуемых медработников) характерно стремление к компромиссному решению конфликтов, отсутствие стремления к соперничеству. Среди сотрудников развито сотрудничество, дружелюбное отношение с окружающими.

Компромиссное поведение может быть вызвано избыточностью степени выраженности сотрудничающе-конвенциального стиля межличностных отношений, которая проявляется несдержанностью в излишних проявлениях своего дружелюбия по отношению к окружающим, стремлением подчеркнуть свою причастность к интересам большинства.

С целью подтверждения предположения о взаимосвязи коммуникативных и организаторских качеств исследуемых медработников, особенностей поведения в конфликте и стилем межличностных отношений нами было проведено корреляционное исследование с применением коэффициента корреляции Спирмена.

В результате исследования нами были обнаружены положительные корреляционные связи (таблица 6).

Таблица 6.

*Значимые корреляционные связи ($r_s > 0,05$)
между исследуемыми параметрами*

Методика диагностики межличностных отношений Т. Лири	Методика определения организаторских и коммуникативных качеств (Л.П. Калининский)
--	---



	Отзывчивость	Уступчивость	Зависимость
Незав.-домин. стиль	0,55		
Покорно-застен. стиль		0,51	0,48
Ответст.-велик. стиль	0,50		

Согласно данным корреляционного исследования, отзывчивость коррелирует ($r_s > 0,05$) с независимо-доминирующим и ответственно-великодушным стилем межличностных отношений.

Покорно-застенчивый стиль межличностных отношений положительно коррелирует ($r_s > 0,05$) с зависимостью и уступчивостью.

Уступчивые и зависимые люди в межличностных отношениях проявляют застенчивость, покорность. Они предоставляют возможность кому-либо продвинуться в чём-либо прежде себя, склонны к компромиссам и послаблениям.

Для подтверждения гипотезы о влиянии межличностных отношений группы исследуемых медработников на качество трудовой деятельности проведено анкетирование по исследованию удовлетворенности медицинским трудом и характеристики межличностных отношений в медицинском коллективе.

Таблица 7

Результаты исследования удовлетворенности медицинским трудом и характеристики межличностных отношений в медицинском коллективе

Утверждения	Утвердит. ответы «да», «скорее да»	Процентное выражение от общего числа респонденто в (%)	Отрицател. ответы «нет», «скорее нет»	Процентное выражение от общего числа респонденто в (%)
1	2	3	4	5
МОИ КОЛЛЕГИ				



1. упрямые	14	70	6	30
2. готовые помочь	18	90	2	10
3. часто ссорятся	8	40	12	60
4. симпатичные	16	80	4	20
5. неспособные	0	0	20	100
6. сплоченные	19	95	1	5
7. ленивые	6	30	14	70
8. приятные	17	85	3	15
МОИ НАЧАЛЬНИК				
9. несправедливый	9	45	11	55
10. активный	15	75	5	25
11. внимательный	16	80	4	20
12. невежливый	4	20	16	80
13. разбирается в своем деле	18	90	2	10
14. не заботится о нас	12	60	8	40
15. порядочный	20	100	0	0
16. не пользуется симпатией	4	20	16	80
17. вызывает доверие	13	65	7	35
18. плохо информирует	12	60	8	40
19. выслушивает наше мнение	17	85	3	15
20. придирчивый	14	80	6	30
МОЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ				
21. мне нравится	16	80	4	20
22. скучная	8	40	12	60
23. Абсолютно бесперспективная	4	20	16	80
24. несамостоятельная	15	75	5	25



25. бесполезная	9	45	11	55
26. вызывает уважение	18	90	2	10
27. разочаровывает меня	18	90	2	10
28. ниже моих способностей	18	90	2	10
29. с видимыми результатами	19	95	1	5
30. позволяет применять свои способности	14	90	6	30
31. позволяет осуществлять свои идеи	6	30	14	70
32. ответственная	20	100	0	0
МОИ УСЛОВИЯ РАБОТЫ				
33. удобные	9	45	11	55
34. плохие	8	40	12	60
36. приятные	10	50	10	50
37. утомительные	17	85	3	15
38. беспокойные	19	95	1	5
39. шумные	12	60	8	40
40. просторные	18	90	2	10
41. угрожающие здоровью	8	40	12	60
42. с приятной температурой	12	60	8	40
ОРГАНИЗАЦИЯ И РУКОВОДСТВО				
43. удобное	13	65	7	35
44. слабое	15	75	5	25
45. интересуется мнением людей	14	70	6	30
46. дает	12	60	8	40



недостаточно информации				
47. прогрессивное	6	30	14	70
48.слишком сложное	16	80	4	20
49. создает плохую атмосферу на работе	9	45	11	55
50. создает неразбериху	16	80	4	20
51. горжусь ими	5	25	15	75
52. чувствую среди них себя хорошо	6	30	14	70
53. могу участвовать в обсуждении проблем организации	3	15	17	85
54. осуществляет плохое планирование	16	80	4	20
55. мало делает для сотрудников	4	20	16	80
56. продуктивное, эффективное	4	20	16	80
МОЕ РАЗВИТИЕ				
57. хорошее	8	40	12	60
58. надежное	6	30	14	70
59. соответствующее способностям	8	40	12	60
60.слабое	18	90	2	10
61. неуправляемое	16	80	4	20
62. почти не имеет	9	45	11	55



возможностей				
63. соответствует отдаче	11	55	9	45
64. разочаровывает	11	55	9	45
65. дает мне стимул	8	40	12	60
А Б В	>ЧЕЕ ВРЕМЯ			
66. доволен его распределением	18	90	2	10
ЗАЩИЩЕННОСТЬ РАБОЧЕГО МЕСТА				
67. опасность потерять мое рабочее место высока	8	40	12	60

Согласно данным Таблицы 7, большинство исследуемых медработников характеризует своих коллег как упрямых (70%), готовых помочь (90%), неконфликтных (60%), симпатичных (80%), способных (100%), сплоченных (95%), трудолюбивых (70%) и приятных (85%) людей.

Начальника исследуемые медработники в большинстве видят как справедливого (55%), активного (75%), внимательного (80%), вежливого (80%), порядочного (100%), пользующегося симпатией (80%), вызывающего доверие (65%), выслушивающего мнение подчиненных (85%). Среди негативных характеристик — недостаток заботы о подчиненных (60%), недостаток информации (60%) и придирчивость (80%).

Большинству исследуемых медработников (80%) нравится та работа, которую они выполняют. Они видят её перспективной (80%), вызывающей уважение (90%), полезной (55%), не предполагающей самостоятельность (75%), позволяющей применить способности (90%), ответственной (100%).



Однако многие испытуемые (90%) разочарованы своей деятельностью. Возможно потому, что считают её ниже своих способностей (90%), не позволяющей реализовывать свои идеи (70%).

Условия работы были охарактеризованы респондентами как неудобные (55%), плохие (60%), утомительные (85%), беспокойные (95%), шумные (60%). Однако, безопасные для здоровья (60%), с приятной температурой (60%) и просторные (90%).

В целом организация и руководство преимущественно получило следующую оценку: удобное (65%), интересующееся мнением людей (70%), много делающее для сотрудников (80%). Наряду с этим слабое (75%), недостаточно информирующее (60%), консервативное (70%), слишком сложное (80%), создающее неразбериху (80%), осуществляющее плохое планирование (80%), непродуктивное и неэффективное (80%).

По мнению большинства респондентов, они не могут гордиться своей организацией и руководством (75%), не могут участвовать в обсуждении проблем организации (85%).

Свое развитие в профессиональной сфере медицинские работники оценивают как плохое (60%), ненадёжное (70%), не соответствующее способностям (60%), слабое (90%), неуправляемое (80%), не стимулирующее (60%). Большинство респондентов разочаровано своим развитием (55%). Однако считают, что имеют возможности для развития (55%) и оно соответствует отдаче (55%).

Распределение рабочего времени удовлетворяет 90% респондентов. 60% считают, что опасность потерять рабочее место невелика.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в большей степени исследуемые медработники удовлетворены отношениями с коллегами, распределением рабочего времени, безопасностью рабочего места. В меньшей степени довольны начальником. В



наименьшей степени возможностями своего развития, условиями труда, организацией и руководством.

Испытуемые в возрасте от 23 до 35 лет в большей степени довольны руководством (70%), чем участники исследования от 36 до 50 лет (30%).

Отношениями с коллегами довольны все возрастные категории испытуемых.

Деятельностью удовлетворены 60% сотрудников в возрасте от 36 до 50 лет и 20% в возрасте от 23 до 35 лет.

Возможности развития сотрудников от 23 до 35 лет удовлетворяют 20% исследуемых медработников, тогда как испытуемые в возрасте от 36 до 50 лет — на 40%.

Таким образом, для возрастной категории от 23 до 35 лет актуальны проблемы саморазвития, профессионального роста. Для 36-50-летних сотрудников актуальными являются проблемы взаимодействия с руководством и стабильности деятельности.

Вторая часть анкеты нацелена на выявление особенностей межличностных отношений в медицинском коллективе.

Таблица 8

Результаты оценки межличностных отношений в коллективе

Код	Название шкал оценки межличностных отношений в коллективе								
	Дружелюбие-Враждебность	Искренность	Удовлетворенность-Неудовлетворенность	Продуктивность-Непродуктивность	Теплота-Холодность	Сотрудничество-Несогласованность	Борьба-Сотрудничество	Сотрудничество-Несогласованность	Борьба-Сотрудничество
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
ЛО	2	4	4	5	3	8	2	1	
СН	2	5	1	4	2	8	3	5	



МО	5	4	3	1	2	6	5	2
БЕ	2	4	1	2	5	8	2	3
ФЕ	5	6	3	1	2	4	5	2
ГА	2	3	1	5	2	4	1	2
ПО	3	5	2	1	4	7	3	5
КН	2	3	2	4	1	7	3	3
ИВ	5	3	6	4	5	6	2	1
СА	2	3	1	5	2	4	2	3
ГБ	2	3	4	5	6	6	3	2
ХЛ	5	4	3	3	2	4	1	2
ГМ	4	5	2	5	4	6	3	5
ХМ	2	3	2	5	3	4	1	3
АИ	4	2	2	5	1	6	3	5
ГД	5	4	2	3	1	8	5	2
БЛ	8	6	5	3	3	7	6	4
БЮ	3	2	3	5	2	6	5	1
ПН	3	4	1	6	2	5	3	2
ТО	7	5	5	2	1	6	2	3
Среднее значение	3,65	3,9	2,65	3,7	2,65	6	3	2,8
Станд. отклон	1,81	1,17	1,50	1,59	1,46	1,45	1,49	1,36

Согласно данным Таблицы 8, для межличностных отношений в группе исследуемых медработников характерны дружелюбие (3,65 балла), согласие (3,9 балла), продуктивность (3,7 балла), теплота (2,65 балла), удовлетворенность (2,65 балла), взаимоподдержка (3 балла), успешность (2,8 балла) и несогласованность (6 баллов).

Таким образом, можно предположить, что большинство группы исследуемых медработников удовлетворены своей трудовой деятельностью, в межличностных отношениях проявляются такие качества, как теплота, дружелюбие, взаимоподдержка, и согласие. Сотрудничество является выраженной характеристикой отношений в



группе испытуемых. Наряду с этим большинство испытуемых оценивает свою деятельность как продуктивную и успешную.

Нами было выявлено, что преобладающий стиль поведения в конфликте в группе исследуемых медработников — компромисс, наиболее выраженными организаторскими и коммуникативными качествами являются деловитость и психологический такт. В наибольшей степени сотрудники удовлетворены коллегами, распределением рабочего времени, безопасностью рабочего места. В межличностных отношениях проявляются такие качества, как теплота, дружелюбие, взаимоподдержка, и согласие.

Даже на примере данного исследования, столь малой доли в изучении проблематики конфликта в медицине, видно, что в отношениях сотрудников той или иной конкретной медицинской организации существуют проблемы, которые необходимо вовремя распознавать и управлять. Оценка лечебного процесса, результатов профессиональной медицинской деятельности, административные, информационные и мотивационные функции, в комплексе являются необходимым условием лечебной работы не одного медицинского отделения, а развития конкретной лечебно-профилактической организации, и далее - всей институциональной практики здравоохранения в стране. К сожалению, приходится констатировать, что даже в крупных больницах не достаточно широко развита психологическая и социальная служба, которая практически занималась бы этими вопросами.



ПРИЛОЖЕНИЕ

Профессионально важные качества медицинского работника

Экспертная оценка значимости психологических свойств в
деятельности медицинского работника ($x < 2.0$)

№	Свойства	$M \pm m$	a
1	2	3	4
I. Аттентивные:			
1	способность длительное время сохранять устойчивое внимание, несмотря на усталость и посторонние раздражители	$1,95 \pm 0,018$	0,217
2	умение распределять внимание при выполнении нескольких действий, функций, задач	$1,87 \pm 0,028$	0,341
3	способность сосредоточить в течение достаточно длительного периода времени внимание на одном предмете	$1,85 \pm 0,030$	0,355
4	способность быстро переключать внимание с одного вида деятельности на другой	$1,84 \pm 0,031$	0,369
5	большой объем произвольного и непроизвольного внимания	$1,81 \pm 0,033$	0,393
II. Наблюдательность:			
6	способность вести наблюдения за большим количеством переменных исследуемого объекта одновременно	$1,84 \pm 0,031$	0,369
7	умение подмечать незначительные изменения в исследуемом объекте	$1,90 \pm 0,025$	0,298
8	умение выбирать при наблюдении материал, необходимый для решения данной проблемы	$1,78 \pm 0,035$	0,414
9	тонкая наблюдательность	$1,85 \pm 0,030$	0,355
10	способность к самонаблюдению	$1,50 \pm 0,046$	0,555
11	способность подмечать изменения в окружающей обстановке, не сосредоточивая сознательно на них внимание	$1,61 \pm 0,041$	0,490
III. Мнемические:			



	способность тут же точно передать раз	1,45 ± 0,050
12	прочитанное	
	способность тут же точно передать раз	1,76 ± 0,036
T3	услышанное	
	способность легко запоминать словесно-	1,85 ± 0,030
14	логический материал (термины, даты)	
	способность легко запоминать наглядно-образный	1,73 ± 0,037
Is	материал (планы, схемы)	
	способность к произвольному запоминанию	1,76 ± 0,036
T6	материала	
	способность в течение длительного времени	1,79 ± 0,034
17	удерживать в памяти большое количество материала	
	особая память на внешность и поведение	1,64 ± 0,040
Të	человека	
	способность точно воспроизводить материал в	1,84 ± 0,031
19	нужный момент	
	способность к узнаванию факта, явления по малому	1,84 ± 0,031
20	количеству признаков	
	способность к избирательному воспроизведению	1,77 ± 0,035
21	нужного в данный момент материала	
	большой объем произвольной памяти	1,71 ± 0,038
22	IV. Моторные:	
	согласованность движений с процессами восприятия	1,88 ± 0,027
23		
	устойчивость к статическим нагрузкам	1,88 ± 0,027
24	способность к быстрдействию в условиях дефицита	1,72 ± 0,038
25	времени	
	быстрая реакция на неожиданное слуховое	1,80 ± 0,033
26	впечатление посредством определенных движений	
	красивый почерк	0,51 ± 0,042
27		
28	согласованность одновременных движений рук и ног	0,78 ± 0,056
	в различных сочетаниях (синхронные,	



	последовательные, разнотипные)		
29	быстрая реакция на внезапные зрительные впечатления посредством определенных движений	$1,70 \pm 0,038$	0,460
30	быстрота и точность пальцев рук	$1,85 \pm 0,032$	0,381
31	пластичность движений	$1,87 \pm 0,028$	0,333
32	умение быстро записывать	$1,10 \pm 0,062$	0,744
V. Сенсорные:			
33	умение узнавать и отличать цвета	$1,72 \pm 0,038$	0,450
34	глазомерное определение расстояний, углов, размеров	$1,66 \pm 0,042$	0,505
35	способность к различению звуков по громкости, высоте, тембру	$1,55 \pm 0,058$	0,699
36	способность к различению перепадов температуры	$1,34 \pm 0,047$	0,558
37	способность к быстрому распознаванию небольших отклонений от заданной формы	$1,82 \pm 0,032$	0,387
VI. Имажинитивные:			
38	способность наглядно представлять себе новое, ранее не встречавшееся в опыте, или старое, но в новых условиях	$1,85 \pm 0,030$	0,362
39	способность прогнозировать исход событий с учетом их вероятности	$1,92 \pm 0,023$	0,278
40	способность находить новые и необычные решения	$1,73 \pm 0,037$	0,447
41	умение видеть несколько возможных путей и мысленно выбирать наиболее эффективный	$1,80 \pm 0,033$	0,398
42	способность к переводу образа из одной модальность в другую, к воссозданию образа по словесному описанию	$1,72 \pm 0,038$	0,450
VII. Мыслительные:			
43	способность рассматривать проблему с нескольких различных точек зрения	$1,78 \pm 0,035$	0,418
44	аргументированность критического анализа	$1,73 \pm 0,041$	0,489



45	способность схватить суть основных взаимосвязей, присущих проблеме	$1,88 \pm 0,027$	0,325
46	способность отбросить обычные, стандартные методы и решения, ставшие негодными, и искать новые, оригинальные решения	$1,74 \pm 0,037$	0,439
47	умение выбирать из большого объема информации ту, которая необходима для решения данной задачи	$1,89 \pm 0,026$	0,316
48	умение делать вывод из противоречивой информации	$1,85 \pm 0,030$	0,355
49	чутье к наличию проблемы там, где кажется, что все уже решено	$1,80 \pm 0,033$	0,398
50	способность видеть дальше непосредственно данного и очевидного	$1,91 \pm 0,024$	0,288
51	умение определять особенности информации, недостающей для принятия решения	$1,83 \pm 0,031$	0,375
52	способность принять правильное решение при недостатке необходимой информации или отсутствии времени на ее осмысливание	$1,94 \pm 0,019$	0,231
	VIII. Эмоциональные:		
53	постоянство хорошего настроения	$1,68 \pm 0,039$	0,469
54	эмоциональная устойчивость при принятии ответственных решений	$1,99 \pm 0,007$	0,084
55	умение найти привлекательные стороны в любой работе	$1,73 \pm 0,040$	0,477
56	увлеченность поиском решения вопроса	$1,78 \pm 0,035$	0,418
57	способность переживать то, что переживают и чувствуют другие	$1,59 \pm 0,044$	0,522
58	уравновешенность, самообладание в кризисных ситуациях деятельности	$1,97 \pm 0,015$	0,184
59	способность передавать другим людям положительный эмоциональный заряд	$1,81 \pm 0,033$	0,393
60	быстрая адаптация к новым условиям	$1,73 \pm 0,037$	0,447
	IX. Волевые:		



61	умение заставить себя делать неинтересную, но необходимую работу	1,78 ± 0,035
62	умение отстаивать свою точку зрения	1,66 ± 0,041
63	умение подчиняться, в точности исполнять предписания	1,73 ± 0,037
64	способность к длительной умственной работе, без ухудшения качества и снижения темпа	1,64 ± 0,040
65	упорство в преодолении возникающих трудностей	1,80 ± 0,034
66	способность к длительному сохранению высокой активности (энергичность)	1,85 ± 0,30
67	малая внушаемость, способность не поддаваться влиянию, особенно со стороны авторитетных лиц	1,66 ± 0,044
68	способность брать на себя ответственность в сложных ситуациях	1,90 ± 0,026
69	способность объективно оценивать свои достижения, силы и возможности	1,66 ± 0,44
70	сохранение собранности в условиях, стимулирующих возбуждение	1,94 ± 0,020
71	эффективность преодоления чувства усталости	1,82 ± 0,032
72	способность к волевой мобилизации	1,97 ± 0,015
73	высокий самоконтроль эмоций и поведения	1,90 ± 0,026
X. Речевые:		
74	умение давать четкие, ясные формулировки при сжатом изложении мысли (при ответах и постановке вопроса)	1,69 ± 0,039
75	умение связно и логично излагать свои мысли в развернутой форме (отчет, доклад, выступление)	1,61 ± 0,042
76	умение вести научную беседу, спор, диалог; аргументировать, доказывать свою точку зрения	1,54 ± 0,045
77	сильный, звучный и выносливый голос	0,59 ± 0,052
78	отсутствие дефектов речи, хорошая дикция	1,17 ± 0,059
79	способность к произвольной передаче своих представлений или чувств с помощью жестов,	0,78 ± 0,053



	мимики, изменения голоса		
	XI. Коммуникативные:		
80	способность понимать подтекст речи (иронию, шутку)	$0,59 \pm 0,055$	0,663
81	умение вести деловую беседу, переговоры	$1,63 \pm 0,042$	0,499
82	умение доходчиво донести до слушателя свои мысли и намерения	$1,71 \pm 0,038$	0,454
83	способность быстро найти нужный тон, целесообразную форму общения с пациентом	$1,97 \pm 0,014$	0,165
84	способность к быстрому установлению контактов с новыми людьми	$1,89 \pm 0,026$	0,316
85	способность располагать к себе людей, вызывать у них доверие	$1,97 \pm 0,014$	0,165
86	способность разумно сочетать деловые и личные контакты с окружающими	$1,67 \pm 0,039$	0,471
87	умение согласовывать свои действия с действиями других лиц	$1,76 \pm 0,036$	0,427
88	умение дать объективную оценку действиям других лиц	$1,50 \pm 0,052$	0,627
	XII. Работоспособность:		
89	быстрая вработываемость	$1,86 \pm 0,029$	0,348
90	сохранение высокого уровня работоспособности за счет алгоритмичности действий	$1,78 \pm 0,035$	0,414
91	эффективность работы в условиях сочетания коротких интервалов работы и отдыха	$1,21 \pm 0,058$	0,691
92	эффективность работы в условиях сочетания длительных интервалов работы и отдыха	$1,73 \pm 0,037$	0,447
93	выносливость и способности увеличивать работоспособность на завершающих этапах работы	$1,83 \pm 0,032$	0,381
94	сохранение высокой работоспособности в монотонных и однообразных условиях	$1,72 \pm 0,040$	0,481
95	помехоустойчивость в процессе труда	$1,72 \pm 0,038$	0,450
96	быстрота одиночных «взрывных» действий	$1,47 \pm 0,050$	0,603



97	способность к высокой кратковременной мобилизации	1,66 ± 0,41	0,491
----	---	-------------	-------



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 вопросами подготовки кадров социальных работников для социальной сферы (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, заботы, позитивного 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 (иностранные граждане и лица без гражданства), прибывшие в Россию в поисках убежища, в т.ч. с намерением подать ходатайство о представлении 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 функционально недееспособны либо им необходима помощь со стороны.

Попечительство - над подростками в возрасте от 14 до 18 лет, над недееспособными или ограниченно дееспособными вследствие злоупотребления спиртным или наркотиками, над совершеннолетними дееспособными, 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 хар-р: изменение физиологических и социальных ф-ий для приспособления к среде, с др. стороны - 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 воздействий, применяемых социальными службами, отдельными 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



Библиографический список

1. Антология социальной работы в 5 томах. Т.1. История, социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. М.: Сварог, НВФ СПТ, 1995.
2. Аршинов В. И. Синергетика и методология постнеклассической науки //Философия науки. - Вып. 8. Синергетика человекомерной реальности. - М., изд-во ИФРАН, 2002. - с. 14-36.
3. Белов В.П., Ефремов И.Н. О реабилитации больных и инвалидов //Врачебное дело. - 1977. - №11. - С. 15-18.
4. Бердяев Н.А. Философия свободы. Смысл творчества. М.: Издательство «Правда», 1989. - 580 с.
5. Бреева Е.Б. Программа социальной работы с безработными и их семьями. - М., 1994.
6. Вышеславцев Б.П. Бессмертие, перевоплощение и воскресение. //Человек, 1993, № 2. - С.80-96.
7. Вялков А.И. Основы региональной политики в здравоохранении М.: ГЕОТАР - Мед, 2001. - 336 с.,
8. Гарр Т.Р. Почему люди бунтуют. СПб., 2005 - 461 с.
9. Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования. Государственный Комитет РФ по высшему образованию. М. 2001.
10. Грачев Л.К. Медико-социальная помощь детям-инвалидам //Педиатрия. - 1995. - № 4. - С.114-116.
11. Гришина Л.П. Актуальные проблемы инвалидности в РФ. - М.: 1995. 153 с.
12. Жуков В.И. Потенциал человека: индекс социального развития россиян. - М., 1995.
13. Жуков В.И. Российское образование: истоки, традиции,



проблемы. - М, 2001.- 848 с.

14. Жуков В.И. Российское образование: истоки, традиции, проблемы. - М., 2001.- 848 с.
15. Жуков В.И. Россия: состояние, перспективы, противоречия развития. - М., 1995.
16. Закон Волгоградской области от 15 января 2001 г. N 495-ОД "О работниках социальных служб Волгоградской области" (с изменениями от 12 января 2006 г.)
17. Иванова А.Е. Социальная детерминация здоровья населения.- М.: 1998. 85 с.
18. История российских социальных служб: хронограф / Под общ. ред. Г.Н. Кареловой, В.И. Жукова. - М., 2001.'
19. Кавелин К.Д. Философия и наука в Европе и у нас. //Наш умственный строй. Статьи по философии русской истории и культуры. М.: изд-во «Правда», 1989. - С. 278-293.
20. Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. Анормальная психология. СПб.: Питер, 2004, гл. 2.
21. Клиническая психология в социальной работе / Под ред. Б.А. Маршнина. - М.: Издательский центр «Академия», 2002. - 224 с.
22. Козяков 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.
23. Кононова Т.Б. История российской благотворительности и ее связь с государственными структурами социального обеспечения. - М., 1997.
24. Конституция РФ. - М, 2000.
25. Кульпин Э.С. Первый социально-экологический кризис в России - Генезис кризисов природы и общества России. - М.,



1994.

26. Лоуэн А. Радость. Мн.: 1999.
27. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование. М.: Наука, 1999. - 240 с.
28. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование. М.: Наука, 1999. - 240 с.
29. Мартыненко А.В. Проблемы становления в России медикосоциальной работы как профессиональной деятельности //Проблемы соц. гигиены и истории медицины. - 1995. - № 4. - С. 41-44.
30. Медведева Г.П. Этика социальной работы. - М., 2000.
31. Мельников В.П., Холостова Е.И. История социальной работы в России. М., Издательско-книготорговый центр «Маркетинг», 2002.
32. Мечников И.И. Акад.собр.соч. М.: Государственное издательство медицинской литературы. 1954. Т.13. - 244 с.
33. Мечников И.И. Сорок лет искания рационального мировоззрения //Акад. собр. соч. М.: Медгиз, 1954. Т. 13.
34. Никитин В.А. Социальная работа: Проблемы теории и подготовки специалистов. М.: Московский психолого-социальный институт, 2002. - 236 с.
35. Основные направления социальной политики российского государства на 2000-2004 гг. и в перспективе до 2015 г. - М., 1999.
36. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (с изменениями от 2 марта 1998 г., 20 декабря 1999 г., 2 декабря 2000 г., 10 января, 27 февраля, 30 июня 2003 г., 29 июня, 22 августа, 1, 29 декабря 2004 г., 7 марта, 21, 31 декабря 2005 г., 2 февраля 2006 г.)
37. Основы социальной работы/ под ред. П.Д. Павленок. - М; 1997.



38. Павлов В.С. Социальное страхование и социальное обеспечение в России (к истории вопроса). - М., 1994.
39. Павлов И.П. Полное собрание сочинений. М.-Л. 1951. Т.3. Кн. 1, 2. 392 с.
40. Постановление Госкомтруда СССР от 23 апреля 1991 г. № 92 "О дополнении квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих и об установлении должностных окладов специалистов по социальной работе"
41. Постановление Правительства РФ от 3 апреля 2006 г. N 191 "Об утверждении перечня должностей подлежащих обязательному страхованию медицинских, фармацевтических и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, занятие которых связано с угрозой жизни и здоровью этих работников"
42. Приказ Минздрава РФ от 13 октября 1997 г. N 301 "О создании научно-методического совета по социальной работе в здравоохранении"
43. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 июля 2007 г. N 466" О проведении научно-практической конференции "Пожилой больной. Качество жизни"
44. Решетников А.В. ОМС: задачи имеют решение (из опыта теории и практики) М.: Эфлакс, 2002. - 28 с.
45. Решетников А.В. Российское общество и здравоохранение: социологическое осмысление взаимодействия. М.: Изд-во Здоровье и общество, 2004.- 35 с.
46. Седова Н.Н. Философия Человека. Волгоград, 1997.
47. Сеченов И.М. Избранные произведения. М.: Гос. уч.-пед. изд-во мин. просв. РСФСР, 1953. - 233 с.
48. Словарь по этике/ под ред. А.А.Гусейнова и И.С. Кона. - М., 1989.



49. Социальная политика: парадигмы и приоритеты /Под общ. ред. В.И.Жукова. - М.: Изд-во МГСУ «Союз», 2000. - 312.
50. Социальная политика: Учебник /Под общ. ред. Волгина Н.А.: М.: Изд-во РАГС, 2003. - 548 с.
51. Социальная работа с инвалидами/ под ред. А.И.Осадчего, Е.И. Холостовой. - М., 1996.
52. Социальная работа. Российский Энциклопедический словарь. Под общей редакцией В.И.Жукова - М: Союз, 1997. - 359 с.
53. Социальная работа: история, теория, технологии (Научная школа профессора Е.И.Холостовой) - М.: 2004. - 192 с.
54. Сулимова Т.С. Социальная работа и конструктивное разрешение конфликтов.- М., 1996.
55. Темникова Д.А. Базовая подготовка специалистов социальной сферы. - М., 1994.
56. Тен Е.Е. Основы социальной медицины: Учебное пособие. - М.: ФОРУМ: ИНФА-М, 2003. - 256 с.
57. Теория социальной работы: Учебник /Под ред. проф. Е.И. Холостовой. - М.: Юристъ, 2001. - 334 с.
58. Топчий Л.В. Кадровое обеспечение социальных служб: состояние, перспективы, развитие. - М., 1997.
59. Фирсов М.В. Введение в теоретические основы социальной работы (Историко-понятийный аспект). Москва - Воронеж, 1997.
60. Фирсов М.В. Введение в теоретические основы социальной работы (Историко-понятийный аспект). Москва-Воронеж, 1997.
61. Фирсов М.В. Социальная работа в России: теория, история, общественная практика. М., 1996. 748 с.
62. Фирсов М.В., Студенова Е.Г. Теория социальной работы. - М., «Владос», 2000.
63. Фирсов М.В., Субаева О.Н.// Концептуальные подходы к региональной социальной политике. - М., 1997.



64. Франкл В. Человек в поисках смысла. М., 1994
65. Фромм Э. Искусство любить. /Душа человека: Перевод. - М.: Республика, 1992. - 430С.
66. Хайдеггер М. Бытие и время. М.: Ad marginem, 1997.
67. Холостова Е.И. Генезис социальной работы в России. - М., 1995.
68. Холостова Е.И. О некоторых новых подходах к теории социальной работы /Социальная работа: история, теория, технологии. М.: изд-во МГСУ, 2004. С. 7-16
69. Чижова В.М. Антропологическая парадигма отечественного естествознания и медицины. Волгоград, 2001.
70. Шанин Т. Социальная работа как культурный феномен современности, 1997.
71. Швейцер А. Благоговение перед жизнью. М., Прогресс. 1992.
72. Шеляг Т.В. Содержание и принципы социальной работы /Социальная работа: история, теория, технологии. М.: изд-во МГСУ, 2004. с. 37-46
73. Энциклопедия социальной работы, в 3 т. Пер. с англ. М., 1993, - Т. 1 - 480 с., Т.2 - 454 с., Т. 3 - 498 с.
74. Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами. - СПб.: Питер, 2004. - 316 с.
75. http://www.gazeta.ru/science/2007/11/22_a_2331729.shtml?incut1



Содержание

Введение	3
Глава 1. Социальная работа как феномен цивилизационного развития	7
1.1. Основные модели взаимоотношений между действующими лицами в медицине и социальной работе.....	7
1.2. Социальная работа и клиническая психология - помогающие профессии в системе здравоохранения	30
1.3. Социальная работа в России: история и современность	43
Глава 2. Социальная работа в здравоохранении	56
2.1. Нормативно-правовое обеспечение системы социальной защиты населения Российской Федерации.....	56
2.2. основополагающие <u>принципы</u> социальной работы.....	65
2.3. Социальная работа и социальная политика в современном российском обществе	71
2.4. Ценность жизни как этическое основание социальной работы	79
2.5. Система медико-социальной помощи.....	92
Глава 3. Конфликтогенные интенции современного российского здравоохранения	116
3.1. Легитимизация гуманистической ценности здоровья в с	
3.2. Конфликты в амбулаторно-поликлиническом секторе системы здравоохранения.....	126
3.3. Повышение успешности деятельности как индикатор профессионального роста медицинского работника	151
Глоссарий.....	167
Приложение	175
Библиографический список	180