

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Основы профессионального общения

Методическая разработка занятия Тема: Понятие

общения, его виды и функции

Цель: овладение знаниями по теме «Понятие общения, его виды и функции»

Задачи:

- дать понятие о видах, формах, функциях, сторонах общения;
- ознакомить с вербальным общением;
- способствовать выработке навыка невербального общения;
- сформировать конкретные действия ведения беседы и соблюдения территориального права.

Форма занятия – лекция.

Оборудование: карточки с домашним заданием

Ход лекции

Мотивационный этап.

Занятие начинается с приёма «коммуникативная атака». Преподаватель, ничего не говоря, жестами показывает ученикам различные движения: встать, сесть, открыть тетради, выйти к доске и т.п. На доске пишет какое-нибудь задание для них, которые они должны выполнить (например: открыть учебник на ... стр., пожать друг другу руку и т.п.). Каждый ответ учеников он оценивает различными эмоциональными смайликами. Ученики должны определить, что Преподаватель им хочет сказать. Затем перед учащимися ставятся вопросы: "Трудно ли вам было меня понять? Что этому мешало? О чём мы сегодня будем с вами говорить?"

Обобщая ответы обучающихся, в процессе беседы с ними, происходит формулировка темы и целей занятия. Мотивационный этап завершается словами учителя: «Общение – сложный и многоплановый процесс. О том, что оно играет большую роль в жизни человека красноречиво говорят слова Л. Рон Хаббарда - американского исследователя, разработчика дианетики (науки о человеческом разуме): «Человек жив настолько, насколько он способен общаться».

Кто может еще вспомнить пословицы или высказывания про общение? Что такое общение? Попробуйте дать свое определение. Что такое общение? Ответить на этот вопрос одновременно и легко и очень трудно.

Общение - это такое социально-психологическое явление, которое не только сопровождает человека всю его жизнь, но и является важнейшим условием формирования его личности. Общение - основа существования любого социума: оно объединяет людей в единое целое, обеспечивает согласованность их усилий, делает возможным сохранение и передачу групповых норм, традиций, преданий, то есть социального опыта, последующим поколениям. Общаясь, мы познаем мир; потребность в общении - одна из важнейших потребностей человека, одиночество воспринимается нами как одно из величайших бедствий. "Общество" и

"общение" - однокоренные слова, ведь любое общество - это не что иное как система различных уровней и форм общения людей.

В процессе общения возникают отношения двух индивидов. Кто по вашему мнению здесь выступает субъектом? (Субъектами являются оба участника общения). А что является объектом? (объектом общения является информация). Особую роль для каждого участника общения играет значимость информации, это возможно при условии, что информация понята и осмыслена. Поэтому в каждом коммуникативном процессе реально даны в единстве деятельность, общение и познание.

-А сейчас рассмотрим несколько «вариантов общения».

Участники разбиваются на пары.

1. «Синхронный разговор». Оба участника в паре говорят одновременно в течении 30 секунд. Можно предложить тему разговора. Например, «Книга, которую я прочел недавно» По сигналу разговор прекращается.
2. «Игнорирование». В течение 30 секунд один участник из пары высказывается, а другой в это время полностью его игнорирует. Затем они меняются ролями.
3. «Спина к спине». Во время упражнения участники сидят друг к другу спиной. В течение 30 секунд один участник высказывается, а другой в это время слушает его. Затем они меняются ролями.
4. «Активное слушание». В течение 1 минуты один участник говорит, а другой внимательно слушает его, всем своим видом показывая заинтересованность в общении с ним.

ОБСУЖДЕНИЕ: Как вы себя ощущали во время проведения первых трех упражнений? Что мешало вам чувствовать себя комфортно? Как вы себя ощущали во время последнего упражнения?

И самый главный вопрос: Что помогает вам в общении с другими людьми???

(выслушивание ответов)

3. Основная часть

В ходе чтения лекции преподавателем студенты заполняют канву таблицы по теме.

Форма для заполнения.

Уважаемые студенты, заполните, пожалуйста, форму по теме «Общение»

Общение-

это _____

Стороны общения

- _____
- _____
- _____

Виды общения

- _____
- _____
- _____

- _____
- _____
- _____
- _____

Функции общения

- _____
- _____
- _____
- _____

Текст лекции

Общение - сложное социальное явление, и, хотя оно представляет собой целостный акт, в нем можно выделить **три стороны**:

- коммуникативная сторона (коммуникация ~ передача информации) - **это обмен информацией, в процессе которого от человека к человеку передаются знания, умения, эмоции;**
- перцептивная сторона (перцепция - восприятие) - **это восприятие человека человеком и их взаимопонимание;**
- интерактивная сторона - **взаимодействие людей друг с другом.**

Любое общение состоит из отдельных, относительно завершенных элементов, которые называются актами общения или коммуникативными актами. Например, Преподаватель задает ученику вопрос и получает ответ. Отдельный акт, как правило, является частью более продолжительного процесса общения.

Виды общения

Многообразие жизненных ситуаций, в которых оказывается человек, и разнообразие его социальных связей определяет и разнообразие видов общения. В качестве примера можно привести классификацию видов общения по уровню контактов.

- "Контакт масок" - это формальное общение, когда человек не стремится понять своего партнера и не испытывает к нему никаких чувств, а как бы надевает маску: маску вежливости, участия, строгости. Особенно распространен это с.ид общения в современном городе, где контакты между людьми многочисленны, но кратковременны и формальны. Человек не в состоянии хорошо узнать каждого партнера и стремится избавить себя от излишних эмоций.
- Формально-ролевое общение - это общение в рамках определенных социальных ролей (покупатель - продавец, врач - больной, Преподаватель - ученик и т.д.), когда человек выбирает формы и средства общения. Исходя из своей социальной роли и роли своего партнера. Этот вид общения тоже не требует от людей знания личностных качеств друг друга, а основан на знании ими моделей поведения определенных социальных ролей.
- Манипулятивное общение близко к примитивному. Оно направлено на извлечение выгоды из общения с данным человеком. В этом случае к собеседнику, как правило, проявляется интерес, учитываются личностные

характеристики, демонстрируются эмоции, но все это преследует только одну цель- манипулирование партнером..

- Деловое общение предполагает серьезные отношения между партнерами, учет ими индивидуальных особенностей друг друга, но на первое место ставится не интерес к человеку, а интересы дела.

- Светское общение. Суть его в беспредметности. Главная цель этого вида общения поддержание контактов. Люди в процессе светского общения вступают в контакт потому, что так принято, говорят не то, что думают или чувствуют, а то, что принято в данной ситуации.

- Духовное или межличностное общение - это общение друзей и близких людей, связанных отношениями симпатии. Большую роль в нем играют эмоции, которые определяют и характер общения и выбираемые средства. Основой данного вида общения является знание людьми личностных качеств друг друга и понимание эмоциональных состояний.

Функции общения (обучающиеся высказывают свои мнения)

Занимая в жизни как отдельного человека, так и общества в целом важное место, общение выполняет разнообразные функции:

- коммуникативная функция - передача информации;
- перцептивная функция - восприятие и взаимопонимание людей;
- интерактивная функция - взаимодействие людей в группе;
- функция координации - организация совместной деятельности;
- функция социального контроля - в процессе общения не только происходит формирование социальных норм и их усвоение, но и осуществляется контроль за их выполнением;
- функция межгруппового взаимодействия;

4.Работа по вариантам

Студенты 1 варианта готовят сообщение о вербальном общении, 2 варианта- о невербальном общении.

В зависимости от использования средств передачи информации выделяют два вида общения: *вербальное* (речевое) общение, в котором информация передается с помощью слов формального языка и *невербальное* (неречевое), где передача информации осуществляется с помощью таких средств как жесты, мимика, пантомимик

Материал для работы студентов.

Вариант 1

Вербальные средства общения

К вербальным средствам относится речь - своеобразная форма деятельности, в процессе которой информация передается с помощью слов формального языка. Язык представляет собой систему слов и выражений, а так же правила их соединения в осмысленные высказывания. Язык конвенционален по своей природе, то есть является продуктом взаимодействия людей в группе. Современные национальные языки прошли очень длительный путь эволюции; и> своеобразие тесно связано с особенностями этносов, с родом занятий, преобладавшем у данного народа в древности, со своеобразием его национального характера и т.д.

Слова языка едины для всех, говорящих на нем, и к употреблению слов и их произношению предъявляются строгие требования. Тот, кто нарушает эти требования, рискует быть непонятым. Язык имеет важное значение в процессе общения не только как средство передачи сообщения: он позволяет человеку ощущать единство со своей группой, отличать чужих и самому отличаться от них. В любом обществе существуют группы (возрастные, профессиональные, социальные и т.д.), использующие свою особую лексику, так называемый сленг. Это могут быть как особые слова, так и общепринятые, со своим специфическим значением. В качестве примера таких групповых языков можно назвать воеводской жаргон или подростковый сленг. Употребление особых слов и выражений в подростковой среде позволяет молодым людям подчеркнуть свою принадлежность к определенной группе и как бы обособиться от мира взрослых.

Каждое слово - это знак, имеющий свое конкретное содержание. Это содержание, называемое значением, связывает слово с миром реальных вещей и явлений позволяет человеку выразить свои мысли и передавать информацию. Многовековая связь слов с предметами привела к формированию особого отношения к ним. Произнося слова ("мама", "Родина", "смерть", "враг"), мы не только издаем определенные звуки, но и переживаем чувства, связанные с предметами, которые обозначаются произносимым словом. Слово имеет над человеком огромную власть. Недаром же говорят, что словом можно убить и словом можно исцелить. Психологи доказали, что слово может "включать" определенные психические механизмы. Например, если врач неосторожно скажет больному, что болезнь его неизлечима, то это не только вызовет у больного страх, но и может ухудшить его физическое состояние. Способность слова воздействовать на психические процессы лежит в основе внушения или гипноза. Силу слова каждый может проверить на себе: если девушка каждое утро, смотрясь в зеркало, будет говорить себе: "Какая же я красивая и обаятельная!" - то она действительно станет неотразимой, уверенной в себе красавицей.

Если язык социален, то речь, хоть она и строится на основе формального языка, индивидуальна. В ней отражаются индивидуальные особенности человека, его эмоциональные состояния, интересы, мотивы и т.д.

ПРЕПОДАВАТЕЛЬ: Все пробуем общаться вербально.

- «Кто я?» Ответить на этот вопрос пять раз.

Вариант 2

Невербальные средства общения

По данным исследований слова составляют в общении от 7 до 30% передаваемой информации, большая же часть приходится на неречевые или невербальные средства. Средства эти очень разнообразны: жесты, мимика, пантомимика, позы, интонация, касание людьми друг друга и многое другое. Существуют специальные науки, изучающие различные виды невербальных средств общения.

Кинесика изучает роль различных движений человеческого тела (кинем) в процессе общения. Объектами изучения кинесики, главным образом,

являются мимика, пантомимика и жесты. Движения человеческого тела несут интересную и важную информацию об индивидуально-психологических особенностях человека, например, о темпераменте. Люди с более динамичной нервной системой, с преобладанием холерического темперамента более подвижны, чем флегматики и даже сангвиники. Они быстро жестикулируют, у них выразительная и подвижная мимика, они часто меняют позы в процессе общения. По сравнению с ними флегматики кажутся заторможенными, их мимика невыразительна, что нередко воспринимается как равнодушие или скрытность.

По тому, как движется человек можно определить и его эмоциональное состояние. Сутулая спина, безвольно опущенные руки, "потухший" взгляд и шаркающая походка говорят об общем угнетенном состоянии человека, тогда как бодрая, упругая походка, высоко поднятая голова, выразительная мимика - свидетельство того, что у этого человека хорошее настроение.

Большую роль в общении играет улыбка, которая воспринимается как проявление доброжелательности и стремление идти на контакт. Как правило, она вызывает сходную ответную реакцию. Если вы хотите добиться расположения ваших партнеров по общению, то улыбайтесь им почаще, только улыбка должна быть искренней, а не официальной. Вообще мимика играет важную роль в общении, так как чаще всего она воспринимается и оценивается на интуитивном уровне. Передача информации с помощью выражений лица и глаз - это древнейший вид коммуникации, он существует не только у приматов (человекообразных обезьян), но и у большинства высших животных. Человек может контролировать свою мимику, например, улыбаться, если ему грустно, сделать сочувствующее лицо и злорадствовать про себя, но его всегда выдадут глаза. Недаром говорят, что глаза - это зеркало души. Л.Н.Толстой описывает в своих произведениях более 80 выражений глаз. Выражения глаз несут важную информацию об отношении к собеседнику и к тому, что он в данный момент говорит, об эмоциональном состоянии человека, о том, насколько внимательно он слушает своего партнера и даже о его искренности. Стремление избежать контакта глаз, так называемый бегающий взгляд говорят о том, что человек либо что-то скрывает, либо лжет. Внимание к собеседнику, заинтересованность им или предметом разговора проявляется в блеске глаз. Английский психолог Мак- Клой даже сконструировал аппарат, с помощью которого по яркости сетчатки глаза можно определить степень... влюбленности человека.

Одним из важнейших средств невербального общения являются жесты. В отличие от экспрессивных (выразительных) движений лица и тела жесты конвенциональны, то есть являются частью культуры группы. Жесты как средство общения очень распространены и имеют большое значение для взаимопонимания. Сопровождая слова, жесты могут подчеркивать смысл, заключенный в них, или менять его на прямо противоположный. Например, один человек другому говорит: "Какой ты умный!" и при этом согнутым пальцем стучит себе по лбу. Смысл сообщения в сочетании с жестом оказывается противоположным тому, что содержится в речевом

высказывании. Так как группы социальны, то в разных группах (особенно, если речь идет о разных нациях) система жестов различна, поэтому взаимопонимание людей зависит не только от знания ими формального языка, но и языка жестов. Так, например, если итальянец, общаясь со своим собеседником начинает потирать тыльной стороной ладони Свою щеку, то буквально этот жест означает, что разговор настолько затянулся, что уже начала расти щетина. Его собеседник, даже хорошо зная язык, не сможет правильно построить общение, если не понимает смысл этого жеста.

Жесты и вне речевого общения несут немалую информацию, в основном оценочную, то есть информацию об отношении человека к сообщению, к собеседнику, к конкретной ситуации, а так же информацию об эмоциональном состоянии человека. Однако самостоятельного, полностью заменяющего речь языка жестов не существует. Язык глухонемых не является жестовым языком в собственном смысле слова, так как он тесно связан с формальным языком: жесты в нем соответствуют словам или выражением этого языка и изобретены искусственно для удобства общения людей, лишенных возможности пользоваться речью.

Речь, мимика и жесты - наиболее заметные средства общения. Но в общении есть моменты, на которые мы редко обращаем внимания, но которые, тем не менее, играют важную роль в процессе взаимодействия. Представьте, что вам нужно обсудить с другом (или подругой) важный для вас вопрос. Где вам будет удобнее это сделать? Где-нибудь в уголке; чем меньше вокруг вас будет открытого пространства, тем увереннее вы себя будете чувствовать. А если, наоборот, вы стремитесь привлечь к себе внимание, сделать важное для всех сообщение, выступить в роли лидера или продемонстрировать свое превосходство? Тогда, скорее всего, вы предпочтете открытое пространство, повернетесь лицом к предполагаемой аудитории и, возможно, постараетесь занять возвышенное положение (на ступеньке лестницы, на кафедре, на трибуне или на стуле). Подобное возвышение человека над окружающими способствует повышению его авторитета в глазах других. Недаром же политические лидеры предпочитают выступать с высоких трибун, а трон властителя всегда помещался на возвышении. Наука, изучающая влияние пространственного расположения людей на процесс их общения, называется *проксемикой*.

Проксемика так же изучает роль дистанции в процессе общения. Американские социальные психологи установили, что каждый человек, общаясь с другими людьми старается сохранить некое личное пространство. Размер этого личного пространства зависит не только от индивидуальных особенностей человека, но и от целей общения. Так в процессе интимного общения человек может очень близко подходить к своему партнеру до 45 см. Дистанция дружеского общения - 45-120 см.; официальная дистанция - 120- 400 см.; публичная дистанция - 400-750 см. Однако, следует помнить, что данные цифры характерны для американской культуры и у других народов могут существенно отличаться. Выделяют так называемые " контактные" народы, представители которых придерживаются очень близкой дистанции

общения и часто касаются друг друга в разговоре (итальянцы, мексиканцы и др.) А представители народов Северной Европы (шведы, финны, англичане и др.) придерживаются значительно большей дистанции и касаются друг друга в разговоре очень редко. Русская культура относится к среднему типу.

Склонность к непосредственному контакту в процессе общения зависит не только от национальной принадлежности человека, но и от его эмоционального состояния, от степени знакомства партнеров и от культуры группы, к которой они принадлежат. Роль прикосновений в процессе общения изучает наука, которая называется *такесикой*.

К невербальным средствам общения относятся так же некоторые особенности речи. Различная степень громкости речи, интонации, изменения тональности голоса делают нашу речь живой и выразительной, наполняют наши высказывания особым смыслом. Например, выражение: "Как ты хорошо выглядишь!" - можно произнести таким тоном, что собеседник воспримет его как оскорбление или как объяснение в любви. Роль вокальных возможностей голоса в процессе общения изучает *паралингвистика*. А вот *эксталингвистика* занимается изучением особенностей речи, связанных с изменением темпа, паузами и включением в речь различных звуков: смеха, покашливания, вздохов и других.

Таким образом, мы видим, что невербальные средства общения занимают очень важное место в нашей жизни. Знание их помогает человеку правильно организовать свое общение, понимать других и быть понятым самому.

-А можно ли одновременно общаться вербально и невербально???

-В каких профессиях это часто встречаем?? (Преподаватель, гид и т.д.)

Невербальное общение.

Можно ли общаться без слов?

Проведем небольшую физкультминутку, используя жесты невербального общения:

человек задумался и отвел глаза (движение глазами вправо, влево)

человеку кто-то понравился он подмигивает ему (моргание глазами)

говорим «да» (наклоны головой)

говорим «нет» (повороты головы)

что-то не знаем (поднимаем- опускаем плечи)

а вот вошел авторитетный человек (выпрямляем спину)

увидели хорошего знакомого (разводим руками в стороны)

приветственно машем руками (левой- правой)

Преподаватель начинает разговор: «Мы живём в эпоху массовых коммуникационных потоков. Развивается цивилизация, где коммуникационная связь создаёт все условия для безграничного общения людей. Современное общество характеризуется не только и не столько расширяющимися возможностями накопления и переработки информации, сколько новыми формами общения».

Вопросы для обсуждения:

1. Какие вам известны новые формы общения в современном мире?
2. Участниками каких социальных сетей являетесь вы?
3. Чем они вас привлекают?

С помощью интерактивного метода «Займи позицию», ученики высказывают своё отношение к виртуальному общению в интернете и социальных сетях – «Виртуальное общение: «за» или «против»?

Древние заповеди гласят, что тому, кто хочет получать удовольствие от общения необходимо:

Доверие к тому, с кем общаешься, вера в то, что человек, с которым вы общаетесь, хороший, что он расположен к вам, готов с вами общаться.

Уважение к тому, с кем общаетесь, признание того, что человек – высшая ценность и общаться с ним надо бережно.

Подумайте и укажите свои заповеди общения. (Общаться дружелюбно, улыбаться собеседнику, не перебивать, употреблять в разговоре имя собеседника и т. д.)

Конкурс «ШАГ НАВСТРЕЧУ». Участники должны встать друг напротив друга и говорить вежливые слова при том делая шаг навстречу. (Проверяем студентов на вежливость при общении). А теперь попробуем наоборот.

-Какие слова вам было легче говорить? Почему?

5. Работа с памятками (задание для студентов)

1 группа (материал для памятки «Техника общения»)

Техника общения — это те способы, к которым прибегает человек, чтобы подготовиться к общению, и его поведение в ходе общения.

Приемы общения – наиболее предпочтительные средства, выбираемые для процесса общения.

Для эффективного протекания процесса общения перед его началом важно определиться с наиболее подходящей техникой и приемами общения.

Они должны быть соотнесены с собственными интересами и с интересами партнера по общению. На начальном этапе техника общения заключается в принятии определенной позы, выражения лица, выборе соответствующего тона, жестов, правильно подобранных начальных слов.

Выражение лица должно выражать отношение к партнеру, соответствовать цели сообщения и желаемому результату.

Такие же требования предъявляются и к занимаемой позе. Иногда человек сознательно занимает ту или иную позу, принимает выражение лица, использует определенные жесты, чтобы наилучшим образом достигнуть желаемого результата.

Рассмотрим более подробно значение некоторых жестов, которые могут влиять на ход общения.

2 группа (материал для памятки «Психология жестов»)

Психология жестов. Передаваемая словесно информация может быть воспринята неверно, если она сопровождается несоответствующими жестами.

Знание психологии жестов поможет изменить свое поведение, вовремя закончить переговоры и т. д., если что-то идет не так, как хотелось бы.

Жесты открытости:

- раскрытые руки (руки ладонями вверх);
- расстегивание пиджака.

Жесты защиты:

- руки, скрещенные на груди;
- руки, зажатые в кулак.

Раздумье и критическая оценка:

- палец вдоль щеки;
- наклоненная голова (поза внимательного слушания);
- почесывание подбородка («хорошо, давайте подумаем»);
- жесты с очками (медленно снятие, долгое протирание стекол и т. д.), к жесту прибегают также, если требуется время на обдумывание, при этом в рот берется дужка очков, говорить при этом сложно, так что остается внимательно слушать, обдумывая ответ;
- хождение по комнате;
- пощипывание переносицы.

Подозрение и скрытность:

- взгляд в сторону («что ты имеешь в виду?»);
- защита рта рукой: во время речи — лживость; во время слушания — чувствует, что собеседник лжет;
- прикосновение к носу — вариант 2 в замаскированной форме;
- потирание века;
- почесывание или потирание уха.

Предостережение — нельзя возводить рассмотренные жесты в абсолют.

Может быть, человек замерз и поэтому скрещивает руки, или у него просто чешется нос или ухо.

3 группа (материал для памятки «Отношение к беседе. Территориальные права»)

Отношение к беседе:

- ноги (или все тело) обращены к выходу — свидетельство того, что человек хочет закончить встречу, поэтому следует либо закончить разговор, либо перевести его в более интересное русло;
- подпирание ладонью щеки и подбородка — свидетельство скуки, иногда путают с жестом внимательного слушания, но в этом случае указательный палец направлен вертикально к виску.

Территориальные права:

- интимная зона (от 15 до 46 см) — это психологическая собственность человека, право нарушить эту зону имеет только очень близкий человек, при вторжении чужого, например, при давке в общественном транспорте, человек испытывает раздражение и дискомфорт;
- личная зона (от 46 см до 1,2 м) — расстояние для вечеринок и официальных встреч;

- социальная зона (от 1,2 до 3,6 м) — зона для общения с посторонними людьми, например, на таком расстоянии следует находиться хозяину квартиры и сантехнику, чтобы не вызывать раздражения друг у друга;
- общественная зона (более 3,6 м) — расстояние для общения с большой аудиторией.

В ситуациях, когда ваш собеседник сидит, не следует нависать над ним, так как это воспринимается как ваше превосходство, а собеседник при этом чувствует себя очень маленьким.

В условиях вынужденной скученности, когда нарушается интимная зона, рекомендуется придерживаться следующих правил:

- не следует разговаривать даже со знакомыми людьми;
- нельзя смотреть в упор на других;
- нежелательно проявление на лице каких бы то ни было эмоций;
- при наличии газеты, журнала, книги желательно погрузиться в чтение, хотя бы для видимости;
- движения должны быть сдержанными;
- при движении в лифте сосредоточьтесь на указателях этажей.

6. Рефлексия

Что такое общение?

Назовите три стороны общения.

Какие виды общения вы знаете?

Чем отличается вербальное общение от невербального?

Что такое "коммуникативный акт"? (Преподаватель задает вопрос ученику, на который должен получить ответ)

Какие функции выполняет общение?

Какую роль в процессе общения играет обмен информацией?

Какие средства общения вы знаете?

Какие вы знаете вербальные средства общения?

Какие вы знаете невербальные средства общения?

Какую роль в общении играют жесты?

Что изучают такие области знания как кинесика, такесика, проксемика, экстра- и паралингвистика?

А на последок нашего задания, я бы хотела прочитать притчу. Слушаем внимательно.

Притча - Когда люди ссорятся

Один раз Преподаватель спросил у своих учеников:

- Почему, когда люди ссорятся, они кричат?
- Потому, что теряют спокойствие, - сказал один.
- Но зачем же кричать, если другой человек находится с тобой рядом? - спросил Преподаватель. - Нельзя с ним говорить тихо? Зачем кричать, если ты рассержен?

Ученики предлагали свои ответы, но ни один из них не устроил Учителя. В конце концов он объяснил:

- Когда люди недовольны друг другом и ссорятся, их сердца отдаляются. Для того чтобы покрыть это расстояние и услышать друг друга, им приходится кричать. Чем сильнее они сердятся, тем дальше отдаляются и громче кричат. А что происходит, когда люди влюбляются? Они не кричат, напротив, говорят тихо. Потому, что их сердца находятся очень близко, и расстояние между ними совсем маленькое. А когда влюбляются еще сильнее, что происходит? - продолжал Преподаватель. Не говорят, а только перешептываются и становятся еще ближе в своей любви.
- В конце даже перешептывание становится им не нужно. Они только смотрят друг на друга и все понимают без слов.

На следующем уроке мы с вами поговорим о конфликтах в общении. Рассмотрим различные конфликты и пути их решения.

7. Домашнее задание (задается в вариативном виде, что позволяет студентам самостоятельно определять для себя какие из заданий он будет выполнять)

Выполнить любые три задания на выбор.

1. *Подберите примеры из классической литературы, характеризующие каждый из видов общения.*
2. *Подберите из литературы примеры, где бы описывались выражения глаз. Докажите с помощью примеров конвенциональный характер жестов.*
3. *Напишите небольшое сочинение-размышление на тему: " Роль улыбки в общении".*
4. *«Ассоциация». С кем или чем ты ассоциируешь себя в данный момент? Можно называть предметы, явления, растения, животных. Упражнение развивает рефлексию и воображение.*
5. *«Переселение души». Если б был верен тезис о переселении души, во что или кого вы хотели бы воплотиться в следующей жизни? Упражнение может указывать на нереализованные стремления личности.*
6. *«Сводка погоды». Описать своё настроение в форме сводки погоды. Упражнение даёт представление о самочувствии участников тренинга.*
7. *«Девиз». Практически у каждого из нас есть воспоминание или фраза, которые способны поддержать нас в трудную минуту. Какое высказывание или крылатое выражение вы бы взяли для своего девиза?*
8. *«Вывеска». Если бы мы все превратились в здания, то какую вывеску вы бы повесили на каждом?*
9. *«Мои родители и их любимые поговорки». Какие «крылатые выражения» своих родителей вы помните, в каких ситуациях они их использовали?*

Методическая разработка занятия

Тема: Консультирование в социальной работе

Цель: определение цели, задач, методов проведения консультирования в социальной работе.

Материалы к занятию

Понятие, цели, задачи и методы консультирования

Консультирование клиента является одним из видов помощи в психосоциальной работе. На практике консультирование проводит практически каждый специалист социальной сферы, работая с людьми, находящимися в кризисной ситуации, в условиях стресса. Оказание помощи клиенту в трудной жизненной ситуации включает информирование; обучение навыкам, способствующим улучшению ситуации; помощь в анализе проблем, прояснении конфликтных зон и поиск путей решения проблемной ситуации. Для того чтобы такая работа проводилась профессионально, необходимо освоение основ консультирования, что становится важной составляющей обучения специалиста по социальной работе.

Консультирование определяется как стратегия, технология и метод профессиональной помощи.

Содержание понятия "консультирование" включает особый вид отношений между социальным работником и клиентом.

Отмечают следующие *причины фундаментальной связи между психологией и консультированием*:

- 1) консультирование направлено на анализ проблемы клиента, что непосредственно связано с чувствами, мыслями и действиями, способствующими изменению ситуации;
- 2) процесс консультирования носит психологический характер: полученная при консультации информация проявляется в сознании клиента непосредственно в момент консультации, в периоды между встречами с консультантом, а также после того, как консультирование закончено и клиент начинает помогать себе сам;
- 3) теории консультирования базируются на известных психологических школах, направлениях.

Несмотря на широкий смысл термина "консультирование", его основное значение состоит в том, чтобы помочь клиенту управлять собственной жизнью благодаря реалистичной оценке и пониманию своих переживаний.

- Составляющие консультирования:* 1) личность клиента и его переживания;
- 2) личность консультанта;
 - 3) взаимоотношения между клиентом и консультантом;
 - 4) процедуры (методы, техники) консультирования, направленные на решение проблем клиента.

Консультирование могут проводить психологи, социальные работники, педагоги или врачи, прошедшие специальную подготовку. В качестве клиентов рассматриваются как здоровые, так и больные люди, предъявляющие проблемы экзистенциального кризиса, межличностных конфликтов, семейных затруднений или профессионального выбора. Важно, что клиент воспринимается консультантом как дееспособный субъект, ответственный за решение своей проблемы.

Методологические основы консультирования заложены в фундаментальных психологических исследованиях. Различные теоретические и эмпирические подходы к данной проблеме долгое время наиболее активно развивались за рубежом. Базовой основой консультирования послужила "разговорная терапия" (talking cure) З. Фрейда, объясняющая эмоциональные состояния с помощью обращения к детским переживаниям. Разрешение проблем в соответствии с этим подходом осуществляется с помощью катарсиса. Существенный вклад в разработку теоретических принципов консультирования внес Карл Роджерс, акцентируя внимание специалистов на главном инструменте консультирования - качестве взаимоотношений консультанта и клиента, создании определенных терапевтических условий, основанных на эмпатии, искренности и безусловном позитивном отношении консультанта к клиенту. Директивные методы, направленные на изменение поведения клиента в сторону реализма, разрабатывались в когнитивно-бихевиористском направлении.

В литературе выделено *три основных подхода в консультировании*, базирующихся на фундаментальных теориях психологических школ:

1. ***Проблемно-ориентированное консультирование.*** Направлено на анализ сущности и внешних причин проблемы, поиск путей разрешения.

2. ***Личностно-ориентированное консультирование,*** центром внимания которого является анализ индивидуальных причин проблемы, деструктивных личностных стереотипов и их предупреждение в будущем.

3. ***Консультирование,*** ориентированное на выявление ресурсов для решения проблемы.

Для того чтобы начинающий специалист мог выбрать "свою" теорию, "свое" направление из многообразия теорий консультирования, необходимо глубоко изучить *первоисточники*, т.е. книги и статьи, написанные теоретиками различных направлений консультирования. Не менее важно *посещать учебные курсы и семинары*, которые ведут компетентные сторонники (практики-психотерапевты) различных консультативных подходов, что поможет провести сравнительный анализ различных теорий, оценивая их сильные и слабые стороны. В целях более глубокого изучения конкретного теоретического подхода специалист может побывать в роли клиента у психолога-консультанта, практикующего данный подход (направление) и "прочувствовать" действенность теории на собственном опыте. Таким образом, ресурсы для построения личной теории берутся из двух основных источников знания: из теории консультирования и личного профессионального опыта консультанта.

Освоив теоретические и практические аспекты психологических школ, приобретя определенный опыт, консультант в зависимости от ситуации и особенностей клиента может использовать *эклектический подход* в своей работе. Современный взгляд ученых на обучение консультированию ориентирован на то, что психологические теории не являются жесткой подборкой методов. Исследователи полагают, что эклектического подхода в работе придерживаются около 70% психотерапевтов и консультантов. Развитие индивидуального стиля предполагает знание теории различных подходов к консультированию и умение интегрировать их в своей работе с учетом своих особенностей как консультанта, а также потребностей и особенностей клиента.

Любая деятельность, включая консультирование, имеет определенную цель, которая должна базироваться на потребностях клиента. **Выделяют две основных цели консультирования:**

- 1) повышение эффективности управления клиентом собственной жизнью;
- 2) развитие способности клиента решать проблемные ситуации и развивать имеющиеся возможности.

В социальной работе целью консультирования является помощь человеку в нахождении как можно большего количества вариантов поведения, мыслей, чувств, поступков для активного взаимодействия с людьми и группами в социуме. Консультант помогает человеку осознать проблемы, которые он не контролирует, изменить свои установки по отношению к окружающим и в соответствии с ними корректировать свое поведение. Таким образом, основные цели консультирования имеют направленность на повышение удовлетворенности жизнью, что непосредственно связано с личностным

ростом человека, развитием навыков преодоления трудностей, умением завязывать и поддерживать межличностные отношения.

Перед консультантом в социальной сфере стоят разнообразные конкретные задачи, например помочь клиенту справиться с текущими социально-профессиональными или индивидуально-личностными проблемами либо помочь клиенту психологически и социально выйти из кризисной (экстремальной) ситуации, помочь семье в решении тех проблем, в которых они испытывает наибольшие затруднения.

Для осуществления целей и задач консультирования специалисты пользуются определенными методами. **Метод** (от греч. *methodos*- путь исследования или познания, теория, учение) определяется в науке как способ достижения какой-либо цели, решения конкретной задачи; совокупность приемов или операций практического или теоретического освоения (познания) деятельности.

Единой классификации методов консультирования не существует, однако выделяют несколько оснований для классификации:

- 1) исследование проблем (сбор информации, диагностика);
- 2) снятие эмоционального напряжения;
- 3) определение приоритетов проблем и работа над ее решением;
- 4) психопрофилактика.

К первой группе методов относятся: беседа (интервью), наблюдение, тестирование, анкетирование, биографический метод и т. д.

Основным методом консультирования является определенным образом организованная беседа как системная ситуация общения (условие взаимодействия) клиента и консультанта, в процессе которого имеет место принятие последним профессиональных решений в отношении проблем клиента.

Метод наблюдения - это метод сбора информации об изучаемом объекте путем непосредственной регистрации фактов (событий и условий), значимых с точки зрения целей исследования (в ситуации консультирования - исследование консультантом клиента как личности, особенностей его жизненной ситуации и проблем и т.д.). Данный метод используется в процессе консультирования на всех этапах, в результате чего появляется возможность уточнения запроса клиента (над чем именно он готов работать в данный момент), формулирования, проверки и корректировки консультантом возникающих у него гипотез относительно проблем клиента.

Тестирование может проводиться консультантом в форме опроса, эксперимента, краткосрочного задания. Тест отличается от других психодиагностических методик своей стандартизованностью (существование задания, четкой инструкции, прописанной процедуры тестирования, стандартными являются и способы обработки и интерпретации тестовых заданий). Особенно популярны в отечественной психосоциальной работе проективные тесты, которые применяются при самых разных направлениях в консультировании: выявлении отношения клиента к собственной жизни, к членам семьи, друзьям и коллегам (рисуночные тесты "Дом, дерево, человек", "Несуществующее животное" и т.д.). Более глубокие результаты исследования получают при комплексном применении методов беседы, наблюдения, тестирования.

Анкетирование позволяет собрать материал об интересах, особенностях личности, психологических проблемах и поступках клиента. Прежде чем начать анкетирование, для достоверности результатов необходимо наладить рабочий контакт с клиентом, включающий доверительные отношения, искренность и открытость. Содержание вопросов анкеты может быть направлено на изучение планов на будущее; особенностей поведения; социального положения; уровня знаний и т.д.

Биографический метод - способ исследования, диагностики, коррекции и проектирования жизненного пути личности. Источником данного метода служат: опрос близких людей, анализ документов (дневников, писем и т.д.), биографические методики (сочинения, диаграммы жизненных изменений и т.д.).

Вторая группа методов направлена на снятие эмоционального напряжения клиента. Они могут использоваться в любом направлении консультативной работы. Такие методы называют катарсическими. Эмоциональное состояние клиента, безусловно, оказывает влияние на процесс консультирования, в этой связи снятие напряжения, создание безопасной и благоприятной атмосферы - одна из задач консультанта. Создание такой обстановки возможно с помощью применения следующих методов: вербальная и невербальная поддержка, нереплексивное слушание, дыхательные методы, арт-терапия.

Третья группа методов: определение приоритетов проблем и работа над ее решением. Используются для анализа проблем, анализа факторов, вызывающих проблему, анализа взаимного влияния этих факторов, сравнения различной информации и др., что позволяет определить степень важности проблем и срочность их решения. К таким методам относят, например, метод ранжирования альтернатив, с помощью которого возможно упорядочить все варианты решения исследуемых социальных проблем по определенному рангу как наименее или наиболее предпочтительные.

Четвертая группа методов направлена на психопрофилактику. Это деятельность по психопросвещению клиента или его семьи: библиотерапия (использование специально подобранного для чтения материала как терапевтического средства с целью решения личных проблем при помощи направленного чтения), тренинги на темы: поиск работы, сексуальные отношения, распределение времени, отношение к деньгам и многие другие важные для клиентов социальной сферы темы.

Консультирование в социальной сфере может осуществляться как в индивидуальном, так и в групповом формате. *Индивидуальное* консультирование позволяет создать камерную, интимную атмосферу, в которой человеку бывает проще раскрыть свои секреты, довериться консультанту и проанализировать возможности изменений своей жизни. *В групповой работе* бывает трудно уделить внимание исследованию глубоких личных проблем клиента, однако работа с группой дает возможность специалисту выделить типичное, общее для клиентов социальной сферы, сформировать группу на основе общих проблем и интересов. Группы могут использоваться: в исправительных целях; для обеспечения нормального развития отдельных членов группы, особенно в критические периоды роста; для решения общих проблем данной категории клиентов; в целях психообразования.

К желательным результатам консультативной помощи относят психоэмоциональную стабилизацию; лучшее понимание себя, своей ситуации и других людей; принятие решения и реализацию клиентом решения. В работе с семьей критерием эффективности работы консультанта является изменение отношения в таких семьях к детям; способности родителей, членов семьи наладить быт и функционирование семьи для создания безопасной эмоциональной и физической атмосферы, способствующей развитию личности каждого члена семьи.

Методические разработки к занятию

Тема: Психологические возможности лиц пожилого возраста и инвалидов

Презентация на тему:

«Психологические особенности работы с людьми пожилого возраста в сфере социального обслуживания населения»

Психолог Кашина М.В. — Транскрипт:

1 Психологические особенности работы с людьми пожилого возраста в сфере социального обслуживания населения Психолог Кашина М.В.

2 Для справки В последние годы доля пожилых людей в общем составе населения существенно возросла. Если на сегодня она в экономически развитых странах составляет 14%, то к 2030 г., по прогнозам социологов, достигнет 25%. По классификации ООН, нация считается «старой», если более 7% ее численности составляют люди, перешагнувшие 65-летний рубеж. В Германии таковых 14,9%, в США - 12,6%, в Японии - 12,5%, в России - более 20%.

3 Цель работы с пожилыми людьми – поддержание их активности, энергетических возможностей, способности к самообслуживанию, помощь в осознании ценности и приятности прожитой жизни.

4 Старость – это заключительный период человеческой жизни, условное начало которого связано с отходом человека от непосредственного участия в производительной жизни общества.

5 Возрастная классификация допроизводительный возраст от 0 до 17 лет; производительный возраст (мужчины года, женщины лет); послепроизводительный возраст (мужчины старше 65, женщины – 60 лет); – старость (мужчины лет, женщины – лет); –глубокая старость (старше 80 лет).

6 В пожилом возрасте проявляется «заострение» личностных черт. Типичны также характерологические изменения личности, отличающиеся своеобразной полярностью: упрямство, ригидность суждений сочетаются с повышенной внушаемостью и легковерием, сниженная эмоциональная отзывчивость с чувствительностью и слезливым слабодушием.

7 Новые знания формируются с большим трудом, их тяжело наполнить эмоциональными переживаниями, сформировать новые мотивы. Плохо формируются новые ролевые отношения, трудно привыкают к новым ценностям, к новым представлениям о себе и других.

8 Ценится старый опыт. Любые изменения вызывают негативную реакцию. Уменьшается значение идентификации (старые друзья). Социальная идентификация затруднена (нет нового социума).

9 Сложна адаптация. Часто отмечается уход в болезнь (преувеличение болезни, стремление вызвать жалость, привлечение внимания, попытка добиться материальных привилегий).

10 5 видов приспособления личности к старости: Конструктивное отношение. Пожилые люди внутренне уравновешены, имеют хорошее настроение, удовлетворены контактом с окружающими

11 Отношение зависимости. Люди, не имеющие слишком высоких жизненных претензий, охотно уходящие от среды. Оборонительное отношение, для которого характерно преувеличено эмоциональная сдержанность и неохотное принятие помощи от других.

12 Отношение враждебности к окружающим. Агрессивность, взрывчатость, подозрительность, стремление переложить на других вину и ответственность за собственные неудачи.

13 Отношение враждебности к самому себе. Люди такого типа избегают воспоминаний. Они пассивны, склонны к депрессии и печали.

14 В целом, среди людей пожилого возраста чаще всего наблюдаются два основных типа. К первому относятся люди сварливые и тяжелые в общении. Никто не хочет находиться рядом с ними, потому что они, кажется, сознательно стремятся самым невыносимым образом выставить напоказ наиболее неприглядные черты своего характера.

15 Противоположный тип людей пожилого возраста достоин всяческого восхищения. С годами они словно становятся лучше и демонстрируют все более привлекательные черты своего характера.

16 Старость в сказках «Поздний период жизни человека: время тёплой осени или уровой зимы?» Л.И.Анцыферова

17 «Госпожа Метелица»: «Когда от моей перины перья летят, на земле снег идет» - у неё обо всём белом свете забота. Позитивное старение.

19 «Серебряное копытце»: «Так и стали жить вместе дед Кокованя, сиротка Даренка да кошка Муренка. Жили-поживали, добра много не наживали, а на житье не плакались, и у всякого дело было. Кокованя с утра на работу уходил. Даренка в избе прибирала, похлебку да кашу варила, а кошка Муренка на охоту ходила - мышей ловила. К вечеру соберутся, и весело им. Старик был мастер сказки сказывать, Даренка любила те сказки слушать...»

21 Негативное старение. «Сказка о рыбаке и рыбке»: «Старик ловил неводом рыбу, Старуха пряла свою пряжу» - унылые однообразные занятия, не требующие общения, социального взаимодействия. «Вот неделя, другая проходит, Еще пуще старуха вздурилась: Опять к рыбке старика посылает».

24 Иногда отрицательных, нелюбимых стариков описывают в образах старых ведьм, злых сил, оборотней:

26 Одиночество в старости. Опекунство, наставничество. Как выход из старческого одиночества, показаны такие прекрасные способы, как наставничество, опекунство над сиротами, убогими, слабыми, непохожими на других... одиночества

27 «Снегурочка»: «И как это, живешь-живешь на свете, А все себе цены не знаешь, право. Возьмем, Бобыль, Снегурочку, пойдем! Дорогу нам, народ! Посторонитесь». «На радость взяли дочку, Все ждем- пождем, что счастье поплывет».

28 «Золотой ключик»: «Карло был уже стар и болен, и шарманка его давно сломалась. ... Куртку-то я продал. Ничего, обойдусь и так... Только ты живи на здоровье». И в конце сказки: «Буратино уткнулся носом в добрые руки папы Карло. ... Папа Карло в новой бархатной куртке вертел шарманку и весело подмигивал почтеннейшей публике».

30 Хэппи-энд в сказках обычно выражается словами: «И жили они долго и счастливо».

31 По мнению Эриксона, основная задача старости – достижение ценности, осознание и приятие прожитой жизни и людей.

32 Счастливая старость особо благоприятная форма старения. Как пишет Н. Ф. Шахматов, нередко пожилые люди говорят, что в старости они впервые переживают незнакомые им по прошлой жизни чувства и радости, они впервые испытывают довольство собой и окружающими. Счастливая старость это удовлетворенность новой жизнью, своей ролью в этой жизни

33 Позитивный стереотип в его основе лежат ценность жизненного опыта и мудрости старых людей, потребность в уважении к ним и соответствующей опеке. Негативный стереотип на старого человека смотрят как на ненужного, лишнего, бесполезного, «нахлебника», а его опыт расценивают как устаревший и неприменимый в настоящий момент

34 Л. Брейтспраак (Breijtspraak L. M., 1991) выделяет для специалистов три основных принципа работы с пожилыми людьми: не позволять пожилым людям втягиваться в негативный имидж старения, например, нужно помогать им увидеть и понять, что источник их проблем лежит в ситуации, но не в них самих; требовать от пожилых брать ответственность за свою жизнь там, где это возможно; стимулировать деятельность пожилых людей, которая поддерживает ощущение интеграции и целостности жизни.

35 Чтобы понять пожилого человека, необходимо увидеть его в контексте всей жизни, включающей в себя все проблемы, успешно или неудачно решенные на более ранних этапах его жизненного пути. Старость каждого человека индивидуальна и неповторима, поэтому и подходы в социальной работе с пожилыми людьми должны быть строго индивидуальны.

36 Практические рекомендации по общению с людьми пожилого и старческого возраста: Социальный работник должен учитывать особенности психики людей пожилого и старческого возраста, расположить к себе клиента, завоевать его доверие. В разговоре необходимо проявлять внимание и заинтересованность. Следует ободрить клиента, создать у него хорошее настроение. Отсутствие сострадания, нетерпение, спешка, небрежные жесты вызывают отрицательные эмоции, резко снижают жизненный тонус, могут спровоцировать обострение заболевания, вызвать агрессию.

37 Следует учитывать, что многие пожилые и старые люди страдают от одиночества, самоизоляции. Хороший совет, помощь в изменении образа жизни, отношений с близкими людьми часто основные факторы, способствующие нормализации состояния их здоровья.

38 Особого внимания требуют пожилые и старые люди, недавно потерявшие близких, выписанные из больницы, одинокие (особенно те, кто не может себя обслужить), недавно ушедшие на пенсию и еще не адаптировавшиеся к новому положению в семье и обществе. Это так называемая группа уязвимых. В эту группу входят и все лица в возрасте от 70 лет и старше.

39 Во время посещения на дому опрос пожилых и старых людей требует большего времени по сравнению с опросом лиц молодого возраста. Необходимо учитывать возможные нарушения слуха, зрения, замедленность реакций.

40 Речь должна быть четкой, ясной и несколько замедленной. Первичный опрос клиента с признаками старческого слабоумия должен проводиться только с участием родственников.

41 Упражнение Представьте себя пожилым. Составьте два списка, какие аспекты старения для вас...: привлекательны; вызывают беспокойство. Обратите внимание на параллели с "позитивными" и "негативными" характеристиками

42 1.Как вы работаете с пожилыми людьми? Какова цель вашей работы? 2.Каково ваше отношение к пожилым людям? 3.Придерживаетесь ли вы некоторых стереотипов, в которых старики представляются некомпетентными, бесполезными, ребячливыми, ригидными, капризными и озабоченными физическими болями и недомоганиями?

Ответьте на вопрос: Что вас привлекает в работе с пожилыми людьми?

Методическая разработка занятия

Тема: Профессиональное выгорание социального работника и ее профилактика.

План-конспект занятия.

Цели:

1. Познакомить студентов с синдромом профессионального выгорания;
2. Выявить наличие или отсутствие этого синдрома;
3. Ознакомить с методами профилактики в ситуации профессионального выгорания.

Задачи:

- Ознакомление педагогов с понятием синдрома эмоционального выгорания (СЭВ), факторами, причинами стадиями синдрома эмоционального выгорания;
- Обучение телесно-ориентированным навыкам профилактики СЭВ.

План занятия:

1. Открытие.

Понятие «Синдром эмоционального выгорания».

Факторы, влияющие на формирование синдрома эмоционального выгорания, симптомы.

Причины и управление.

Тест «Эмоциональное выгорание».

Профилактика эмоционального выгорания.

Подведение итогов.

Ожидаемый результат

Осознание и принятие педагогами своего эмоционального состояния.

Профилактика эмоционального выгорания (саморегуляция).

Освоение методов и приемов помощи самому себе в ситуациях профессионального стресса;

Студенты узнают что делать, когда синдром уже развивается;

Студенты смогут на основе полученных знаний и умений оказывать помощь своим коллегам в ситуациях профессионального стресса.

Проблема профессионального стресса особенно остро заявила о себе в настоящее время. В современном обществе меняется отношение людей к работе. Работающие теряют уверенность в стабильности своего социального и материального положения, в гарантированности рабочего места, материального благополучия, обостряется конкуренция за престижную и высокооплачиваемую работу. Параллельно идут процессы узкой специализации в профессии и быстро меняются запросы рынка труда. Человек, встречаясь с какой-то сложностью, не может полноценно реализовать накопившуюся энергию(вызванную физиологическим механизмом стресса), и тогда эта энергия начинает его разрушать.

Как следствие, растёт психическое, эмоциональное напряжение, связанное со стрессом на рабочем месте.

Термин синдром эмоционального выгорания появился в середине 70-х годов 20 века в результате исследований Фрейденберга.

Синдром эмоционального выгорания («синдром психического выгорания», «информационный невроз», «синдром менеджера») – представляет собой состояние эмоционального, умственного истощения, физического утомления, возникающее в результате хронического стресса на работе, при этом его развитие характерно в первую очередь для профессий, где доминирует оказание помощи людям (медицинские работники, учителя, психологи, социальные работники, работники правоохранительных органов, сотрудники МЧС (спасатели, пожарные), профессии, связанные с частыми командировками, особенно в разные часовые пояса, представители сферы обслуживания, находящиеся в ситуации беспрерывного общения с клиентами.

Свою лепту вносят и чисто организационные «профвредности»: скученность коллектива и отсутствие своего угла, а также субъективные факторы, например, такие как отсутствие взаимопонимания со своим руководителем и коллегами.

В результате полного «погружения» в работу совсем не остается времени на себя. И чем меньше человек обращает внимание на свои чувства и переживания, тем больше «кричит» его душа. А чем дольше она «кричит», тем ближе к болезни. Одной из серьезных проблем современной школы является эмоциональное выгорание педагогов, которому подвержены чаще всего люди старше 35-40 лет. Хотя, этим синдромом могут «заразиться» и более молодые работники. Все зависит от личности педагога и его творческой активности. Встречаются молодые специалисты, которые в начале своей профессиональной карьеры «горят на работе» не в лучшем смысле. Это проявляется в безынициативности, нежелании

«профессионально расти» и набираться педагогического опыта у коллег со стажем. Но есть и другая категория учителей со стажем, которые заражают позитивом, инициативностью и любовью к своей профессии. Поэтому возраст, по большому счету, здесь ни при чем.

Провоцировать синдром выгорания могут болезни, ослабленность после болезни, переживание тяжелого стресса, психологические травмы (развод, смерть близкого, частые и неразрешенные конфликты на работе).

Итак, Профессиональное выгорание – это синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально- энергетических и личностных ресурсов работающего человека.

Синдром профессионального выгорания развивается постепенно и проходит **три стадии:**

Первая стадия:

- начинается приглушением эмоций, сглаживанием остроты чувств и свежести переживаний;
- исчезают положительные эмоции, появляется некоторая отстраненность в отношениях с членами семьи;
- возникает состояние тревожности, неудовлетворенности;

Вторая стадия:

-возникают недоразумения с клиентами, профессионал в кругу своих коллег начинает с пренебрежением говорить о некоторых из них;

-неприязнь начинает постепенно проявляться в присутствии клиентов- вначале это с трудом сдерживаемая антипатия, а затем и вспышки раздражения. Подобное поведение профессионала – это неосознаваемое им самим проявление чувства самосохранения при общении, превышающем безопасный для организма уровень.

Третья стадия:

-притупляются представления о ценностях жизни, эмоциональное отношение к миру «уплощается», человек становится опасно равнодушным ко всему, даже к собственной жизни;

-глаза теряют блеск интереса к чему бы то ни было, и почти физически осязаемый холод безразличия поселяется в его душе.

Три аспекта профессионального выгорания

Первый - снижение самооценки.

Второй - одиночество.

Третий - эмоциональное истощение, соматизация.

Симптомы профессионального выгорания сотрудников

Первая группа:

Психофизические симптомы:

-Чувство постоянной усталости не только по вечерам, но и по утрам, сразу после сна (симптом хронической усталости);

-ощущение эмоционального и физического истощения;

-снижение восприимчивости и реактивности в связи с изменениями внешней среды;

-общая астенизация (слабость, снижение активности и энергии);

-частые беспричинные головные боли; постоянные расстройства желудочно-кишечного тракта;

-резкая потеря или резкое увеличение веса;

-полная или частичная бессонница;

-постоянное заторможенное, сонливое состояние и желание спать в течение всего дня;

-одышка или нарушения дыхания при физической или эмоциональной нагрузке;

-заметное снижение внешней и внутренней сенсорной чувствительности: ухудшение зрения, слуха, обоняния и осязания, потеря внутренних, телесных ощущений.

Вторая группа:

Социально-психологические симптомы:

-Безразличие, скука, пассивность и депрессия;

-повышенная раздражительность на незначительные, мелкие события;

- частые нервные срывы;
- постоянное переживание негативных эмоций, для которых во внешней ситуации причин нет (чувство вины, обиды, стыда, подозрительность, скованность);
- чувство неосознанного беспокойства и повышенной тревожности;
- чувство гиперответственности и постоянное чувство страха;
- общая негативная установка на жизненные и профессиональные перспективы.

Третья группа:

Поведенческие симптомы:

- Ощущение, что работа становится все тяжелее и тяжелее, а выполнять ее - все труднее и труднее;
- сотрудник заметно меняет свой рабочий режим;
- постоянно, без необходимости, берет работу домой, но дома ее не делает;
- руководитель затрудняется в принятии решений;
- чувство бесполезности, неверие в улучшения, снижение энтузиазма по отношению к работе, безразличие к результатам;
- дистанцированность от сотрудников и клиентов, повышение неадекватной критичности;
- злоупотребление алкоголем, резкое возрастание выкуренных за день сигарет, применение наркотических средств.

Три фактора профессионального выгорания сотрудников

Личностный фактор

– Это, прежде всего, чувство собственной значимости на рабочем месте, возможность профессионального продвижения, автономия и уровень контроля со стороны руководства. Если специалист чувствует значимость своей деятельности, то он становится достаточно неуязвимым по отношению к эмоциональному сгоранию. Если же работа выглядит в его собственных глазах незначимой, то синдром развивается быстрее. Его развитию способствуют также неудовлетворенность своим профессиональным ростом, излишняя зависимость от мнения окружающих и недостаток автономности, самостоятельности.

Ролевой фактор

– Развитие выгорания существенно влияют конфликт ролей и ролевая неопределенность, а также профессиональные ситуации, в которых совместные действия сотрудников в значительной степени не согласованы: отсутствует интеграция усилий, но при этом присутствует конкуренция. А вот слаженная, согласованная коллективная работа в ситуации распределенной ответственности как бы предохраняет психолога от развития синдрома эмоционального сгорания, несмотря на то что рабочая нагрузка может быть существенно выше.

Организационный фактор

– На развитие синдрома влияет многочасовая работа, но не любая, а неопределенная либо не получающая должной оценки. При этом негативно сказывается не раз подвергавшийся критике стиль руководство, при котором шеф не позволяет сотруднику проявлять самостоятельность и тем самым лишает его чувства ответственности за свое дело и осознания значимости, важности выполняемой работы.

Группы риска.

Первая группа

Сотрудники, которые по роду службы вынуждены много и интенсивно общаться с различными людьми, знакомыми и незнакомыми.

Это:

- руководители;
- медицинские работники;
- социальные работники;
- социальные педагоги и т.п.

Вторая группа

Особенно быстро «выгорают» сотрудники, имеющие интровертированный характер, индивидуально-психологические особенности, которых не согласуются с профессиональными требованиями коммуникативных профессий. Они не имеют избыток жизненной энергии, характеризуются скромностью и застенчивостью, склонны к замкнутости и концентрации на предмете профессиональной деятельности. Именно они способны накапливать эмоциональный дискомфорт.

Третья группа

Люди, испытывающие постоянный внутриличностный конфликт в связи с работой.

Четвертая группа

Это - женщины, переживающие внутреннее противоречие между работой и семьей.

Пятая группа

Работки, профессиональная деятельность которых проходит в условиях острой нестабильности и хронического страха потери рабочего места.

А сейчас ответьте на предложенные вопросы и проанализируйте свое состояние.

1. Вам не нравится что-то делать?
2. Вы делаете это неохотно?
3. Вы делаете это плохо?
4. Вы получаете плохие результаты?
5. Вы разочаровываетесь в деле и в себе?
6. Вы перестаете заниматься нелюбимым делом?

Оценка условий, влияющих на выгорание

Опросник можно заполнить самостоятельно или вместе с коллегами, а затем обсудить результаты в группах профессиональной поддержки, с супервизором или психологом.

Особенности работы

- Насколько я свободен в выборе и могу управлять своей ситуацией на работе?
- Делаю ли я работу:
 - которая мне нравится;
 - которая мне подходит;
 - в которой я чувствую себя компетентным.
- Соответствует ли моя работа моим ценностям и убеждениям?

Особенности клиентов

- С каким контингентом я работаю?
- Сколько клиентов я принимаю:
 - каждый день;
 - каждую неделю.
- Сбалансирована ли моя нагрузка с точки зрения количества работы и разнообразия проблематики, предъявляемой клиентами?
- Есть ли клиенты, с которыми мне наиболее приятно работать?

Почему?

- Другие факторы, влияющие на меня, связанные с клиентами.

Особенности ситуации на работе

- Достаточно ли у меня организационной поддержки?
- Поддерживают ли меня коллеги (внутри организации и вне ее)?
- Обеспечен ли я супервизорской поддержкой?
- Другие факторы, связанные с ситуацией на работе.

Особенности помогающего (самоописание)

- Достаточно ли у меня подготовки, соответствующей моей работе?
- Какие стрессы я переживаю сейчас в жизни и что меня поддерживает?
- Что в моей жизненной истории привело меня к тому, чем я сейчас занимаюсь?
 - Как я обычно справляюсь со стрессом?
 - Каковы основные особенности моего эмоционального реагирования?
 - Что меня больше всего задевает?
 - Я соответствую своей работе?
 - Мне нравится моя работа?
 - Другие личностные факторы.

Особенности социально-культурного контекста

- Как влияют на меня социально-экономические перемены, касающиеся работы (такие, как сокращение финансирования определенных направлений, изменение управленческой структуры и прочее)?
- Каково отношение в обществе к той работе, которой занимается моя организация и я лично?
- Как относится общество к той категории населения, с которой я работаю?

УРОВЕНЬ ДИСТРЕССА

Инструкция. Пожалуйста, прочитайте каждый абзац отдельно и подумайте над вопросами. Отмечайте, какие мысли и чувства появляются у вас.

1. Как вы оцениваете свое эмоциональное состояние в конце каждого рабочего дня и рабочей недели?
2. Как вы покидаете рабочее место, какие мысли, чувства, телесные ощущения вы замечаете у себя?
3. Как вы чувствуете себя:
 - по дороге на работу;
 - по дороге домой;
 - приходя домой;
 - через час после возвращения домой;
 - когда ложитесь спать?
4. Вам снится работа? Если да, то каковы темы и образы этих снов?
5. Отмечаете ли вы, что какие-то дни для вас более трудные, а какие-то как будто легче? Можете ли обнаружить в этом некую закономерность?
6. Существуют ли определенные клиенты или тип клиентов, отношения с которыми для вас наиболее стрессогенны? Вы осознаете, почему они так сложны для вас? Всегда ли это так?
7. Существуют ли определенные рабочие обязанности или задачи, выполнение которых вызывает у вас стресс? Осознаете ли вы, почему?
8. Влияет ли на вас рабочий график?
9. Как вы используете свободное время?
10. Что помогает вам расслабиться?
11. Как долго вы восстанавливаетесь по окончании рабочей недели?
12. Используете ли вы лекарства, алкоголь, азартные игры, особую еду или хождение по магазинам, чтобы восстановить равновесие? Нуждаетесь ли вы в алкоголе или снотворном, чтобы нормально спать?
13. Замечаете ли вы, что у вас появились определенные устойчивые особенности — изменения в эмоциональной сфере, излишняя напряженность, замкнутость, подавленность, хроническая усталость или цинизм?
14. Может быть, ваши близкие говорят вам о переменах, которые произошли с вами, а вы не замечаете этих перемен?
15. Какие изменения в своем поведении вы отмечаете?
16. Делаете ли вы что-нибудь такое, чего не делали раньше?
17. Что вы перестали делать из того, что обычно делали раньше?
18. Какие изменения в своем теле и своем здоровье вы отмечаете?
19. Изменились ли ваши отношения со своим телом — физические упражнения, диета, сексуальность, телесные напряжения или осанка?
20. Какие изменения произошли в ваших отношениях с окружающими: коллегами, друзьями, партнерами, детьми и другими членами семьи, соседями, посторонними?
21. А как насчет ваших отношения с САМИМ СОБОЙ? Что изменилось? Что вы хотите изменить, но не можете?

22. Что вам кажется наиболее ценным результатом проделанной сейчас работы?

Основные подходы к профилактике профессионального выгорания

Забота о себе и снижение уровня стресса:

- стремление к равновесию и гармонии, здоровому образу жизни, удовлетворение потребности в общении;
- удовольствие (релаксация, игра);
- умение отвлекаться от переживаний, связанных с работой.

Трансформация негативных убеждений, чувства отчаяния, утрата смысла и безнадежности:

- стремление находить смысл во всем - как в значительных событиях жизни, так и в привычных, повседневных заботах;
- стремление бороться со своими негативными убеждениями;
- создание сообщества.

Саморегуляция.

Саморегуляция – это управление своим психоэмоциональным состоянием, которое достигается путем воздействия человека на самого себя с помощью слов, мысленных образов, управления мышечным тонусом и дыханием.

Эффекты саморегуляции:

- эффект успокоения (устранение эмоциональной напряженности),
- эффект восстановления (ослабление проявлений утомления),
- эффект активизации (повышение психофизиологической реактивности).

Способы саморегуляции:

- смех, улыбка, юмор;
- размышления о хорошем, приятном;
- различные движения типа потягивания, расслабления мышц;
- рассматривание цветов в помещении, пейзажа за окном, фотографий, других приятных или дорогих вещей;
- вдыхание свежего воздуха;
- чтение стихов;
- высказывание похвалы, комплиментов кому-либо просто так.

Для профилактики профессионального выгорания необходимо:

- определить краткосрочные и долгосрочные цели (это не только обеспечивает обратную связь, свидетельствующую о том, что пациент находится на верном пути, но и повышает долгосрочную мотивацию);
- достижения краткосрочных целей: успех, который повышает степень самомотивации);
- использование «технических перерывов», что необходимо для обеспечения психического и физического благополучия (отдых от работы);
- освоение путей управления стрессом – изменение социального, психологического и организационного окружения на рабочем месте; обеспечение большей автономии работника; построение «мостов» между

работой и домом и повышение квалификации; создание в организации благоприятного социально-психологического климата; организация спецтренингов, обучение работников приёмам релаксации, ауторегуляции, самопрограммирования;

- профессиональное развитие и самосовершенствование (одним из способов предохранения от профессионального выгорания является обмен профессиональной информацией с представителями других служб, что даёт более широкое ощущение и понимание мира, нежели тот, который существует внутри отдельного коллектива, для этого существуют различные способы: циклы повышения квалификации, конференции, симпозиумы, конгрессы);
- уход от ненужной конкуренции (бывают ситуации, когда её нельзя избежать, но чрезмерное стремление к выигрышу порождает тревогу, делает человека агрессивным, что способствует возникновению профессионального выгорания);
- поддержание хорошей физической формы (сбалансированное питание, ограничение употребления алкоголя, отказ от табака, коррекция массы тела).

Упражнение 1. «Стратегии самопомощи».

1. Подумайте и запишите ответы на вопросы: «Что я могу сделать, чтобы снизить свой уровень стресса, доставить себе радость?»

2. Попробуйте найти смысл, наполнить значимостью записанные вами ответы и осознать, как они могут противостоять негативным убеждениям.

| <i>Первый список может выглядеть так:</i> | <i>Второй список может выглядеть так:</i> |
|---|--|
| 1) играю со своими детьми | 1) играю с детьми и разделяю их радость, ощущаю безопасность и счастье |
| 2) читаю, лежа на диване | 2) работаю в саду и наслаждаюсь красотой природы |
| 3) работаю в саду | 3) встречаюсь с друзьями, стараюсь |
| 4) встречаюсь с друзьями | оценить роскошь человеческого общения и |
| 5) смотрю телевизор | т.д. |

Упражнение 2. «Обещание самому себе»

1. Запишите три пункта, которые вы могли бы сделать в каждой из трех областей — профессиональной, организационной и личной — для работы со вторичной травмой.

2. Поставьте звездочкой те пункты в каждом разделе, которые вы можете выполнить в течение следующего месяца.

3. В каждом разделе подчеркните тот пункт, который вы можете попробовать выполнить уже на следующей неделе.

Ваш лист может выглядеть примерно так:

Личная сфера

1. Взять отпуск
2. Делать зарядку

3. Встретиться с близкой подругой

Профессиональная сфера

1. Договориться о супервизии
2. Брать перерыв после работы с трудным клиентом
3. Прогуливаться в конце рабочего дня

Организационная сфера

1. Провести дискуссию с коллегами по теме профессионального сгорания
2. Устроить вечеринку сотрудников
3. Собраться для обсуждения

Способы профилактики телесно-ориентированной терапии.

Под воздействием психических нагрузок возникают мышечные зажимы, напряжение. Умение их расслаблять позволяет снять нервно- психическую напряженность, быстро восстановить силы.

№1

Поскольку добиться полноценного расслабления всех мышц сразу не удастся, нужно сосредоточить внимание на наиболее напряженных частях тела.

— Сядьте удобно, если есть возможность — закройте глаза;

— дышите глубоко и медленно;

— пройдитесь внутренним взором по всему вашему телу, начиная от макушки до кончиков пальцев ног (либо в обратной последовательности) и найдите места наибольшего напряжения (часто это бывают рот, губы, челюсти, шея, затылок, плечи, живот);

— постарайтесь еще сильнее напрячь места зажимов (до дрожания мышц), делайте это на вдохе;

— прочувствуйте это напряжение;

— резко сбросьте напряжение — делайте это на выдохе;

— сделайте так несколько раз.

Если зажим снять не удастся, особенно на лице, попробуйте разгладить его с помощью легкого самомассажа круговыми движениями пальцев (можно поделаться гримасы — удивления, радости и пр.).

№2

В свободные минуты, паузы отдыха, осваивайте последовательное расслабление различных групп мышц, соблюдая следующие правила:

– осознавайте и запоминайте ощущение расслабленной мышцы по контрасту с перенапряжением;

– каждое упражнение состоит из трех фаз: «напрячь—прочувствовать—расслабить»;

– напряжению соответствует вдох, расслаблению — выдох.

№3

Попробуйте задать ритм всему организму с помощью монотонных ритмичных движений:

- движения большими пальцами рук в «полузамке»;
- перебирание бусинок на ваших бусах;
- перебирание четок;
- пройдите по кабинету (коридору) несколько раз, делая на два шага вдох, а на пять шагов выдох.

Подведение итогов и рекомендации.

Вот список простых советов которые помогут вам предотвратить появление эмоционального выгорания.

Во-первых, нужно **общаться вне работы**; поискать хобби или интересы, которые могут вас объединить с людьми из других профессиональных сфер.

Во-вторых, **заниматься спортом**.

В-третьих, **использовать свой законный отпуск** по назначению.

В-четвертых, планировать время и **не брать работу на дом**.

В-пятых, попробовать относиться к работе не так серьезно, как раньше. Это всего лишь деятельность, которая не должна замещать настоящую жизнь.

И не забывайте, что некоторые эмоции нужно выплескивать: покричать в лесу, побоксировать грушу, поссориться в очереди и так далее. Главное, чтобы не возникало чувства вины или недовольства собой. Кроме этого, в целях направленной профилактики профессионального выгорания следует стараться рассчитывать и обдуманно распределять свои нагрузки; учиться переключаться с одного вида деятельности на другой; проще относиться к конфликтам на работе; не пытаться быть лучшим всегда и во всем.

Помните: Работа- всего лишь часть жизни.

В заключительной части студенты делятся впечатлениями о проделанной работе, каждый из них предоставляется возможность высказать, что было полезно, интересно, а какие вопросы были раскрыты недостаточно.

ЕСЛИ ВЫ ПОНИМАЕТЕ, ЧТО ВЫГОРАНИЕ УЖЕ ПРОИСХОДИТ И ДОСТИГЛО ГЛУБОКИХ СТАДИЙ

Помните: необходима специальная работа по отреагированию травматического опыта и возрождению чувств. И не пытайтесь провести эту работу сами с собой — такую сложную (и болезненную) работу можно выполнить только вместе с профессиональным психологом-консультантом.

Настоящее мужество состоит в том, чтобы признать: мне необходима профессиональная помощь.

Почему? Да потому, что основа «психологического лечения» — помочь человеку «ожить» и «заново собрать себя».

Сначала идет трудная работа, цель которой — «снять панцирь бесчувствия» и разрешить своим чувствам выйти наружу. Это не ведет к утрате самоконтроля, но подавление этих чувств может вести к неврозам и физическим проблемам.

При этом важна специальная работа с разрушительными «ядовитыми» чувствами (в частности, агрессивными). Результатом этой подготовительной работы становится «расчистка»

внутреннего пространства, высвобождающая место для прихода нового, возрождение чувств.

Следующий этап профессиональной работы — пересмотр своих жизненных мифов, целей и ценностей, своих представлений и отношения к себе самому, другим людям и к своей работе. Здесь важно принять и укрепить свое «Я», осознать ценность своей жизни; принять ответственность за свою жизнь и здоровье и занять профессиональную позицию в работе.

И только после этого шаг за шагом изменяются отношения с окружающими людьми и способы взаимодействия с ними. Происходит освоение по-новому своей профессиональной роли и других своих жизненных ролей и моделей поведения. Человек обретает уверенность в своих силах. А значит — он вышел из-под действия синдрома эмоционального выгорания и готов успешно жить и работать.

КАК НЕ ВЫГОРЕТЬ НА РАБОТЕ

Консультируйтесь с психологом. Перед выбором профессии и места работы консультируйтесь с профпсихологом. Он определит, подходят ли они вам, и предупредит о вероятных сложностях, с которыми вы сможете столкнуться на избранном пути.

Самовыражайтесь. Нет лучшей профилактики синдрома эмоционального выгорания, чем занятия, где вы выражаете свое «я». Люди, работа которых связана с самовыражением (например, артисты), практически не страдают этим расстройством. Если возможности, скажем, попеть или поиграть в шахматы в коллективе нет, то хотя бы чаще делитесь друг с другом свежими и интересными впечатлениями своего досуга, не держите их в себе.

Берите тайм-ауты. Если вы ощущаете информационную перегрузку, уединитесь на 30-40 минут. Только так вы сможете полностью осмыслить полученную информацию. Подойдет укромный уголок или, если его на работе нет, прогулка на свежем воздухе в одиночку.

Создавайте группы по интересам. Один из лучших способов противостояния выгоранию – групповое общение с такими же специалистами, как и вы, но с других мест работы. Группа должна быть не менее пяти человек. В их кругу можно легко выговорить свои профессиональные проблемы, посмеяться над ними, и в конце концов может оказаться, что в сравнении с другими у вас все не так уж плохо. Встречаться достаточно раз в неделю.

Получите дополнительное образование. Если на вашей работе есть возможность пойти на курсы переквалификации, не упускайте ее: когда человек долго, не отвлекаясь, работает на одном месте, то будь он хоть критичным и умным психиатром, уже за 7-8 лет у него самого могут возникнуть проблемы с психикой. Причем чем курсы дольше, тем это лучше для здоровья. Идеально, чтобы дополнительное образование длилось не менее полугода.

Задвигайте стул в конце дня. Будьте профессионалом только на работе – не уносите рабочие переживания домой, чтобы они не «сжигали»

ваше драгоценное личное время. Для этого поможет простой ритуал: закончив работу, задвиньте стул в стол, закройте дверь и скажите: «Все, я уже не... врач... педагог» или кто вы там по профессии. И дальше будьте самим собой.

Поддерживайте себя в хорошей физической форме. Между состоянием тела и разумом существует тесная связь: чем больше вы тренируете свое тело, тем крепче становятся и нервы. То, на что на работе ранимо отреагирует физически слабый человек, для крепкого зачастую лишь послужит поводом для шутки.

В конце концов, смените работу. Если возможности следовать предыдущим советам нет и вы хотите сохранить здоровье, то другого выхода, кроме смены работы, нет.

Если идете на новую работу, продиагностируйте ее. Поинтересуйтесь, характерна ли для нового места работы высокая текучесть кадров. Если да, то задумайтесь, стоит ли туда идти: сильная текучка – первый признак синдрома эмоционального выгорания целой организации. Такая работа может запросто обернуться для вас потерей времени и здоровья. Кроме того, разузнайте об организации рабочего процесса. Отдавайте предпочтение той работе, где можно планировать его по своему усмотрению, например, «три дня работаю – день отдыхаю». Ну и, конечно, нужно четко представлять свои цели и видеть перспективу их реализации на этой работе.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Социально-бытовое обслуживание

Практическая работа №1

Тема: Отличие и особенности социальной работы за рубежом от российской социальной работы.

Время выполнения:

Цель: Изучить отличие и особенности социальной работы за рубежом от российской федерации.

Оборудование: Типовые технологические процессы; учебная литература, учебная тетрадь, ручка, карандаш

Теоретические сведения

Сегодня в России активно развивается адресная социальная помощь, то есть система мер по оказанию помощи отдельным действительно нуждающимся лицам или группам населения для преодоления ил и смягчения жизненных трудностей, поддержания их социального статуса и полноценной жизнедеятельности. Конечно, можно говорить о ее недостаточности, о том, что она не позволяет людям перешагнуть черты бедности, но она, в отличие от периода 1990-2000 годов действительно предоставляется (нет задержек и т.п.), хотя во многом и обусловлена низким социально-экономическим положением в стране и угрозами безопасности граждан.

Основные виды и формы адресной социальной помощи устанавливаются на региональном уровне с учетом имущественного и социального положения и фактора нуждаемости граждан. Они включают:

- денежную помощь:

единовременные пособия; пособия для оплаты транспортных услуг; оказание помощи при экстремальных ситуациях, повлекших крупные единовременные расходы (пожар, наводнение, покупка жилья и др.); помощь в оплате жилья и коммунальных услуг;

- дотация на оплату питания и лечения; льготные ссуды и кредиты;

-

натуральное обеспечение: предоставление предметов первой необходимости (продуктов питания, обуви, одежды и пр.); осуществление ремонта квартир, автотранспорта; выделение лекарственных препаратов; обеспечение бесплатного питания; предоставление топлива;

- гуманитарную помощь;

- услуги и льготы: направление в реабилитационные центры, центры социально-психологической помощи, дома-

интернаты; устройство в пансионаты для престарелых; организация надомного социально-бытового обслуживания на платной и бесплатной основе;

прикрепление к магазинам по продаже продуктов питания и предметов первой необходимости по социально низким ценам; предоставление льгот по оплате коммунально-бытовых услуг; организация бесплатного ночного проживания бездомных граждан; обеспечение кратковременного ухода за больными и одинокими людьми; организация помощи семьям с «лежачими» больными; создание специальных аптек или отделов в аптеках для малоимущих граждан.

Также возможно предоставление других видов помощи (правовой, психологической, информационной, профориентационной и т.д.), в которых остро нуждаются клиенты системы социального обслуживания.

Адресная социальная помощь предоставляется в соответствии с установленными критериями малообеспеченности, на основе социального мониторинга. Критерии адресной социальной помощи базируются на социальных нормативах, включающих показатели уровня потребления важнейших благ и услуг, размера денежных доходов и других условий жизнедеятельности человека.

Критериями предоставления социальной помощи могут быть:

-

совокупный семейный или среднедушевой доход ниже суммы установленных на региональном уровне прожиточных минимумов всех членов семьи по социально-демографическим группам или соответствующей величины регионального прожиточного минимума (ниже уровня минимальной заработной платы, минимальной пенсии и др.);

- отсутствие средств к существованию;

- одиночество и неспособность к самообслуживанию;

- материальный ущерб или физические повреждения вследствие стихийных бедствий, катастроф, террористических актов, а также в результате исполнения служебных обязанностей и т.д.

Названная форма социальной работы несомненно является одной из тех, где достижения видны в большей степени. Однако, адресная социальная помощь не может полностью заменить собой систему социальной работы (в том числе существовавшую во времена

СССР). Поэтому сегодня в стране принимается значительное число законодательных актов, направленных на развитие этой работы. Рассмотрим наиболее значительные из них.

Одной из важнейших проблем, существующих сегодня в России и требующих незамедлительного вмешательства государства является проблема миграции. На сегодня мигранты находятся в достаточно сложных условиях в связи с трудностями приобретения статуса беженцев и регистрации на территории Москвы. В то же время граждане РФ не защищены от посягательств нелегальных мигрантов на их жизнь, свободу и имущество. Однако и в этом направлении можно найти значительные «подвижки» в рамках социальной работы с этой категорией населения. Так, создана Федеральная миграционная служба России (ФМС России) - специализированное правительственное учреждение РФ, призванное осуществлять государственную политику в области миграции населения и координировать работу в данном направлении Федеральных и региональных органов исполнительной власти, неправительственных отечественных и зарубежных органи. Специалисты в области социальной работы широко используются в качестве экспертов при подготовке законодательства, при принятии решений органами местного самоуправления и обоснования деятельности общественных организаций. Поэтому численность представителей этой профессии достаточно велика.

Социальная работа в США

Поразительно многообразная практика социальной работы в США включает в себя множество видов деятельности, проявляющихся в широком разнообразии ее применения. Данное многообразие и комплексность социальной работы предполагают множество ее определений. Сошлемся здесь на определение, принятое Национальной Ассоциацией Социальных работников (НАСР 1973), профессиональной организацией социальной работы в США:

Социальная работа - это профессиональная деятельность по оказанию помощи отдельным людям, группам или коллективам в повышении или восстановлении их способности к социальному функционированию и создании благоприятной общественной ситуации в их целях.

Социальную работу в США связывают с профессией, которая служит социальной нравственности народа. Сфера социальной работы постоянно расширяется от года к году, однако, уже сегодня служба социального работника США охватывает разнообразные места — правительственные здравоохранительные организации, школы, центры охраны здоровья, агентства по охране семьи и ребенка, центры психологического здоровья, бизнес и промышленность, центры коррекции и частную практику. Социальные работники обслуживают людей детского и старшего возраста и всех рас, этнических групп, социо-экономических уровней и религий. Группы клиентов, которые обычно включаются в социальное обслуживание:

- Семьи, включающие одного родителя, имеющие серьезные конфликты, которые проявляются в побегах ребенка из дома, правонарушениях, насилии, трудностях в обучении и т. д.
- Пары и семьи, которые имеют проблемы с детьми.
- Пары, имеющие серьезные супружеские конфликты.

- Отдельные люди и семьи, которые страдают от безработицы, отсутствия заслуженной зарплаты, физических недостатков, нехватки профессиональных умений и других причин.
- Отдельные люди и семьи, чьи жизни разрушены наказанием за нарушения закона.
- Одинокое, педагогически трудные подростки.
- Отдельные люди и семьи, чьи жизни разрушены физическими или психическими недостатками или болезнями.
- Правонарушители и их семьи.
- Опекуны и дети, чьи родители скончались или покинули своих детей и не заботятся о них.
- Эмигранты и представители национальных меньшинств, не имеющие необходимых средств и возможностей или являющиеся жертвами расовой дискриминации.
- Люди, имеющие прогрессирующую непригодность (психические отклонения) и их семьи.
- Старые люди, не способные к долгой достаточной деятельности.
- Приезжие и временные жильцы, не имеющие необходимых средств к существованию.
- Дети, (и их семьи) которые имеют трудности связанные со школой.
- Люди, чей опыт экстремальных стрессов связан с травматическими последствиями или с серьезными жизненными изменениями (уход на пенсию, смерть любимого человека, дети, покинувшие дом, и т. п.).

Кроме общей федеральной программы на уровне штатов существуют программы страхования на случай производственного травматизма или профессиональных заболеваний. Система государственного страхования в стране дополняется частными системами страхования, имеющими две формы - коллективную по месту работы и индивидуальную.

Что касается вспомоществования бедным, то оно получило распространение в стране с 60-х годов прошлого века и нацелено на обеспечение гарантированного дохода, поддержку семей с детьми, престарелых, инвалидов, многодетных или неполных семей (где глава семьи женщина или безработный), нуждающихся в продовольственной, жилищной и медицинской помощи.

Продовольственная помощь осуществляется, главным образом, путем предоставления нуждающимся продуктовых талонов. Талоны предоставляются им бесплатно или по сниженным ценам. Жилищные субсидии в США предоставляются семьям с низкими доходами, и их размер составляет в среднем 2000 долларов в год на семью.

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Основные виды и формы адресной социальной помощи.

2. Какие группы клиентов включают в социальное обслуживание?

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварог - ИВФСПТ, 2017.

2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр человеческих ценностей, 2018.

3. Гусейнов А.А., Иррлитц Г. Краткая история этики. М.,2017.
4. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профессиограмма социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.
5. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.:Академия, 2017.
6. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.
7. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.
8. Солоницына А.А.Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

Практическая работа №2

Тема: Взаимосвязь социальной политики государства и социальной работы.

Время выполнения:

Цель: Изучить взаимосвязь социальной политики государства и социальной работы.

*Оборудование:*Типовые технологические процессы;

учебная литература, учебная тетрадь , ручка, карандаш

Теоретические сведения

Социальная работа и социальная политика взаимосвязаны. С одной стороны, социальная работа представляет собой форму, способ реализации социальной политики. С другой стороны, социальная политика раскрывается в социальной работе. Однако единство социальной политики и социальной работы не означает их совпадения, тождества.

Социальная работа по своему содержанию богаче социальной политики, динамичнее, подвижнее, в то время как социальная политика сохраняет большую устойчивость, выступая определяющей стороной в отношении социальной работы.

Важнейшей задачей социальной политики государственного сектора является достижение определенного уровня равновесия в общественной жизни через:

- а) предоставление государственных гарантий предотвращения максимальных негативных последствий стихийных бедствий, голода, болезней, глобальных процессов;
- б) перераспределение материальных ресурсов, согласование организационных усилий, направленных на обеспечение и повышение достигнутого данной страной уровня жизни через налоги, развитие благотворительности, предпринимательства в сочетании с репрессивными средствами.

Социальная политика призвана разрешать противоречия между текущими и перспективными интересами общества, между интересами различных слоев, общественных институтов, учитывать и прогнозировать, снижать и корректировать неизбежную «плату» общества за социальный прогресс. В этой связи социальная политика имеет прямое отношение к определению приоритетов в развитии благосостояния, масштабов поддержки различных слоев населения.

Обычно социальная политика реализуется через различные формы социальной работы, крупные разовые государственные решения и мероприятия, а также через социальные программы (специализированные и комплексные).

Можно выделить два аспекта социальной работы: решение повседневных, неотложных проблем клиента и решение задач в перспективе, предвидение и предотвращение острых социальных проблем в глобальном масштабе (безработица, нищета, различные социальные заболевания, наиболее острые формы девиантного поведения и т.д.)

Оба аспекта социальной работы связаны (и обусловлены) социальной политикой государства, основными направлениями, ориентирами развития общества.

Следующий структурный срез социальной работы предопределяется ее универсальным, интегрированным характером как специфическим видом человеческой деятельности. Речь идет об **основных направлениях (видах) социальной работы**: социальный диагноз, социальная терапия, социальная реабилитация, социальная профилактика, социальный контроль, социальное страхование, социальное обслуживание, социальное посредничество, социальное попечительство и др.

Различными могут быть и уровни социальной работы. В зависимости от масштабности социальная работа может проводиться на федеральном (республиканском), региональном (областном), местном и индивидуальном уровнях.

Социальная работа должна быть направлена на поддержание социального порядка и институциональной структуры общества. В ее задачи входит:

- помогать социальным институтам;
- внедрять эффективные методы социальной адаптации и реабилитации;
- предотвращать и предупреждать социальные конфликты;
- управлять и корректировать девиантное поведение и социальную дезорганизацию.

Современный подход в мировой практике заключается в ясном понимании того, что социальная работа является одной из форм деятельности, направленной на достижение социальных изменений. С этих позиций социальная работа является мощным средством предотвращения социальных катаклизмов и конфликтов в обществе, тем более эффективным, чем больше ресурсов выделяет общество и государство.

Главное предназначение социальной работы — сделать жизнь каждого человека лучше с помощью использования его внутренних ресурсов, а с улучшением жизни каждого человека, в целом происходит улучшение и общества. В этом направлении наряду с развитием государственных социальных структур, необходимо все больше активизировать включение в социальную работу общественных объединений, благотворительных фондов, конфессий, а это и есть главные аспекты социальной политики.

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Задачи социальной политики.
2. Задачи социальной работы.
3. Аспекты социальной работы.

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварогъ - ИВФСПТ, 2017.
2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр человеческих ценностей, 2018.
3. Гусейнов А.А., Ирритц Г. Краткая история этики. М., 2017.

5. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профессиограмма социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.
6. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.:Академия, 2017.
7. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.
8. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.
9. Солоницына А.А.Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

Практическая работа №3

Тема: Факторы, влияющие на развитие социальной защиты населения: политические, экономические, нравственно-психологические, идеологические.

Время выполнения:

Цель: Изучить факторы влияющие на развитие социальной защиты населения.

Оборудование: Типовые технологические процессы;

учебная литература, учебная тетрадь , ручка, карандаш

Теоретические сведения

1. *Политические факторы.* Укрепление власти, проводимой соц политикой. Политические мотивы реформирования системы СЗН остро проявились в российском обществе в начале 1990-х годов и были связаны с начавшимися реформами, которые обернулись системным кризисом, что привело к ухудшению качества жизни людей. Возникла опасность политической дестабилизации и социального напряжения. В это время принимаются политические решения, и начинает разрабатываться система национальных мер по социальной защите населения, в первую очередь, его социально уязвимых слоев. Появляются первые законы, регулирующие социальные отношения в этой сфере: «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов», «Об основах социального обслуживания населения в РФ». Принимаются комплексные программы: «Дети России», «Старшее поколение».

2. *Экономические факторы.* Социальная защита влияет на уровень накоплений и инвестиций, спрос и предложение труда, характер управления предприятиями и на стратегию руководства. Различные стороны социальной защиты содействуют росту производительности труда работников. Так, трудоспособность рабочих зависит от состояния здоровья. Доступ к медицинской помощи способствует значительному повышению эффективности трудовых затрат, увеличивая умственные и физические возможности работников.

3. *Нравственно-психологические факторы.* Задача института социальной защиты – способствовать восстановлению социальной справедливости, законных прав клиента, добиваться реализации его основных потребностей, уважительного отношения к ценностям человека. При оказании социальной защиты возрастает влияние психологических факторов, сопровождающих значительную часть социальных проблем клиентов – проблемы взаимодействия людей, их влияния друг на друга, оказание им помощи в социальном функционировании – это сфера интересов института социальной защиты.

4. *Культурные факторы.* В каждой культуре заложены основные нормы и ценности, согласно которым и проходит социализация членов общества. Система социальной защиты должна соответствовать основополагающим культурным нормам и ценностям общества (этнической группы) или, как минимум, не противоречить им.

Принципы: системность, комплексность, профилактическая направленность, адресность и др.

Функции сз: Экономическая функция социальная защиты реализуется через различные виды материальной помощи и материального обеспечения разных категорий населения. Социально-медицинская функция очевидна в отношении лиц с ограниченными возможностями, престарелыми. Психолого-педагогическая функция социальной защиты наиболее актуальна в отношении детей, оставшихся без попечения родителей. Юридическая функция касается всех, кому предоставляются дополнительные права, или предусматривается освобождение от каких-либо юридических обязанностей.

Субъекты: государственные органы – от федеральных органов государственной власти до органов местного самоуправления. К ведению федеральных органов государственной власти в области социальной защиты, прежде всего, относятся вопросы формирования государственной политики в отношении различных групп населения. Их участие в разработке и реализации мер социальной политики выражается в разработке и принятии федеральных законов и подзаконных актов. Важным направлением деятельности государственных органов является разработка и реализация федеральных целевых программ в области социальной защиты населения и контроль за их исполнением. Помимо государственных органов субъектами социальной защиты являются муниципальные органы местного самоуправления и социальные учреждения, которые работают в непосредственном контакте с населением. В качестве субъекта социальной защиты необходимо рассматривать и общество, которое может и должно оказывать посильную помощь в решении проблем некоторых категорий населения.

Объектом социальной защиты выступают: Во-первых, все население. В данном случае социальная защита предполагает обеспечение безопасности жизни людей; создание условий для реализации интересов и потребности, самореализации, духовного развития, укрепление физического и нравственного здоровья нации. Во-вторых, отдельные группы и слои населения, например, социальная защита военнослужащих, работников образования и т. д. В-третьих, социально уязвимые группы населения: дети, многодетные и асоциальные семьи, инвалиды, пенсионеры, безработные.

К основным организационно-правовым формам социальной защиты относят пенсионное обеспечение, социальное страхование, предоставление льгот, выплат различных пособий, компенсаций и др.

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Политические факторы.
2. Экономические факторы.
3. Нравственно-психологические факторы.
4. Культурные факторы.

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварог - ИВФСПТ, 2017.
2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр человеческих ценностей, 2018.
3. Гусейнов А.А., Ирритц Г. Краткая история этики. М., 2017.
4. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профиограмма социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.
5. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.:Академия, 2017.
6. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.

7. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.
8. Солоницына А.А. Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

Практическая работа №4

Тема: Основные направления социальной защиты населения

Время выполнения:

Цель: Изучить основные направления социальной защиты населения.

Оборудование: Типовые технологические процессы;

учебная литература, учебная тетрадь, ручка, карандаш

Теоретические сведения

Следует выделить следующие основные направления социальной защиты и подходы к их реформированию.

1. *Социальная защита детей, детства и отрочества.* Она должна быть ориентирована на создание условий, позволяющих всем детям, независимо от того, в какой семье они родились и живут, иметь наилучшие возможности для сохранения здоровья, для материального благополучия, свободного, доступного образования, дошкольного и школьного воспитания, гармоничного духовно-нравственного развития, реализации своих способностей.

Особое внимание необходимо уделять детям-сиротам, а также детям из неблагополучных семей. Надо заботиться об этих детях так, чтобы они не чувствовали себя лишними, отчужденными от общества, а государство не представлялось бы им чем-то абстрактным, бесполезным, а то и враждебным. Необходимо искоренить такие явления, как бродяжничество и безнадзорность детей, попрошайничество вместе со взрослыми или под их давлением. У каждого ребенка должен быть дом, как бы он официально ни назывался, – родительский, социальный или по-иному. Но это должен быть дом – теплый, добрый и вместе с тем строгий.

Следует разработать программу чрезвычайных мер по предупреждению и пресечению бродяжничества, безнадзорности и попрошайничества детей, а также эксплуатации детского труда, создать специальный межведомственный координационный орган, обладающий всеми необходимыми полномочиями. Надо создать Федеральный попечительский совет детей-сирот. Необходимо принять все меры по охране и защите детей, находящихся в особо сложных условиях, в том числе оставшихся без надзора, беспризорных, подвергшихся экономической и сексуальной эксплуатации, страдающих социально обусловленными заболеваниями, включая синдром приобретенного иммунодефицита, детей из числа беженцев, а также тех, чьи родители находятся в тюремном заключении.

Необходимо упорядочить процесс коммерциализации услуг, предназначенных детям, прежде всего в сферах образования, охраны здоровья, детского творчества, физкультуры и спорта.

В отстаивании прав ребенка на охрану здоровья, образование, имущественных интересов детей крайне слабо обозначены роль и место прокурорского надзора, судебных и правоохранительных органов, а также разнообразных структур, подведомственных Министерству труда и социального развития России, Минобразования и Минздраву России, иным федеральным и региональным органам власти. Следует устранить правовые и организационные пробелы в решении проблем детей. *Одним из основных принципов социальной защиты и социальной политики в целом должен стать «детоцентризм».*

Социальная защита трудоспособного населения. Она должна предусматривать создание условий, обеспечивающих баланс прав, обязанностей и интересов граждан, когда человек сможет в полной мере реализовать свои способности к экономической самостоятельности, не

ущемляя при этом интересов сограждан и участвуя в социальном вспомоществовании нуждающимся. Труд, его вознаграждение и как результат денежные сбережения, приобретенные ценные бумаги и недвижимость должны стать основными источниками доходов и социального благополучия человека, и никто не имеет право посягать на них. Человек труда должен быть уверен, что самые сложные жизненные ситуации, будь то болезнь, временный период безработицы, другие проблемы, ущемляющие его экономическую самостоятельность и социальное благополучие, будут преодолены, если он приложит собственные усилия, для чего в стране и в конкретных регионах есть все условия.

Социальная защита трудоспособного населения должна предусматривать механизмы, обеспечивающие гражданам Российской Федерации защиту от социальных рисков, препятствующих:

– эффективной занятости человека;

– предоставлению регламентированных дополнительных гарантий занятости отдельным категориям населения, которые нуждаются в особой социальной защите и испытывают трудности в поиске работы, в том числе: молодежи; одиноким и многодетным родителям, воспитывающим несовершеннолетних детей или детей-инвалидов; лицам предпенсионного возраста; военнослужащим, уволенным в запас; бывшим воинам – участникам военных конфликтов; инвалидам; лицам, пострадавшим в результате техногенных и природных катастроф, а также пострадавшим в военных конфликтах; лицам, продолжительное время не имеющим работы; лицам, отбывающим наказание или находящимся на принудительном лечении по решению суда;

– выплате и получению заработной платы и всех видов социальных пособий в размерах и сроках, предусмотренных российским законодательством;

– охране здоровья работающих и профилактике неблагоприятных условий их труда;

– оказанию материальной и иной помощи лицам, попавшим в кризисные материальные и социально-бытовые ситуации, и получению этой помощи;

– равноправию женщин во всех вопросах социальной жизни. В первую очередь речь идет о полном фактическом равенстве в оплате труда, продвижении по службе, доступе к образованию, научной деятельности, культуре и спорту. Должны быть разработаны специальные меры по расширению участия женщин в органах государственной власти всех ветвей и уровней, в работе муниципальных структур, деятельности общественных организаций, средств информации, а также меры содействия повышению их деловой активности. Особое внимание необходимо уделять женщинам-матерям и готовящимся стать матерями. У этих женщин многократно возрастают социальные риски, и это следует предусмотреть в их социальной защите;

– реализации молодежью своего потенциала в образовательном, научном, культурном и спортивном плане.

3. Социальная защита нетрудоспособных граждан. Она должна быть нацелена на гуманизацию всех сфер жизни этих людей. Недопустимо, чтобы кто-либо из них ощущал себя лишним человеком, обременяющим близких, общество. Каждый должен как можно дольше сохранять желание и возможность жить в семье, активно участвовать в экономическом, политическом, культурном развитии общества, пользоваться всеми его благами и по возможности их приумножать. Ведущая роль в решении проблем этих граждан принадлежит социальному обслуживанию и пенсионному обеспечению.

Говоря о реформировании социального обслуживания, подчеркнем, что оно нуждается в патернализме как государства, так и всего общества в целом (благотворительность,

попечительство, акты гражданского милосердия со стороны отдельных граждан). Все это требует соответствующей правовой основы как на федеральном, так и на региональном уровне.

Реформирование пенсионного обеспечения должно быть направлено на преодоление деформации основного его принципа – связи с трудовым вкладом и ориентировано на эволюционный переход от принципов безальтернативного социального вспомоществования и «котлового распределения» на принципы социального страхования и адаптацию к современным экономическим условиям.

4. Социальная защита семьи как основополагающей опоры общества и государства. Необходимо всемерно поддерживать институт семьи. Именно семья способна сохранить общество, его ценности. Поэтому семейная политика, ориентированная на обеспечение людям достойных условий для создания, сохранения и развития семьи, – это неотъемлемая часть социальной защиты населения.

Формы и методы социальной защиты человека должны быть дифференцированными, но обязательно доступными, полноценными, не унижающими человеческое достоинство, максимально ориентированными на профилактику и способы положительного разрешения отдельной личностью сложных критических ситуаций. Сама система многопрофильной целевой социальной защиты должна включать все амортизаторы негативных влияний на человека и способствовать как предупреждению, так и ликвидации этих влияний. И только в тех случаях, когда по каким-либо причинам не срабатывают механизмы социальной защиты или возникают нестандартные, непредусмотренные ситуации, либо человек не согласен с формами и методами его защиты, он будет вынужден заявить о том, что нуждается в социальной помощи или услуге, в соответствующие органы.

Разработка механизма функционирования системы многопрофильной целевой социальной защиты населения должна вестись по следующим направлениям:

- определение роли и места социальной защиты населения в социальном развитии страны и регионов;
- нормативно-правовое обеспечение социальной защиты, четко определяющее социальные риски, последствия которых подлежат коррекции, гарантированной государством;
- разработка государственных стандартов услуг в здравоохранении, образовании, культуре и социальном обслуживании населения (с учетом региональных и местных условий воспроизводства рабочей силы и населения) для их адресного использования в планировании расходов на социальную сферу и их поэтапного повышения;
- нормативно-правовое регулирование профилактики свершения социальных рисков;
- разработка стратегических сценариев развития социального комплекса;
- разграничение полномочий между федеральными органами и органами власти субъектов Российской Федерации по социальным вопросам;
- разработка структурного реформирования государственного управления социальным комплексом, включая нормативно-правовое обеспечение его развития;
- институциональные и организационные преобразования социального комплекса: демонополизация; развитие инфраструктуры, приватизация социальных объектов, регулирование платных социальных услуг;
- инвестиционная политика в социальной сфере;

- определение приоритетов развития социальной сферы;
- инновационная политика в отношении социальных технологий;
- формирование федеральных социальных программ, ориентированных на управление социальными процессами;
- формирование федерально-региональных, межрегиональных и региональных программ социального развития, включая социальную защиту населения;
- создание системы информационного обеспечения населения, доведение до него информации о правовом, трудовом и ином регулировании жизни общества с направленностью на активное самостоятельное решение людьми своих проблем, а также достоверное, простое и доступное определение роли государства в этом процессе.

Особое внимание следует уделить разработке государственных социальных стандартов. Краеугольным становится вопрос о минимальных стандартах. В правовом отношении минимизация помощи нуждающемуся в ней человеку абстрактна, а в морально-этическом плане – во многих случаях абсурдна. Следует ввести в нормативно-правовое поле иное понятие – «минимальные государственные социальные гарантии», дать четкое их толкование и механизм реализации.

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Социальная защита детей, детства и отрочества.

2. Формы и методы социальной защиты человека

3. Социальная защита нетрудоспособных граждан.

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварогъ - ИВФСПТ, 2017.
2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр человеческих ценностей, 2018.
3. Гусейнов А.А., Иррлитц Г. Краткая история этики. М.,2017.
4. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профессиональная программа социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.
5. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.:Академия, 2017.
6. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.
7. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.
8. Солоницына А.А.Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

Практическая работа №5

Тема: Виды и формы социального обслуживания

Время выполнения:

Цель: Изучить виды и формы социального обслуживания.

Оборудование: Типовые технологические процессы;
учебная литература, учебная тетрадь, ручка, карандаш

Теоретические сведения

Понятие «социальное обслуживание» тесно связано со следующими пересекающимися понятиями: Социальная защита. Представлена системой мероприятий, направленных на обеспечение минимально достаточных и гарантированных условий жизнедеятельности, деятельного существования человека, для поддержания его жизнеобеспечения и реализуемых различными структурами общества. Социальная поддержка – это специальные меры по поддержанию условий, необходимых и достаточных для существования так называемых «слабых» социальных групп, семей, отдельных граждан, испытывающих трудности в своей жизнедеятельности. Социальная помощь. Характеризуется предоставлением социальной службой системы социальных мер в виде поддержки, содействия, услуг отдельным гражданам или социальным группам для смягчения и преодоления сложных жизненных ситуаций, для поддержания полноценной жизнедеятельности, социального статуса и адаптационных процессов в обществе.

Цель социальной работы – оптимизировать реализацию субъективной роли людей во всех сферах общественной жизни в процессе обеспечения граждан, социальных групп и различных слоев в обществе. Социальное обслуживание направлено как на осуществление мер социальной поддержки отдельных социальных групп, так и реализацию мер по социальной защите всего населения.

Для осуществления социального обслуживания в настоящее время существуют специализированные учреждения, составляющие основу социальных служб. Все социальные учреждения от специализации и категории граждан носят типовые наименования и включают: специализированные учреждения социального обслуживания: дома-интернаты и пансионаты для престарелых, инвалидов, ветеранов войны и труда; реабилитационные центры; психоневрологические интернаты; дома-интернаты милосердия; дома-интернаты малой вместимости; геронтологические и геронтопсихиатрические центры; социально-оздоровительные центры; учреждения социального обслуживания, предоставляющих жилое помещение в домах жилищного фонда социального использования (социальные квартиры, дома для одиноких престарелых граждан); учреждения полустационарного социального обслуживания на дому; учреждения социального обслуживания, оказывающие консультативную помощь.

Учреждения социального обслуживания предоставляют разные виды социальных услуг с учетом возраста граждан, состояния их здоровья, окружающей обстановки и т.д. Существуют различные виды социального обслуживания: Социально-бытовые услуги. Основная функция – поддержание жизнедеятельности граждан в быту: содействие в получении преимуществ и льгот в социально-бытовом обеспечении; предоставление помещений для организации лечебных и реабилитационных мероприятий, бытового и культурного обслуживания, учебной и лечебно-трудовой деятельности; предоставление одежды и обуви, постельных принадлежностей; оказание социальных услуг в стационарных учреждениях индивидуального гигиенического характера лицам, не способным выполнять обычные процедуры по состоянию здоровья; предоставление транспорта и помощь при транспортировке; организация ритуальных услуг и т.д. Социально-медицинские услуги. Ориентированы на поддержание и по возможности - улучшение здоровья граждан: предоставление санитарно-гигиенических услуг (обмывание, обтирание, причесывание, гигиенические ванны и др.); содействие в проведении медико-санитарной экспертизы; госпитализация в лечебно-профилактические учреждения; организация медицинского консультирования; содействие в прохождении диспансеризации; содействие в получении протезно-ортопедической, зубопротезной, слухопротезной помощи; организация медико-санитарного обследования; организация лечебно-трудовой деятельности; организация экстренной медицинской помощи и многое другое. Социально-психологические услуги. Направлены на организацию мероприятий по коррекции психологического состояния граждан: психологическая диагностика и коррекция; социально-психологическое консультирование; социально-психологический патронаж;

психотерапевтическая помощь; психологические тренинги; экстренная медицинско-психологическая помощь; предоставление психологической помощи (общение, беседы, подбадривания, мотивация к активности и т.д.). Социально-педагогические услуги. Включают мероприятия, направленные на профилактику девиаций в поведении и нарушений личного развития граждан: социально-педагогическое консультирование, диагностика и обследование; педагогическая коррекция; социально-педагогический патронаж; анимационные услуги (посещение театров, выставок, экскурсии, организация праздников и др.); обучение инвалидов применять технические средства реабилитации; профессиональное консультирование и профессиональная реабилитация инвалидов; содействие в организации для детей-инвалидов обучения на дому и т.д. Социально-экономические услуги. Их цель – поддержание и улучшение жизненного уровня населения. К социально-экономическим услугам относятся: содействие в получении пособий, льгот, консультаций, алиментов и др.; оказание материальной помощи; содействие в обеспечении слуховыми аппаратами, протезно-ортопедическими изделиями, очками; улучшение жилищных условий; консультирование по вопросам самообеспечения, развития семейного предпринимательства; содействие в трудоустройстве и т.д. Социально-правовые услуги. Направлены на изменение или поддержание правового статуса, защиту законных прав граждан, оказание юридической помощи. К социально-правовым услугам относятся: консультирование по вопросам, относящихся к правам на социальное обслуживание; оказание помощи в подготовке жалоб на бездействие или определенные действия работников социальных служб; помощь в оформлении документов; консультирование по поводу пенсионного обеспечения; содействие в получении льгот и преимуществ, установленных законодательством; содействие в получении медицинского полиса и т.д.

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Виды социального обслуживания.

2. Социальное обслуживание его цели и задачи.

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварог - ИВФСПТ, 2017.
2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр человеческих ценностей, 2018.
3. Гусейнов А.А., Ирритц Г. Краткая история этики. М., 2017.
4. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профессиограмма социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.
5. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.:Академия, 2017.
6. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.
7. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.
8. Солоницына А.А.Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

Практическая работа №6

Тема: Виды государственных и негосударственных социальных служб

Время выполнения:

Цель: Изучить виды государственных и негосударственных социальных служб.

Оборудование: Типовые технологические процессы;

учебная литература, учебная тетрадь , ручка, карандаш

Теоретические сведения

Для оказания содействия людям, оказавшимся в сложных жизненных ситуациях и нуждающимся в социальной защите, функционирует специальный институт социальной работы и социальные службы.

Организационно-функциональное обеспечение социальной работы осуществляется социальными службами.

Социальные службы - это государственные, муниципальные и негосударственные органы управления, структуры и специализированные учреждения и предприятия, осуществляющие социальную работу.

К государственным социальным службам относятся органы управления, учреждения и предприятия социального обслуживания системы социальной защиты населения, министерств и ведомств Российской Федерации, к компетенции которых относится социальная помощь населению.

Федеральный закон «О государственной социальной помощи» устанавливает правовые и организационные основы оказания государственной социальной помощи малоимущим семьям или малоимущим одиноко проживающим гражданам. Законом определены следующие понятия:

- 1. государственная социальная помощь - предоставление малоимущим семьям, малоимущим одиноко проживающим гражданам, а также иным категориям граждан социальных пособий, субсидий, социальных услуг и жизненно необходимых товаров;
- 2. социальное пособие - безвозмездное предоставление гражданам определенной денежной суммы за счет средств соответствующих бюджетов бюджетной системы Российской Федерации;
- 3. субсидия - имеющая целевое назначение полная или частичная оплата предоставляемых гражданам социальных услуг;
- 4. набор социальных услуг - перечень социальных услуг, предоставляемых отдельным категориям граждан в соответствии с настоящим Федеральным законом «О государственной социальной помощи».

Государственная социальная помощь оказывается в целях:

- - поддержания уровня жизни малоимущих семей и малоимущих граждан, среднедушевой доход которых ниже величины прожиточного минимума, установленного в соответствующем субъекте Российской Федерации;
- - адресного использования бюджетных средств, усиления адресности социальной поддержки нуждающихся граждан;
- - создания необходимых условий для обеспечения всеобщей доступности и общественно приемлемого качества социальных услуг;
- - снижения уровня социального неравенства; повышения доходов населения.

Право на государственную социальную помощь в виде предоставления гражданам набора социальных услуг имеют следующие категории граждан (статья 6.1 Закона № 178-ФЗ):

- 1 инвалиды войны;
- 2 участники Великой Отечественной войны;
- 3 ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в подпунктах 1-4 пункта 1 статьи 3 Федерального закона от 12 января 1995 г. № 5-ФЗ «О ветеранах» (в редакции изменений и дополнений), а именно:
 - - военнослужащие, в том числе уволенные в запас (отставку), военнообязанные, призванные на военные сборы, лица рядового и начальствующего состава органов внутренних дел и органов государственной безопасности, работники указанных органов, работники Министерства обороны СССР и работники

Министерства обороны Российской Федерации, сотрудники учреждений и органов уголовно-исполнительной системы, направленные в другие государства органами государственной власти СССР, органами государственной власти Российской Федерации и принимавшие участие в боевых действиях при исполнении служебных обязанностей в этих государствах, а также принимавшие участие в соответствии с решениями органов государственной власти Российской Федерации в боевых действиях на территории Российской Федерации;

- - военнослужащие, в том числе уволенные в запас (отставку), лица рядового и начальствующего состава органов внутренних дел и органов государственной безопасности, лица, участвовавшие в операциях при выполнении правительственных боевых заданий по разминированию территорий и объектов на территории СССР и территориях других государств в период с 10 мая 1945 года по 31 декабря 1951 года, в том числе в операциях по боевому тралению в период с 10 мая 1945 года по 31 декабря 1957 года;
 - - военнослужащие автомобильных батальонов, направлявшиеся в Афганистан в период ведения там боевых действий для доставки грузов;
 - - военнослужащие летного состава, совершавшие с территории СССР вылеты на боевые задания в Афганистан в период ведения там боевых действий.
- 4. военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период;
 - 5. лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»;
 - 6. лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств;
 - 7. члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в Великой Отечественной войне лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также члены семей погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда;
 - 8. инвалиды;
 - 9. дети-инвалиды.

Государственная социальная помощь назначается решением органа социальной защиты населения по месту жительства либо месту пребывания малоимущей семьи или малоимущего гражданина.

В состав предоставляемого указанным гражданам набора социальных услуг согласно статье 6.2 Закона № 178-ФЗ включены дополнительная бесплатная медицинская помощь, в том числе предусматривающая обеспечение необходимыми лекарственными средствами по рецептам врача (фельдшера), предоставление при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение, осуществляемые в соответствии с законодательством об обязательном социальном страховании, а также бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно.

При этом граждане, имеющие ограничение способности к трудовой деятельности III степени и дети-инвалиды имеют право на получение на тех же условиях второй путевки на санаторно-курортное лечение и на бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а

также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно для сопровождающего их лица.

Перечень лекарственных средств, обеспечение которыми осуществляется в рамках набора социальных услуг утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 2 декабря 2004 г. № 296 (применяется в редакции изменений от 24 декабря 2004 года). В свою очередь Перечень санаторно-курортных учреждений, в которые предоставляются путевки на санаторно-курортное лечение граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 20 декабря 2004 г. № 319.

Соответствующие категории граждан имеют право на получение набора социальных услуг с даты установления им в соответствии с законодательством Российской Федерации (регулируется приказом Минздравсоцразвития России от 30 ноября 2004 г. № 294) ежемесячной денежной выплаты.

Правила финансирования расходов по предоставлению гражданам государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2004 г. № 864, а Порядок предоставления набора социальных услуг - приказом Минздравсоцразвития России от 29 декабря 2004 г. № 328.

Непосредственно финансирование расходов, связанных с предоставлением социальных услуг, осуществляется за счет средств, предусмотренных в федеральном бюджете на соответствующий год:

- 1. Федеральному фонду обязательного медицинского страхования - на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по оказанию дополнительной бесплатной медицинской помощи, в том числе предусматривающей обеспечение необходимыми лекарственными средствами;
- 2. Фонду социального страхования Российской Федерации - на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по предоставлению путевок на санаторно-курортное лечение и проезду на междугородном транспорте к месту лечения и обратно;
- 3. Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию - на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по бесплатному проезду на железнодорожном транспорте пригородного сообщения.

Каждый гражданин вправе получить в государственной системе социальных служб бесплатную информацию о возможностях, видах, порядке и условиях социального обслуживания.

К муниципальным социальным службам относятся учреждения и предприятия социального обслуживания, находящиеся в ведении органов местного самоуправления.

К негосударственным социальным службам относятся учреждения и предприятия социального обслуживания, создаваемые благотворительными, общественными, религиозными и другими организациями и частными лицами.

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. В каких целях оказывается государственная социальная помощь.

2. Какие категории граждан имеют права на оказание социальной помощи?

3. Какие понятия введены федеральным законом о «Государственной социальной помощи».

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварог - ИВФСПТ, 2017.
2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр человеческих ценностей, 2018.
3. Гусейнов А.А., Ирритц Г. Краткая история этики. М., 2017.
4. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профессиограмма социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.
5. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . - М.: Академия, 2017.
6. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.
7. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.
8. Солоницына А.А. Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.
Практическая работа №7

Тема: Основные направления деятельности стационарных учреждений социального обслуживания

Время выполнения:

Цель: Изучить основные направления деятельности стационарных учреждений социального обслуживания

Оборудование: Типовые технологические процессы;
учебная литература, учебная тетрадь , ручка, карандаш

Теоретические сведения

Стационарное социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов осуществляется в стационарных учреждениях (отделениях учреждений) социального обслуживания, профилированных в соответствии с возрастом, состоянием здоровья и социальным положением граждан, которые обслуживаются в этих учреждениях (отделениях учреждений). Стационарное социальное обслуживание направлено на оказание разносторонней помощи путем предоставления комплекса социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и по состоянию здоровья нуждающимся в постоянном уходе и наблюдении. Социальные услуги в стационарных учреждениях социального обслуживания оказываются при постоянном или временном (сроком до шести месяцев) или пятидневном в неделю круглосуточном проживании клиентов и предназначены на создание пожилым и инвалидам наиболее адекватных их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, на проведение реабилитационных мероприятий социального, медицинского и лечебно-трудового характера, обеспечение ухода, медицинской помощи, организации их отдыха и досуга

Стационарное социальное обслуживание направлено на оказание разносторонней помощи путем предоставления комплекса социальных услуг. Клиентов - частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и по состоянию здоровья, нуждающимся в постоянном уходе и наблюдении.

Предоставление социальных услуг направлено на создание для клиентов наиболее адекватных их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, на проведение

реабилитационных мероприятий социального, медицинского и лечебно-трудового характера. Обеспечение ухода, медицинской помощи, организации их отдыха и досуга.

В период проживания клиентов в Учреждении выполняются следующие условия:

- соблюдение прав человека;
- обеспечение неприкосновенности личности и безопасности клиентов проживающих в Учреждении;
- исполнение возложенных на администрацию Учреждения функций опекуна;
- обеспечение сохранности личных вещей;
- исполнение иных форм, установленных действующим законодательством.

9.4 Размер ежемесячной платы за стационарное обслуживание производится на основании договора о стационарном обслуживании, заключаемого между клиентами, проживающими в Учреждении (их законными представителями) и Учреждением.

9.5 Стационарное обслуживание клиентов Учреждения включает затраты на приобретение продуктов питания и мягкого инвентаря, содержание предоставляемых жилых помещений, осуществляется за плату, которая вносится ежемесячно.

9.6 Размер ежемесячной платы за стационарное обслуживание определяется с учетом утвержденных норм питания, нормативов обеспечения мягким инвентарем, сложившегося в крае уровня потребительских цен, тарифов на оплату коммунальных услуг и не может превышать 75% от установленной пенсии.

Задачи Учреждения

- оказание необходимых клиентам проживающих в Учреждении социально-бытовых, социально-медицинских, социально-психологических, социально-педагогических, социально-экономических, социально-правовых услуг в соответствии с назначением учреждения, а также осуществление социального патронажа лиц, нуждающихся в социальной помощи, реабилитации и поддержке;
- внедрение в практику новых и более эффективных форм социального обслуживания населения;
- осуществление социального обслуживания клиентов, проживающих в учреждении, путем стабильного материально-бытового обеспечения и создания адекватных их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности;
- осуществление мероприятий реабилитационного, адаптационного, медицинского, социального и лечебно-трудового характера;
- организация ухода за клиентами Учреждения, их отдыха и досуга, проведение лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий;
- привлечение государственных, муниципальных органов и общественных объединений к решению вопросов социальной помощи гражданам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Какие условия проживания клиентов выполняются в учреждении.

2. Задачи учреждения.

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварогъ - ИВФСПТ, 2017.
2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр
3. человеческих ценностей, 2018.
4. Гусейнов А.А., Ирритц Г. Краткая история этики. М.,2017.
5. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профессиональная программа социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.
6. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.:Академия, 2017.
7. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.
8. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.
9. Солоницына А.А.Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.
Практическая работа №8

Тема: Особенности деятельности стационарных социальных служб в различных регионах РФ и их взаимодействие с учреждениями иных систем

Время выполнения:

Цель: Изучить особенности деятельности стационарных социальных служб в различных регионах РФ и их взаимодействие с учреждениями иных систем

Оборудование: Типовые технологические процессы;
учебная литература, учебная тетрадь , ручка, карандаш

Теоретические сведения

- *Виды учреждений социального обслуживания:*

- Дом-интернат для престарелых и инвалидов: Учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного или временного [(сроком до 6 месяцев) или пятидневного в неделю] проживания престарелых (мужчин старше 60 лет, женщин старше 55 лет) и инвалидов 1-й и 2-й групп (старше 18 лет), частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся в постоянном постороннем уходе, и предоставления им необходимых социальных услуг.

- Специальный дом-интернат: Учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного или временного проживания граждан из числа освобождаемых из мест лишения свободы и других лиц, ранее судимых или неоднократно привлекавшихся к административной ответственности за нарушение общественного порядка, бродяжничество и попрошайничество, и предоставления им необходимых социальных услуг.

- Специальный дом для одиноких престарелых: Учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного проживания одиноких граждан и супружеских пар пожилого возраста, сохранивших полную или частичную способность к самообслуживанию в быту.

- Геронтологический центр: Учреждение социального обслуживания престарелых граждан, в том числе инвалидов, предназначенное для постоянного или временного их проживания, предоставления им необходимых социальных услуг, создания соответствующих их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности.
- Геронтопсихиатрический центр: Учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного или временного проживания престарелых граждан, в том числе инвалидов, страдающих хроническими психическими заболеваниями, и предоставления им необходимых социальных услуг для создания соответствующих их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности.
- Социальный приют для детей: Специализированное учреждение социального обслуживания, предназначенное для временного проживания и социальной реабилитации детей, оказавшихся в трудной жизненной или кризисной ситуации и нуждающихся в экстренной социальной помощи.
- Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних: Специализированное учреждение социального обслуживания, предназначенное для социальной или психологической реабилитации детей с различными формами и степенью социальной дезадаптации.
- Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей: Специализированное учреждение социального обслуживания, предназначенное для временного содержания детей, оставшихся без попечения родителей, и оказания содействия в их дальнейшем жизненном устройстве.
- Социально-реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными умственными и физическими возможностями: Учреждение социального обслуживания, предназначенное для реабилитации детей и подростков, имеющих отклонения в умственном и физическом развитии, (включая детей-инвалидов) в возрасте от рождения до 18 лет в соответствии с реабилитационными программами.
- Центр социальной адаптации несовершеннолетних и молодежи: Учреждение социального обслуживания, предназначенное для социальной адаптации на первоначальном этапе самостоятельной жизни выпускников детских домов и школ-интернатов для детей, оставшихся без попечения родителей, специальных школ-интернатов для детей, имеющих отклонения в умственном и физическом развитии, специальных учебно-воспитательных учреждений, домов-интернатов для детей-инвалидов, несовершеннолетних и молодых людей, вернувшихся из воспитательных колоний, следственных изоляторов и других учреждений принудительной изоляции.
- Кризисный центр помощи женщинам: Учреждение социального обслуживания, предназначенное для оказания помощи и социальной реабилитации женщин, подвергшихся физическому или психическому насилию, потерявших жилье или работу, оказавшихся в экстремальных психологических и социально-бытовых условиях.
- Территориальный центр социальной помощи семье и детям: Учреждение социального обслуживания семей, детей различных групп и отдельных граждан, попавших в трудную жизненную ситуацию.
- Комплексный центр социального обслуживания населения: Учреждение социального обслуживания, предназначенное для оказания семьям и отдельным гражданам, попавшим в трудную жизненную ситуацию, помощи в реализации законных прав и интересов, содействия в улучшении их социального и материального положения.

- Центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов: Учреждение социального обслуживания, предназначенное для осуществления организационной, практической и координационной деятельности по оказанию социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам.
- Центр психолого-педагогической помощи: Учреждение социального обслуживания, предназначенное для оказания гражданам специализированной психолого-педагогической помощи.
- Центр экстренной психологической помощи по телефону: Учреждение социального обслуживания, предназначенное для оказания гражданам экстренной психологической помощи по телефону в соответствии с поступающими от клиентов запросами.
- Учреждение социальной помощи для лиц без определенного места жительства и занятий: Учреждение социального обслуживания (дом ночного пребывания, социальный приют, социальная гостиница, центр или отделение социальной адаптации), предназначенное для предоставления ночлега или временного места пребывания лицам, оказавшимся без определенного места жительства и занятий, в первую очередь лицам пожилого возраста и инвалидам, а также для социальной реабилитации и адаптации к условиям жизни в обществе лиц, утративших социально полезные связи.
- Дом-интернат для ветеранов войны и труда: Учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного, временного [(сроком до 6 месяцев) или пятидневного в неделю] проживания ветеранов войны и труда и предоставления им необходимых социальных услуг.
- Психоневрологический интернат: Учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного, временного [(сроком до 6 месяцев) или пятидневного в неделю] проживания престарелых и инвалидов (старше 18 лет), страдающих хроническими психическими заболеваниями, и предоставления им необходимых социальных услуг.
- Дом-интернат милосердия для престарелых и инвалидов: Учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного, временного [(сроком до 6 месяцев) или пятидневного в неделю] проживания престарелых граждан и инвалидов 1-й и 2-й групп, находящихся на постельном режиме или передвигающихся с посторонней помощью, и предоставления им необходимых социальных услуг.
- Социально-оздоровительный центр: Учреждение социального обслуживания, предназначенное для проведения социально-оздоровительных и профилактических мероприятий с целью продления возможности самореализации и гражданами пожилого возраста своих жизненно важных потребностей.
- Детский дом-интернат для детей с физическими недостатками: Учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного проживания детей, нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании, а также для социально-трудовой адаптации с одновременным обучением по программе общеобразовательной школы.
- Детский дом-интернат для умственно отсталых детей: Учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного проживания детей от 4 до 18 лет с аномалиями умственного развития, нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании, а также социально-трудовой адаптации.
- Отделение учреждения социального обслуживания: Структурное подразделение учреждения социального обслуживания, предоставляющее конкретные социальные услуги в соответствии с функциями этого учреждения.

- Предприятие социального обслуживания: Предприятие, предоставляющее населению социальные услуги.
- Социальная гостиница: Учреждение социального обслуживания, предназначенное для временного проживания совершеннолетних граждан с оплатой предоставляемых социальных услуг.
- Центр дневного пребывания граждан пожилого возраста и инвалидов: Учреждение социального обслуживания, предназначенное для оказания в дневное время социальных услуг гражданам, сохранившим способность к самообслуживанию и активному передвижению.
- Центр временного проживания граждан пожилого возраста и инвалидов: Учреждение, предназначенное для предоставления гражданам пожилого возраста и инвалидам на срок до шести месяцев благоустроенного жилья и оказания необходимых социальных услуг.
- Центр социального обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов: Учреждение, предназначенное для временного или постоянного оказания гражданам, частично утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся в посторонней поддержке, необходимых им социальных услуг в надомных условиях.
- Специализированный центр социально-медицинского обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов: Учреждение, предназначенное для временного или постоянного социально-бытового обслуживания и оказания доврачебной медицинской помощи в надомных условиях нуждающимся в них гражданам.
- Центр срочного социального обслуживания: Учреждение социального обслуживания, предназначенное для оказания гражданам всех возрастов, остро нуждающимся в социальной поддержке, помощи разового характера.
- Консультативный центр: Учреждение социального обслуживания, предназначенное для защиты прав и интересов граждан, их адаптации в обществе путем содействия в решении социальных, психологических и юридических вопросов.
- Комплексный центр по оказанию помощи лицам без определенного места жительства и занятий: Учреждение социального обслуживания по оказанию содействия лицам без определенного места жительства и занятий в предоставлении им необходимых социальных услуг.

4 Порядок выполнения работы

- 4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.
- 4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Особенности деятельности стационарных социальных служб в доме-интернат для престарелых и инвалидов .
2. Особенности деятельности стационарных социальных служб в детском доме-интернат для умственно отсталых детей.

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварогъ - ИВФСПТ, 2017.
2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр
3. человеческих ценностей, 2018.

4. Гусейнов А.А., Иррлитц Г. Краткая история этики. М.,2017.
5. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профессиограмма социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.
6. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.:Академия, 2017.
7. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.
8. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.
9. Солоницына А.А.Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Организация социальной работы

Практическая работа №1

Тема: Технология и методика первичного приема в социальной работе

Время выполнения:

Цель: Изучить методики первичного приема в социальной работе.

Оборудование: Типовые технологические процессы;

учебная литература, учебная тетрадь , ручка, карандаш

Теоретические сведения

Технология первичного приема в социальной работе

Первичный прием – вид социального консультирования, в ходе которого специалист по социальной работе проводит сбор информации о факторах, приводящих к трудной жизненной ситуации обратившегося гражданина (категория клиента, возраст, данные о фактическом и реальном месте проживания, месте работы, наличие детей в возрасте до 18 лет), оказывает социально-консультативную помощь. На первичном приеме консультант осуществляет выбор методов для наиболее эффективного решения проблемы клиента.

Социально-консультативная помощь ориентирована на психологическую поддержку, активизацию усилий в решении собственных проблем и предполагает:

выявление лиц, нуждающихся в социально-консультативной помощи;

работу с семьями клиентов;

консультативную помощь в обучении, профессиональной ориентации и трудоустройстве клиентов;

обеспечение координации деятельности государственных учреждений и общественных объединений для решения проблем клиентов;

правовую помощь в пределах компетенции социальной службы;

иные меры по формированию здоровых взаимоотношений и созданию благоприятной социальной среды для клиентов.

Важно учитывать следующие условия эффективности проведения первичного приема:

Специалист по социальной работе проводит раннюю диагностику и дифференциальную диагностику трудной жизненной ситуации (преобладание объективных или субъективных факторов в возникновении проблемы клиента, которую он не может разрешить самостоятельно).

Специалист по социальной работе выявляет дополнительные факторы, составляющие трудную жизненную ситуацию на момент первичного посещения, что позволяет в процессе

оказания помощи ее дифференцировать. В ходе анализа информации, наличия соответствующих документов нередко устанавливается, что клиент и его семья пережили экстремальную ситуацию. В данном случае экстренно предоставляются социальные услуги в условиях данного отделения социальной службы, а также в зависимости от тяжести экстремальной ситуации специалист рекомендует полустационарное или стационарное социальное обслуживание для получения дополнительных социальных услуг.

Следует учитывать и психотерапевтический эффект демонстрации клиенту в понятной ему форме на первичном приеме положительных изменений в его трудной жизненной ситуации, тем более, если объективное заключение специалиста по социальной работе совпадает с субъективными ощущениями клиента.

Первичный прием как вид социального консультирования включает:

Подготовительный этап. Специалист по социальной работе готовит документы для проведения первичного приема: перечни предоставляемых социальных услуг для каждой категории клиентов, патронируемых данным отделением (отделом) социальной службы, проверяет наличие бланков заявлений о предоставлении социальных услуг, образцов заполнения данных документов. Консультант психологически настраивается на длительный и непрерывный коммуникативный процесс, с гражданами, пережившими трудную жизненную ситуацию.

Ознакомительный этап. Специалист по социальной работе устанавливает отношения сотрудничества и выявляет причины, побудившие клиента к обращению в социальную службу. Во время беседы с клиентом он получает объективную информацию о факторах трудной жизненной ситуации и уточняет основной из них, который незамедлительно разрешается. На этом этапе осуществляется документирование полученной информации в журнале первичного приема граждан, где отражаются сведения о принятых клиентах, причинах обращения, объемах и видах оказанных услуг.

Диагностический этап. Специалист по социальной работе осуществляет диагностику и проводит анализ проблемы.

Идентификационный этап. Специалист по социальной работе совместно с клиентом формулируют проблему и определяют цель проведения первичного приема. Первичный прием помогает специалисту по социальной работе восстановить картину развития трудной жизненной ситуации клиента и прогнозировать ее изменение на ближайшую перспективу, что существенно для выбора методики оказания помощи.

Этап планирования предполагает разработку плана действий по разрешению трудной жизненной ситуации.

Этап предоставления конкретной социальной услуги.

Завершающий этап. Специалист по социальной работе совместно с клиентом проводят оценку результатов первичного приема. Эффективность проведения первичного приема определяется с помощью метода совместного обсуждения, в ходе которого резюмируется перечень социальных услуг для данного конкретного человека и его семьи, выясняется, как изменилось эмоциональное состояние клиента, осознание причин его трудной жизненной ситуации в процессе проведения данной формы технологии социальной работы.

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Что в себя включает первичный прием?

2. Условия эффективности проведения первичного приема.

Рекомендуемая литература.

9. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварогъ - ИВФСПТ, 2017.
10. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр человеческих ценностей, 2018.
11. Гусейнов А.А., Иррлитц Г. Краткая история этики. М.,2017.
12. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профессиограмма социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.
13. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.:Академия, 2017.
14. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.
15. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.
16. Солоницына А.А.Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

Практическая работа №2

Тема: Социальная диагностика: цель, этапы, способы проведения

Время выполнения:

Цель: Изучить работу социальной диагностики.

Оборудование: Типовые технологические процессы;

учебная литература, учебная тетрадь , ручка, карандаш

Теоретические сведения

Социальная диагностика – интегративная технология, которая включает совокупность методов, приемов и предполагает способность специалиста по социальной работе распознавать личностные ресурсы клиентов, резервные возможности социального окружения, обеспечивающие самостоятельное достижение успехов в отношениях с людьми, самореализации в различных сферах ([профессиональном](#), [межличностном общении](#) и т.д.) как при благоприятных условиях, так и при возникновении сложных ситуаций.

Потенциал социального окружения клиента способствует формированию волевых качеств, активной жизненной позиции и обеспечивает социальное признание. Таким образом, социальная диагностика изучает деятельность и поведение клиента в повседневной жизни и выявляет изменения в ней во время оказания социальной помощи.

Цель социальной диагностики – выявить и обосновать особенности развития трудной жизненной ситуации клиента. Следовательно, предметом изучения социальной диагностикой являются особенности развития трудной жизненной ситуации.

Структура социальной диагностики включает в себя:

- поиск и выбор научных методов, обосновывающих правильность полученной информации;
- исследование трудной жизненной ситуации клиента;
- анализ результатов исследования и формулирование обоснованного заключения о предмете рассмотрения.

Особенностью социальной диагностики является исследование трудной жизненной ситуации клиента, которая всегда уникальна, неповторима, поэтому в практике чаще всего встречаются технологии эмпирического наблюдения, анализ единичных данных о клиенте и его семье.

Социальная диагностика проводится с помощью следующих этапов:

1. Ознакомительный этап. На первичном приеме специалист по социальной работе с помощью клиента выявляет субъективные и возможно объективные факторы его трудной жизненной ситуации.
2. Этап разработки критериев и показателей, содержанием которых является позитивная динамика разрешения проблемы клиента.
3. Этап подбора дополнительных методов социальной диагностики, способствующих исследованию восприятия социальной ситуации клиента ближайшим его окружением.
4. Этап анализа результатов социальной диагностики.
5. Этап постановки социального диагноза и определение социально-реабилитационного прогноза. Специалист по социальной работе делает заключение о причинах жизненного затруднения клиента, выделяет главную проблему, которая может быть разрешена незамедлительно, выявляет имеющиеся способности клиента, на основании их будут разрабатываться для него реабилитационные мероприятия.

К методам социальной диагностики можно отнести: наблюдение, анкетирование, интервьюирование, биографический метод, социометрию, мониторинг, методы тестирования. Степень развитости эмоциональных связей в семье и наличие социального признания могут быть исследованы с помощью ряда методик: методика PARI (создана американскими психологами Е. С. Шефер и Р. К. Белл; адаптирована Т. В. Нищерет), проективная методика Р. Жилия и др. Более обстоятельно с содержанием приведенных выше диагностических методов можно познакомиться в учебном пособии Практическая психодиагностика. Методика и тесты. – Самара, 1998. Информация о причинах возникновения трудной жизненной ситуации может быть получена, как отмечает А.А. Чернецкая с помощью историко-генетических и структурно-функциональных методов.

Историко-генетические методы – определяют время, истоки и причины зарождения проблемы клиента, возможность наследственной обусловленности патологии. Исследование специалист по социальной работе осуществляет на основании документов и фактических источников.

Структурно-функциональные методы – обеспечивают получение данных о текущем состоянии проблемы. С помощью данной группы методов происходит изучение социальной сети личности, окружения и функционирования личности в социальном окружении; исследование внутренней структуры самой личности, рассогласование или согласование социальных ролей.

4 Порядок выполнения работы

- 4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.
- 4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Социальная диагностика?
2. Этапы социальной диагностики.

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварог - ИВФСПТ, 2017.
2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр человеческих ценностей, 2018.
3. Гусейнов А.А., Иррлитц Г. Краткая история этики. М.,2017.
4. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профессиональная программа социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.

5. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.:Академия, 2017.
6. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.
7. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.
8. Солоницына А.А.Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

Практическая работа №3

Тема: Работа с ситуациями (диагностическая функция социального работника)

Время выполнения:

Цель: Изучить основные направления социальной диагностики.

Оборудование: Типовые технологические процессы;

учебная литература, учебная тетрадь , ручка, карандаш

Теоретические сведения

Среди общих требований, которым должны отвечать методы социальной диагностики, следует назвать валидность, надежность, однозначность и точность. Есть ряд и дополнительных, специальных требований, предъявляемых к выбору диагностических методов в социальной работе.

Во-первых, предпочтителен метод наиболее простой из всех возможных и наименее трудоемкий из тех, что позволяют получить требуемый результат. Простая опросная методика иногда может быть результативнее сложного теста.

Во-вторых, метод должен быть доступным не только для социального работника, но и для клиента при минимуме физических и психологических условий, необходимых для его проведения.

В-третьих, технология применения методов (инструкция) должна быть ясной и понятной. Она должна настраивать клиента на доверительное отношение к социальному работнику, на сотрудничество, исключаящее возникновение побочных мотивов, способных отрицательно повлиять на результаты.

В-четвертых, обстановка и условия проведения диагностики не должны отвлекать клиента от соучастия в диагностике.

Существует множество методов диагностики, которые применяются в таких науках, как социология, психология, педагогика, экономика и т.д., и имеют социальную направленность. Социальный работник всегда стоит перед выбором: какому методу отдать предпочтение в конкретной ситуации? Выбор зависит от многих обстоятельств и от того, какие цели и задачи преследуются, какой контингент является объектом диаг. Проблемы, которые необходимо решать социальному работнику во взаимодействии с клиентом или группой, бывают иногда тупиковыми; могут возникать неожиданные ситуации и обстоятельства, становящиеся преградой на пути достижения целей.

Если социальный работник хочет понять поступки клиента, он начинает с выявления причин соответствующих действий, т.е. мотивов поведения, в основе которых чаще всего лежат потребности.

Как известно, среди потребностей можно выделить:

— биологические потребности — физиологические (голод, жажда, сон), половые, или сексуальные, ориентировочные;

- материальные — одежда, жилище, питание и т.д.;
- социальные потребности — трудовые, познавательные, коммуникативные;
- духовные потребности — нравственные, эстетические, религиозные.

Неудовлетворенные потребности порождают социальные проблемы. Это может выражаться в дефиците материальных средств, в отсутствии знаний и опыта, в деформации личности или психических заболеваниях, расхождении между ожиданиями клиента и других людей, между личностными запросами и рамками социальной роли, в расхождении, обусловленных изменением образа жизни или противоречивостью статусных ролей.

Некоторые исследователи (К. Джерман, А. Гиттерман) выделяют условия и причины обострения взаимозависимости потребностей и проблем: 1) переломные моменты, обусловленные образом жизни, статусными ролями и кризисными событиями; 2) отсутствие обратной связи с социальным и ближайшим окружением; 3) трудности в общении с членами семьи и представителями первичных групп и др.

Социально-диагностическая технология не только выявляет реальные проблемы, но и выполняет прогностическую функцию.

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

Социальный диагноз может осуществляться:

- на уровне общества в целом, для выявления общих тенденций развития в области экономики, социальной политики, духовной жизни и т.д.;
- на уровне социальной группы или территориальной общности, например, развитие классов, народностей, территориальных групп, трудовых коллективов и др.;
- на личностном уровне, помогая персонифицировать, придать «адресность» при выявлении проблем жизнедеятельности.

В последнее время в социальную диагностику все чаще стали включать такие методы, как:

- зондажно-информационное обследование конкретного социума, сбор сведений о состоянии домовладения и инфраструктуры, численности, составе и динамике местного населения и т. д.;
- социально-исторические обследования, в том числе изучение истории заселения и освоения данной территории, процессов складывания и изменения состава местного населения и его занятий, религиозных и бытовых традиций местных жителей, причин смены населения и т.д.
- информативно-целевой анализ различных документов, статей из местной и центральной прессы, материалов электронных средств информации, писем и жалоб граждан в СМИ, органы власти и т. д.;
- социальное картографирование, т.е. показатели, характеризующие социально-пространственное распределение и динамику населения, зависимость качества жизни от

факторов, дифференцирующих состояние среды обитания, ее символическую и реальную ценность. Социальная карта является эффективным инструментом для выявления пространственной картины размещения участков, территорий, интенсивно посещаемых гражданами, загрязненных участков города, районов социальной напряженности и т.п.

Социально-экономическое развитие страны во многом определяет жизненный потенциал людей. Важнейшим критерием развития человека является индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП), включающий такие аспекты, как ожидаемая продолжительность жизни, уровень образования, реальный душевой валовой внутренний продукт. В совокупности эти показатели отражают три главных качества: здоровую жизнь, знания, достойный человек уровень жизни. Они же являются важнейшим диагностическим методом в понимании социальных процессов, в оценке социальной политики государственной власти[9].

Среди методов диагностирования личности следует выделить следующие.

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

Слово не единственный показатель, по которому можно оценить мысли и намерения, проблемы собеседника. Важно улавливать и мимику, жесты, позу, усиление голоса, выражение лица, глаз, улыбку. Подобные реакции обычно произвольны, и опытный человек может по ним судить о чувствах и даже мыслях и намерениях собеседника. Отсутствие реакции собеседника обычно говорит о том, что он или не понял или не согласен со сказанным. Пауза в речи может означать обдумывание ее продолжения, и в такой ситуации не следует тут же перебивать собеседника.

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

Пожалуй, основное требование, которому должен соответствовать социальный работник-диагност, — это умение располагать к себе людей, вызывать их доверие и добиваться искренности в ответах.

Ведение беседы требует определенных знаний и навыков. Причем, имеются в виду знания не только по обсуждаемой в ходе беседы проблематике. Ведущему беседы необходимы знания по общей и социальной психологии, логике, риторике, этике и т.д.

Основные технологические условия, обеспечивающие успех беседы:

— умение заинтересовать собеседника предлагаемой темой беседы;

— создание атмосферы взаимного уважения и доверия;

— искусное использование методов убеждения и внушения. *Анкетирование* — метод сбора статистического материала

путем формализованного опроса диагностируемых.

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

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

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

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

Методы тестирования. Особенно широко распространены. Их существует множество, и они разделяются на группы по ряду признаков: индивидуальные и групповые (коллективные), вербальные и невербальные; количественные и качественные, общие и специальные и др.

Тесты являются специализированными методами диагностического обследования, с помощью которых, можно получать количественную или качественную характеристику изучаемого явления. В отличие от других методов, они предполагают четкую процедуру сбора и обработки первичных данных, а также своеобразие их последующей интерпретации. Существуют варианты теста: тест-опросник и тест-задание.

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

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

Достоинство тестов состоит в том, что они могут применяться к категориям населения, различающимся по возрасту, культуре, профессии, жизненному опыту и т.д. Их недостатком является то, что испытуемый может сознательно влиять на результаты, зная механизм теста.

В этих случаях применяется *тест-проектирование*. Создается определенный тип проекции, согласно которому неосознаваемые собственные качества, особенно недостатки, человек склонен приписывать другим. Этот тест требует повышенного интеллектуального уровня как от испытуемого, так и высокого профессионализма со стороны самого диагноста.

Биографический метод — способ исследования, диагностики, коррекции и проектирования жизненного пути личности. Этот метод, основанный на изучении личности в контексте ее личной истории и перспектив развития ее индивидуального бытия и взаимоотношений с другими людьми, направлен на реконструкцию жизненных программ и сценариев развития личности, на переструктурирование пространственно-временной организации и деловой, семейной, духовной жизни в условиях конкретной природной и социальной среды.

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

Если в своей диагностике социальный работник обращается лишь к проявлениям индивидуально-психологических особенностей того или иного клиента и этим ограничивается, то полученный таким способом психологический «портрет» предстает в определенной степени искаженным, поскольку не учитывает внутреннее состояние личности, влияние социальной среды. К внутренним факторам диагностики относят здоровье, индивидуальные особенности, социальные аспекты; к внешним — диагностику социума,

семьи, производственного коллектива, внешкольных учреждений, средств массовой информации и др.

Социальная диагностика — это область социальных знаний, связанных с разработкой методологии и методики для точной оценки свойств, состояний или уровня социального развития, достигнутого индивидом или группой. В качестве объекта диагностической оценки может выступать практически все — начиная от ощущений отдельного человека, взаимодействия людей, групп в определенном социуме — до анализа социальных институтов, влияющих на развитие человека или человечества.

Реалистическая оценка и диагноз служат основой для принятия решений. Необходимо понимать природу социальных потребностей клиента, их причины, мотивацию и возможности подопечного. На основе правильно поставленного диагноза социальный работник выносит суждение о том, что следует изменить, поддержать или укрепить в отношениях между индивидом, группой и окружающей средой. Необходимо также выяснить причины возникновения ситуации, требующей вмешательства. Социальный работник должен сделать выводы из полученных результатов и соотнести их с предложениями об оказании возможной помощи.

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

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Что означает «диагностика» и в каких значениях данный термин используется в современной социальной работе?

2. Задачи и область применения социальной диагностики.

3. Требования, предъявляемые к современным методам социальной диагностики. Технология социодиагностики.

4. Назовите основные методы социальной диагностики и охарактеризуйте их..

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварог - ИВФСПТ, 2017.

2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр человеческих ценностей, 2018.

3. Гусейнов А.А., Ирритц Г. Краткая история этики. М.,2017.

4. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профессионаграмма социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.

5. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.:Академия, 2017.

6. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.

7. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.
8. Солоницына А.А. Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

Практическая работа №4

Тема: Технология и методика социальной адаптации клиента

Время выполнения:

Цель: Изучить методику работы социальной адаптации клиента.

Оборудование: Типовые технологические процессы;

учебная литература, учебная тетрадь , ручка, карандаш

Теоретические сведения

Социальная адаптация – процесс активного включения клиента в социальную среду. Человек, попавший в трудную жизненную ситуацию, находится в поиске социальной среды, которая благоприятна для его самореализации, раскрытия ресурсов. В учреждении социального обслуживания населения создают поддерживающую среду, обеспечивающую преодоление трудной жизненной ситуации следующие условия: 1) организация обучения социальным навыкам; 3) освоение социальных ролей в деятельности, организуемой специалистами; 2) формирование организационной культуры учреждения социального обслуживания населения, основанной на жизненных ценностях: проявление дружеской поддержки, уважения, ответственности, заинтересованности в каждом человеке; 3) образование общности клиентов, которая способна регулировать поведение и содействовать развитию самоконтроля у клиента, проявлению его индивидуальности; 4) обеспечение признания окружением клиента достигаемых им результатов и внешнее выражение данного признания.

Технология социальной адаптации это последовательность действий и способов взаимодействия специалиста по социальной работе и клиента, в конкретных формах организации социальной работы (индивидуальные беседы, коллективно-творческие дела, занятия по трудотерапии, социальные тренинги, игры и др.) обеспечивающая развитие умения объекта социальной работы преобразовывать или устранять проблемную ситуацию.

Последовательность реализации процесса социальной адаптации клиента определяется следующими этапами: подготовительного; включения в социальную группу; усвоения социально-полезных ролей; развития устойчивой социально-психологической адаптированности. Приведем их характеристику:

1. Подготовительный этап. Он протекает до момента включения клиента в социальную группу учреждения социального обслуживания населения и связан с определением правового статуса человека, попавшего в трудную жизненную ситуацию, проведением социальной диагностики, предполагающей ознакомление с его личностными особенностями. Здесь проводятся различные методики социальной диагностики: интервью, наблюдение, метод независимых характеристик, биографический метод и др.

2. Этап включения в социальную группу. Его содержание включает ознакомление с ценностями, традициями, социальными нормами, помогающими новому участнику адаптироваться к реальным условиям учреждения социального обслуживания населения. Обеспечивают социальную адаптацию клиента на данном этапе следующие приемы: техника «идущее вниз сравнение» основана на возможности человека вспомнить о своих успехах в других областях и ситуациях; техника «позитивного истолкования событий» предполагает поиск хороших моментов, связанных с пребыванием в учреждении социального обслуживания населения. На данном этапе возможно применение методик, обеспечивающих осознание собственных результатов и достижений.

3. Этап усвоения социально - полезных ролей. Он осуществляется через участие в социальной деятельности, приобретение нового социального опыта, знаний, умений и навыков. Одной из форм реализации данного этапа является игра «Выбор». (См. Гущина Т.Н. Игровые технологии по формированию социальных навыков у подростков: Практическое пособие. – М., 2007.)

4. Этап устойчивой социально-психологической адаптированности, характеризующийся способностью клиента разрешить любую проблемную ситуацию, возникающую в естественных условиях социальной среды, а также уметь самому предложить свою помощь нуждающемуся в ней человеку. Одной из игровых форм, способствующей социальной адаптации клиента на данном этапе, является игра: «Предложи помощь». Ведущий говорит о том, что человек достаточно часто встречается в своей жизни с проблемами и пытается их преодолевать, но не каждый умеет помочь разрешить другому проблемные ситуации. Специалист по социальной работе объясняет содержание игры: один из играющих сообщает о личной проблеме, стоящей перед ним, а другой предлагает ему свою помощь. Надо выбрать один из предложенных вариантов и обосновать свой выбор. Участники игры разбиваются на пары. Определяются роли «Предлагающего помощь» и «Субъекты проблемы» после проигрывания игровой ситуации участники меняются ролями. Специалист проводит наблюдение за играющими. Далее совместно все участники и ведущий подводят итоги занятия.

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Что в себя включает первичный прием?

2. Условия эффективности проведения первичного приема.

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварог - ИВФСПТ, 2017.
2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр человеческих ценностей, 2018.
3. Гусейнов А.А., Ирритц Г. Краткая история этики. М.,2017.
4. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профессионаграмма социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.
5. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.:Академия, 2017.
6. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.
7. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.
8. Солоницына А.А.Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.
9. Стандарты квалификации практической социальной работы. - Социальная защита, 2019, N 7.

Практическая работа №5

Тема: Разработка индивидуальной программы адаптации для клиента стационара (по ситуации)

Время выполнения:

Цель: Научиться подбирать индивидуальную программу для адаптации клиента стационара.

Оборудование: Типовые технологические процессы;

учебная литература, учебная тетрадь , ручка, карандаш

Теоретические сведения

Цели, задачи и функции, основные преимущества Центра

Основная цель деятельности центра является восстановление, адаптация к новым условиям и возвращение к здоровой, ответственной, социально-полноценной и успешной жизни резидентов, путем оказания современных психолого-социальных реабилитационных приемов.

Задачи:

- Регуляция основного синдрома заболевания – патологического влечения к психоактивным веществам;
- Восстановление коммуникативных навыков;
- Обучение резидентов навыкам противостояния стрессовым ситуациям и умению сказать наркотикам «нет»;
- Обучение умению определять предвестники обострения влечения к психоактивным веществам и преодолевать рецидивы заболевания;
- Обучение анализу и оценке саморазрушающего и конструктивного поведения;
- Формирование ответственности за свое поведение и здоровый образ жизни;
- Формирование (или восстановление) навыков систематического труда и учебы;
- Стабилизации профессиональных отношений, возобновление положительных социальных контактов;
- Нейтрализация наркотической субличности и ее влияния на личность в целом, осознание и развитие здоровых конструктивных частей личности;
- Формирование и закрепление нормативной ценностной ориентации и позитивных морально-этических установок;
- Формирование реальной жизненной перспективы;
- Восстановление семейных отношений;
- Формирование мотивации на участие в реабилитационных программах и стремления к жизни без психоактивных веществ;
- Формирование целенаправленной деятельности и повышения нормативных уровней притязаний и социальных интересов;
- Восстановление эмоциональной адекватности, умения дифференцировать положительные и отрицательные эмоции с акцентом на приоритет положительных эмоций при решении личных и социальных задач;
- Повышение качества жизни зависимых, стремящихся пройти программу реабилитации и избежать рецидивов заболевания.

Основные функции центра:

- Длительная и комплексная работа с измененной зависимостью личности;
- Создание условий для формирования у резидентов социально – безопасного поведения;
- Проведение медикаментозного, психологического и социального обследования;
- Реализация индивидуально и групповых программ реабилитации и социально психологической адаптации химически зависимых лиц;
- Обеспечение резидентов комплексом реабилитационных, правовых юридических услуг;
- Создание безопасной, свободной от наркотиков терапевтической реабилитационной среды;
- Обеспечение безопасного пребывания резидентов в период нахождения в центре;
- Проведение мероприятий по социальной адаптации;
- Организация общественно полезной деятельности резидентов;

- Проведение консультирования, семинаров с созависимыми лицами и лицами ближайшего окружения резидента;
- Информирование населения о работе центра, его программах, задачах деятельности.

Основные преимущества Центра

1. Комплексность.

Комплексный подход реабилитации включает в себя:

- Детоксикацию: медикаментозное очищение организма от алкоголя, наркотических и других токсических веществ, прием лекарственных препаратов для поддержания гомеостаза (витамины, электролиты и т.п.).
- Восстановление: проведение лабораторных исследований и купирование последствий алкоголизма/наркомании.
- Психокоррекцию: сеансы групповой и индивидуальной психотерапии, регуляцию влечения к предмету зависимости, улучшение психоэмоционального состояния.
- Реабилитацию: самый длительный этап, который включает в себя продолжение непрерывной психокоррекции.

Именно такой комплексный подход способствует освобождению, как от химической, так и от психической зависимости человека.

2. Индивидуальный подход.

Индивидуальная программа реабилитации составляется психологом и/или консультантом на основании психо-социальной истории. Корректируется по мере прохождения курса реабилитации, выявления новой значимой информации о резиденте, продвижения в реабилитационной программе. Включает в себя индивидуальные встречи с психологом и консультантом, получение и выполнение индивидуальных заданий, чтение специальной литературы и т.п. При показаниях включает в себя наблюдение лечащего врача.

3. Применение интегративной модели реабилитации.

Основная цель, которой является не достижение длительной ремиссии, а трансформация человека и интеграция его нового опыта в жизнь.

4. Программа реабилитации осуществляется с участием, как высококвалифицированных специалистов, так и равных консультантов успешно прошедших реабилитацию.

В программе участвуют: медицинские психологи, врачи, психиатры – наркологи, консультанты по вопросам химической зависимости, которые имеют личный опыт выздоровления. При необходимости привлекаются и другие специалисты, разделяющие основные принципы Центра и готовые делиться своим опытом, знаниями и поддержкой.

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Подобрать индивидуальную программу для адаптации клиента.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Основные преимущества центра реабилитации.

2. Функции центра реабилитации.

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварогъ - ИВФСПТ, 2017.
2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр человеческих ценностей, 2018.
3. Гусейнов А.А., Иррлитц Г. Краткая история этики. М.,2017.
4. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профессиограмма социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.
5. Нестерова Г.Ф., Астёр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.:Академия, 2017.
6. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.
7. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.
8. Солоницына А.А.Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

Практическая работа №6

Тема: Технология и методика социальной реабилитации в социальной работе

Время выполнения:

Цель: Разработать методику социальной реабилитации в социальной работе.

Оборудование: Типовые технологические процессы;

учебная литература, учебная тетрадь , ручка, карандаш

Теоретические сведения

Технологии социальной реабилитации выступают частным вариантом технологий социальной работы. Они определяются специалистами как система оптимальных способов преобразования, регулирования социальных отношений и процессов в жизнедеятельности людей, ориентированных на социальное обслуживание, помощь и поддержку граждан, находящихся в сложной жизненной ситуации».

Разработка технологий социальной реабилитации начинается с этапа социальной диагностики, в ходе которой определяются проблемы клиентов.

Социальная диагностика - это выявление, обозначение и изучение причинно-следственных связей и взаимоотношений, порождающих комплекс социальных проблем различного уровня организации. Успех деятельности социального работника во многом зависит от того, насколько точно и своевременно будут вскрыты им социальные проблемы клиента.

Для успешного осуществления работы по социальной диагностике какой-либо проблемы или группы проблем необходимо исходить из того, что процесс социальной диагностики имеет собственную внутреннюю структуру и включает в себя следующие стадии или этапы:

- стадия осмысления, т.е. анализ сложившейся ситуации, её причин и характерных особенностей;
- - стадия разработки альтернативных целей, приемлемых для конкретного субъекта;
- - стадия поиска способов и средств перевода субъекта в новое личностное или социальное состояние

Последовательная реализация основных стадий социальной диагностики основывается на строго определённых принципах, соблюдение которых гарантирует получение достоверных результатов и формирование реалистичной программы дальнейшей деятельности, как клиента, так и социального работника

1. Принцип объективности, предусматривающий непредвзятое рассмотрение социальных явлений и процессов и исключение максимально возможного числа искажений действительности в чьих-то субъективных интересах. Реализация данного принципа в практике социальной диагностики позволяет установить социальный диагноз с высокой степенью достоверности.
2. Принцип комплексного подхода, предполагающий исследование всего множества проблем, стоящих перед клиентом. Последовательное соблюдение этого принципа в практике социальной диагностики позволяет не допускать искусственного сужения сферы социального диагноза.
3. Принцип причинной обусловленности, направленный на анализ различных социальных или личностных проблем субъекта в их взаимосвязи и взаимозависимости, отказ от попыток рассматривать какую-либо проблему как нечто противоестественное для общества и «чуждое его природе». Иначе говоря, реализация этого принципа заставляет субъектов социальной диагностики не только выявить максимально возможное число проблем стоящих перед клиентом, но и установить их своеобразную иерархию.
4. Принцип позиционности, заключающийся в анализе конкретной социальной проблемы или комплекса проблем с позиций различных субъектов, имеющих к ней отношение. В результате появляется возможность определить такие важные для постановки достоверного социального диагноза обстоятельства как носители конкретной социальной проблемы, восприятие последней другими субъектами и распределение групповых или субъективных интересов, а так же степень готовности субъекта действовать для решения данной проблемы.

Последовательная реализация перечисленных принципов позволяет организовать деятельность по постановке социального диагноза как единую, целостную систему и избежать субъективных отклонений и искажений действительности.

Специалисты выделяют следующие методы, используемые в социальной диагностике:

1. Общенаучные, представляющие собой процедуры исследования любой проблемы, в том числе, и социальной. К их числу относятся метод анализа и синтеза, метод наблюдения и т.п.
2. Социологические, направленные на изучение именно социальных проблем с учётом их специфики и своеобразия. Это, прежде всего, конкретные социологические исследования, социально-статистические методы, социальный эксперимент и т.п.
3. Психологические, позволяющие исследовать проблемы, лежащие в «поле» межличностных, внутригрупповых и тому подобных отношений.
4. Социальные, направленные непосредственно на выработку конкретного социального диагноза. Содержание этой группы методов социальной диагностики определяется характером и содержанием проблемы или комплекса проблем, являющихся объектом социально-диагностической деятельности.

Задачи:

4 Порядок выполнения работы

- 4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.
- 4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Методы, используемые в социальной диагностике.
2. Трудовая терапия и ее методы.

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварогъ - ИВФСПТ, 2017.
2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр человеческих ценностей, 2018.
3. Гусейнов А.А., Иррлитц Г. Краткая история этики. М.,2017.
4. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профессиограмма социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.
5. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.:Академия, 2017.
6. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.
7. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.
8. Солоницына А.А.Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

Практическая работа №7

Тема: Принципы реализации социальной политики

Время выполнения:

Цель: Изучить принципы реализации социальной политики.

Оборудование: Типовые технологические процессы; учебная литература, учебная тетрадь , ручка, карандаш

Теоретические сведения

Признавая, что социальная политика является важнейшей составляющей частью деятельности общества и государства, необходимо проанализировать, какие принципы большинство современных государств закладывает в основу своей деятельности или в основу своих политических деклараций. Эти принципы выражают характер требований государства и общества к содержанию, формам и методам разработки и реализации социальной политики.

Центральным является принцип социальной справедливости. Социальная справедливость - общепризнанная ценность современного демократического общественного сознания, закрепленная в основополагающих документах мирового сообщества. Однако провозглашение и признание принципа социальной справедливости еще не дает представлений о том, что входит в это понятие.

Аристотель впервые проанализировал представляющееся неустранимым противоречие между двумя типами социальной справедливости: справедливость с точки зрения одинаковых возможностей, предоставляемых личности независимо от ее индивидуальных и социальных различий, и справедливость как результат воздаяния за личный труд, за успех. Эти два варианта были названы уравнительным и распределительным типом социальной справедливости.

Уравнительный тип предоставляет людям одинаковые возможности, что оправдано в ситуации социального старта, в том случае, когда несостоятельность одних индивидов по сравнению с другими является объективной. Однако единообразное удовлетворение основных потребностей личности снижает мотивацию к деятельности, творчеству, успеху.

Распределительная справедливость воздает индивидам за успех, стимулируя их к еще большему приложению усилий. Но она ставит в ущемленное положение тех, кто не способен по каким-либо причинам к усиленной деятельности. Кроме того, наличие социально неблагополучных индивидов и слоев вызывает моральный дискомфорт у представителей благополучных групп населения, что является источником социальной напряженности.

В современных условиях принцип справедливости должен воплощать в себе оба рассмотренных варианта. Стремление к признанию государства социальным означает признание равенства социальных прав всех его граждан. Государство должно гарантировать всем гражданам обеспечение некоего социального минимума, который выражается в минимальной оплате труда, минимальной (в том числе социальной) пенсии, адресной социальной помощи тем, чей душевой доход ниже прожиточного минимума. В то же время активные, предприимчивые, социально сильные индивиды должны иметь возможность получить социально одобряемыми способами (в пределах законодательного поля) большой объем благ и услуг за свой труд.

С принципом социальной справедливости неразрывно связан принцип индивидуальной социальной ответственности. Он требует от индивида, семьи, малой группы приложения максимальных усилий для самопомощи и самообеспечения. Вся вертикаль власти: муниципальное самоуправление, регион или государство - должны лишь восполнять индивидам и семьям те виды или объемы помощи, которые они не могут обеспечить самостоятельно, помогать в решении тех проблем, которые выходят за рамки компетенции индивида или семьи, либо вмешиваться в чрезвычайных ситуациях.

В российском обществе, как нам представляется, социальная ответственность индивидуума пока не получила распространения. Традиция всесторонней опеки государства привела к тому, что значительная часть граждан не задумывается о собственном вкладе в разрешение трудных жизненных ситуаций даже в тех случаях, когда они могут самостоятельно разрешить свои проблемы или уменьшить их напряженность. Конечно, есть значительное число индивидов, которые не способны к индивидуальной социальной ответственности из-за своих физических, психических или интеллектуальных, а также возрастных или иных особенностей. Поэтому в любом обозримом будущем социальная помощь не будет сведена только к самопомощи. Государство сможет снять с себя обязанность поддержки лишь ряда своих граждан. Даже при максимальном развитии технологий самообеспечения, самопомощи, взаимопомощи всегда останутся индивиды и семьи, которые не смогут выжить без регулярной адресной социальной поддержки государства. Должна проводиться широкая организационная и воспитательная работа с целью сформировать в психологии людей устойчивую направленность на индивидуальную социальную ответственность и создать юридические, экономические, организационные условия для ее реализации.

В качестве следующего руководящего принципа социальной политики следует назвать социальную солидарность. Она заключается в том, что современное общество призвано встречать социальные затруднения как единая система, внутри которой происходит перераспределение социальной состоятельности от более защищенных к менее защищенным. В первую очередь, этот механизм заключается в перераспределении денежных средств через систему налогов и пособий. Здесь особое значение приобретает совершенствование налогового законодательства, с целью предотвращения практики утаивания доходов. Одновременно процесс справедливого перераспределения денежных средств можно рассматривать через призму перераспределения социальных ресурсов: доступа к социальным коммуникациям, культуре, здоровью, образованию. Если каждый индивид будет пользоваться только теми социальными ресурсами, к которым он имеет доступ в силу своей физической или интеллектуальной полноценности, состояния здоровья, благоприятного социального положения, необременительной иждивенческой нагрузки, то это может означать, что значительная часть населения ограничивается в социальных правах. Здесь не просто задеваются демократические установки современного общественного сознания, но и возникает угроза социальной безопасности. Равный и справедливый доступ к социальным благам является наиболее действенной профилактикой социальной нестабильности и криминальной активности. Поэтому, не имея возможности ликвидировать бедность, социальное государство перераспределяет материальные средства в пользу бедных.

Следующим принципом социальной политики является принцип социального партнерства.

Социальное партнерство является важным структурным элементом современного общества и государства, который активно проявляет себя в эффективно функционирующей экономике. В нестабильном российском социуме внедрение начал, предусмотренных этим принципом, способно смягчить социальную напряженность, сбалансировать противоречивые интересы различных социальных структур и государства, обеспечить поддержание социального развития.

Статья 23 Трудового кодекса РФ впервые в законодательной практике дает определение понятия «социальное партнерство» как системы взаимоотношений между работниками (представителями работников), работодателями (представителями работодателей), органами государственной власти, органами местного самоуправления, направленной на обеспечение согласования интересов работников и работодателей по вопросам регулирования трудовых отношений и иных, непосредственно связанных с ними отношений.

Принцип социальной компенсации призван обеспечить правовую и социальную защищенность граждан, необходимую для восполнения материальных ограничений, обусловленных их социальным статусом. Он предполагает создание доступной для любой категории граждан сферы жизнедеятельности, предоставление определенных льгот и соответствующего социального обслуживания.

Принцип социальных гарантий предусматривает предоставление гражданам гарантированного государством минимума социальных услуг по обучению, воспитанию, духовному и физическому развитию, профессиональной подготовке и рациональному трудоустройству. Объем, виды и качество этих социальных услуг должны обеспечить необходимое развитие личности и ее подготовку к самостоятельной жизни.

Среди других важных принципов социальной политики следует выделить принцип субсидиарности (поддержки), который предусматривает оказание предпочтения общественным инициативам, по сравнению с соответствующей деятельностью государственных органов и учреждений при финансировании мероприятий в области социальной политики. Этот принцип предполагает законодательное регулирование взаимодействия государственных и негосударственных структур в социальной сфере и поддержку последних. Реализация принципа субсидиарности позволяет не только более эффективно использовать существующие материальные ресурсы, но и более гибко реагировать на вновь возникающие социальные запросы и привлекать к решению социальных проблем граждан. Кроме того, представляется важным перечислить целый ряд более частных принципов социальной политики:

- * сбалансированность целей и возможностей реализации задач социальной политики (как по времени, так и по необходимости ресурсам);
- * открытость (свободное выражение позиции всех групп и слоев общества по вопросам социальной политики, наличие «обратной связи» органов власти с гражданами);
- * демократические принципы выработки и реализации задач социальной политики (открытое обсуждение проектов крупных социально-политических программ и решений, всесторонний учет общественного мнения по основным вопросам социальных преобразований);
- * действенный контроль общества по вопросам реализации задач социальной политики.

Содержание социальной политики, цели и задачи раскрываются в системе ее функций - относительно самостоятельных, но тесно связанных видов политической деятельности. Важнейшими из них являются:

- * выражение, защита, согласование интересов социальных групп и слоев общества, отдельных его членов;

- * оптимальное разрешение общественных противоречий в социальной сфере, осуществление диалога между гражданами и государством;
- * интеграция различных слоев населения, гармонизация их интересов, поддержание целостной общественной системы, стабильности и порядка;
- * прогностическая;
- * социальная защита населения;
- * управление социальными процессами.

С помощью данных функций обеспечивается решение главной задачи социальной политики современного государства - гармонизация общественных отношений и управление социальным развитием общества.

Задачи:

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Задачи социальной политики.

2. Принципы социальной политики.

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварогъ - ИВФСПТ, 2017.
2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр человеческих ценностей, 2018.
3. Гусейнов А.А., Ирритц Г. Краткая история этики. М.,2017.
4. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профессиограмма социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.
5. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.:Академия, 2017.
6. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.
7. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.
8. Солоницына А.А.Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

Практическая работа №8

Тема: Механизмы реализации социальной политики

Время выполнения:

Цель: Изучить механизмы реализации социальной политики.

Оборудование: Типовые технологические процессы;

учебная литература, учебная тетрадь , ручка, карандаш

Теоретические сведения

Необходимо акцентировать внимание на том, что в содержательном, деятельностном аспекте каждый этап механизма реализации должен отражать высокий уровень динамизма социальных отношений. Они в обязательном порядке отражают потребности людей, а также уровень и содержание их социальных интересов, которые поддерживаются и реализуются в рамках государственной социальной политики. Специфика реализации социальной политики В России социальная политика реализуется сразу в нескольких, особо значимых сферах жизнедеятельности. Сюда входит система здравоохранения, образовательная сфера, профессиональная подготовка и переподготовка кадров, служба занятости населения и иные сферы. Замечание 2 Социальные услуги могут финансироваться несколькими путями: как из фондов государственного бюджета, так и за счет внебюджетных фондов, которые создаются

за счет налоговых поступлений или взносов фирм и корпораций, а также отдельных граждан. Наряду с государственными учреждениями, социальные услуги также предоставляются и частными предприятиями. Причем, они могут предоставляться и на платной основе, и на бесплатной, за счет финансирования части расходов со стороны государства. Необходимо учитывать, что оба эти направления – автономны, но при этом должны организовывать сотрудничество друг с другом, поскольку только в таком тандеме открывается больше возможностей для реализации социальной политики государства. Социальная политика базируется на нескольких принципах, которые нацелены на обеспечение ресурсного потенциала для того, чтобы проводить всестороннюю социальную политику. Таким образом, осуществляется социальная политика и пополняется ресурсный потенциал двумя основными путями: во-первых, обеспечиваются благоприятные и эффективные условия для развития общественного производства благ и услуг. Это производство создает ресурсный потенциал, которые в дальнейшем становится основой осуществляемой социальной политики. Во-вторых, проводится комплекс мер по развитию самого человека. Так, возрастает уровень его образования, повышается квалификация, создаются условия для здорового образа жизни и всестороннего развития личности. Таким образом, социальная политика любого современного государства (и Российская Федерация не исключение) состоит из множества социальных направлений. Это и политика доходов населения, и социальная политика в сфере трудоустройства и обучения персонала, здравоохранения и образования. Социальная политика реализуется в отношении категорий граждан, которые находятся в зоне риска. Это инвалиды и пенсионеры, малообеспеченные семьи, дети-сироты, безработные, лица, которые страдают от сложных заболеваний. Социальная политика действительно играет значимую роль, поскольку от ее успешной реализации напрямую зависит экономическое и социальное положение всего общества. Необходимо выводить свое государство на качественно новый уровень, на международную арену, и успехи в социальной сфере демонстрируют благополучие граждан, которые проживают в конкретном государстве. Разнообразие механизмов реализации социальной политики связано с тем, что она сама реализуется в различных сферах человеческой жизни. За основу берутся перспективы развития страны, но в каждой сфере используются свои методы и формы реализации, которые невозможно стандартизировать. К тому же, ответственность за реализацию социальной политики полностью возложена на государственные органы власти и социальные институты, которые отражают интересы и потребности населения.

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Направления социальной политики.

2. Разнообразие механизмов социальной политики.

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварог - ИВФСПТ, 2017.
2. Барнс Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр человеческих ценностей, 2018.
3. Гусейнов А.А., Ирритц Г. Краткая история этики. М., 2017.
4. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профессиональная программа социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.
5. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.: Академия, 2017.
6. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.
7. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.

8. Солоницына А.А.Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

Практическая работа №9

Тема: Федеральное законодательно-правовые акты, региональное законодательство в социальной работе

Время выполнения:

Цель: Изучить законодательно-правовые акты.

Оборудование: Типовые технологические процессы; учебная литература, учебная тетрадь , ручка, карандаш

Теоретические сведения

Вопросы правового обеспечения социальной работы и современной системы социального обслуживания в России очень актуальны.

В статье 7 Конституции РФ говорится: «В Российской Федерации охраняются труд и здоровье людей, устанавливается территориальный минимальный размер оплаты труда, обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых граждан, развивается система социальных служб, устанавливаются государственные пенсии, пособия и иные гарантии социальной защиты" /1/.

Этот перечень социальных гарантий является “открытым”, то есть может быть дополнен и расширен законом.

Федеральный закон от 10 декабря 1995 года "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации" содержит ряд принципиальных положений, раскрывающих понятие "социальные службы".

В Законе сформулированы понятия "социальные услуги", "клиент социальной службы", "трудная жизненная ситуация". В нем определены системы социальных служб: государственная, муниципальная, деятельность предприятий и учреждений иных форм собственности и граждан, занимающихся предпринимательской деятельностью по социальному обслуживанию населения.

31 декабря 2007 г. Президент Российской Федерации подписал Федеральный закон №199-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий». Изменения и дополнения внесены в 33 федеральных закона, затрагивающих деятельность субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления /10/.

Пункт 1 статьи 4 Федерального закона от 31 декабря 2007 г. №199-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» дает органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочия по установлению региональных стандартов медицинской помощи на уровне не ниже стандартов медицинской помощи, установленных федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения. Вместе с тем данные стандарты будут распространяться и на услуги, предоставляемые муниципальными учреждениями в области первичной медико-санитарной помощи. Это правильное, по сути, решение, на наш взгляд, не доработано в части его финансового обеспечения, так как в подобной редакции оно вступает в противоречие с пунктом 3 статьи 18 Федерального закона от 6 октября 2003 №131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», который гласит, что федеральные законы, законы субъектов Российской Федерации не могут содержать положений, определяющих объем расходов за счет местных бюджетов . На наш взгляд, в условиях разграничения полномочий при установлении

региональных стандартов медицинской помощи должны быть предусмотрены механизмы их финансового обеспечения на муниципальном уровне, в том числе за счет средств субъекта Российской Федерации.

Статья 31 Федерального закона от 31 декабря 2007 г. №199-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» вносит изменения в статью 154 Федерального закона от 2 августа 1995 года №122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» и уточняет порядок разграничения имущества между органами исполнительной власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления, а также устанавливает порядок разграничения имущества между типами муниципальных образований – муниципальными районами, городскими округами и поселениями. Однако, несмотря на определенный прогресс в установлении процедур разграничения имущества, достигнутый в новой редакции статьи 154 Федерального закона от 2 августа 1995 года №122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» /4/, она, на наш взгляд, все же не решает концептуальной проблемы разграничения имущества между органами государственной власти и органами местного самоуправления, оставляя право принятия окончательного решения за федеральными органами государственной власти или органами государственной власти субъектов Российской Федерации как по порядку передачи имущества из государственной в муниципальную собственность, так и наоборот. В условиях обновления законодательства о разграничении полномочий между федеральными органами государственной власти, органами власти субъектов Федерации и органами местного самоуправления закономерно встает вопрос о функционировании системы социальной защиты. С принятием в 1993 году новой Конституции установилась модель государственного устройства, сформированная на принципах не только децентрализации управления, но и децентрализации власти, то есть разграничение полномочий (прав и ответственности) разных уровней власти. Однако, пока она не получила широкого практического применения, в частности, это касается социальной сферы. Пока процесс децентрализации, прежде всего, коснулся практической реализации программ, и в гораздо меньшей степени он затронул систему их разработки и финансирования.

Огромный объем законодательной базы, с большим количеством непродуманных, несогласованных, противоречивых нормативно-правовых актов просто объективно не может дать хороший результат. В связи с этим, считаем правильным решение Правительства создать Социальный Кодекс РФ.

В первую очередь необходимо разработать единую интерпретацию основных понятий, например, таких, как «социальная политика», «социальная помощь», «социальная защита», «социальная выплата», «льгота», «социально уязвимая категория» и т.п. Сегодня это дискуссионный вопрос даже среди специалистов-ученых. Положительно, что в Минтруде собираются писать Социальный кодекс, используя структуру Европейской социальной хартии

В 1997 году вышли "Сборник нормативных актов по вопросам социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов в нестационарных условиях" и "Правовое обеспечение организации и функционирования системы социального обслуживания семьи и детей". В них содержатся документы, имеющие отношение к сфере социального обслуживания населения и отражающие три уровня правовой системы: международный, федеральный и уровень субъектов Российской Федерации.

1 группа – "Всеобщая декларация прав человека", "Конвенция о правах ребенка", "Всемирная декларация об обеспечении выживания и защиты детей" и др.

2 группа – Конституция РФ, Гражданский и Семейный кодексы, федеральные законы "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации" (15.02.95), "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" (17.05.95) и др.

3 группа – нормативно-правовые акты, которые разработаны и приняты в субъектах Российской Федерации.

На данный период времени можно говорить о двух уровнях правового обеспечения социального обслуживания почти во всех субъектах Российской Федерации. Но не везде сформировалось достаточное правовое поле и "правовая технология", т.е. определена сфера действия права в области социального обслуживания применительно к конкретной социально-экономической обстановке и произведен отбор правовых структур и средств, способствующих рациональному и устойчивому развитию сети учреждений социального обслуживания.

К сожалению, наличие нормативной базы еще не обеспечивает эффективности социального обслуживания. Практически еще не утверждены и не разработаны государственные стандарты социального обслуживания населения, хотя такие попытки и предпринимались.

Анализ содержания федеральных законов и подзаконных актов, принятых в 1995-1996 г.г. показывает, что в современной России происходит поэтапное становление правовой нормативной базы социального обслуживания населения, широкое внедрение различных видов социальной работы.

Этот процесс связан с принятием системы юридических норм, определяющих организационное строение территориальных социальных служб, порядок финансирования системы управления социальным обслуживанием, виды и формы социальных услуг, а также регламентация, основывающаяся на совокупности ведомственных нормативных актов, давших жизнь отдельным учреждениям социального обслуживания семьи, женщин и детей и она обусловлена системой нормативных актов, регламентирующих деятельность отдельных специалистов по социальной работе, права и обязанности работников социальных служб. Все эти компоненты выполняют свои специфические функции и поэтому относительно самостоятельны.

Итак, социальные службы осуществляют бесплатное и платное социальное обслуживание, основание для которых перечислены в ст. 16 Федерального закона "Об основах социального обслуживания населения".

В ст. 39 Конституции РФ говорится: "Каждому гарантируется социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных случаях установленных законом".

Сущность права на социальное обеспечение заключается в том, что государство гарантирует предоставление достаточных средств для жизни гражданам, лишенным (полностью или частично) способности или возможности трудиться и получать доходы от труда, а также помощь семье в связи с рождением и воспитанием детей.

Практически оно закрепляет право граждан на социальную защиту от всех известных в мировой практике видов социального риска, т.е. риска утраты, неполучение заработка или его недостаточности по объективным причинам.

Вообще Конституция ориентирует законодательство и социальную практику на всемерное развитие негосударственных форм социального обеспечения.

Поощрение развития негосударственных форм социального обеспечения не означает ограничение сферы действия или снижение качества государственной системы социального обеспечения. Именно она составляет основу материального благополучия и определяет общий

социально-экономический статус миллионов пожилых и нетрудоспособных граждан. Необходимость ее развития predetermined статьей 7 Конституции, в соответствии, с которой целью деятельности государства является создание условий для достойной жизни и свободного развития человека. Средством достижения этой цели в отношении лиц, по уважительным причинам не участвующих в активной экономической жизни, является совершенствование государственного социального страхования и обеспечения. Что касается негосударственных форм обеспечения, то они в связи с достаточно узкой сферой действия и невысокими размерами выплат и в перспективе будут играть дополнительную, вспомогательную роль в формировании уровня и качества жизни пенсионеров, складывающихся на основе обеспечения по каналам государственной системы.

Пути достижения нового качества социальной работы и системы социального обслуживания в целом предполагают полную и всеобъемлющую реализацию принятых федеральных законов и подзаконных актов, касающихся улучшения социального обслуживания и социального обеспечения различных категорий населения, создание надежного правового механизма их реализации.

Таким образом, для работников социальных служб и отдельных специалистов по социальной работе постепенно создается правовое поле, которое позволяет успешно выполнять свои обязанности в целях достижения главных задач по социальной поддержке различных категорий населения (клиентов), попавших в трудную жизненную ситуацию.

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Основные статьи федерального закона в социальной работе.

2. Уровни и группы правовой системы.

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварогъ - ИВФСПТ, 2017.
2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр человеческих ценностей, 2018.
3. Гусейнов А.А., Ирритц Г. Краткая история этики. М.,2017.
4. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профессиограмма социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.
5. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.:Академия, 2017.
6. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.
7. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.
8. Солоницына А.А.Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

Практическая работа №10

Тема: Кодекс этики социального работника

Время выполнения:

Цель: Изучить кодекс этики социального работника.

Оборудование: Типовые технологические процессы; учебная литература, учебная тетрадь , ручка, карандаш

Теоретические сведения

Настоящий «Кодекс этики социального работника» разработан на основе рекомендаций Международной Федерации социальных работников и членом Международной Федерации социальных работников – общероссийской общественной организацией «Союз социальных педагогов и социальных работников». Кодекс представляет собой документ, в котором излагаются основные, базовые принципы и ценности социальной работы, связанные с реализацией специалистами социальной сферы своих профессиональных обязанностей.

Главная цель «Кодекса этики социального работника» - определить и обозначить этические принципы и нравственные (моральные) позиции человека (клиента), специалиста (социального работника) и общества (различных институтов социума) в процессе их взаимодействия при удовлетворении социальных потребностей клиента.

Введение

1.1. В задачи Кодекса входит характеристика основных этических норм и правил, которыми руководствуются социальные работники в своей практической деятельности. Этот документ является манифестом, провозглашающим ценности и принципы, способствующие повышению и поддержанию высокого стандарта профессиональной деятельности каждого социального работника ЦСОН ЯМР.

1.2. Кодекс содержит директивы для работников социальной сферы. Кодекс может быть использован и другими людьми для определения стандартов профессионализма, ожидаемого от специалистов социальной сферы и студентов социальных вузов. Поэтому работодатели могут включать данный кодекс в текст контрактов по найму, заключаемых с социальными работниками.

1.3. Положения Кодекса ориентирует социальных работников ЦСОН ЯМР строить практическую деятельность вокруг интересов клиента, вовлекая его на равноправной основе на всех стадиях в процесс оказания ему социальных услуг.

1.4. Кодекс требует от социальных работников ЦСОН ЯМР исполнять свои обязанности профессионально, руководствуясь этическими и моральными принципами.

1.5. Кодекс не предоставляет права никому подвергать дискриминации человека в каких бы то ни было целях.

1.6. Согласие с Кодексом этики и его профессиональное и личностное принятие являются своеобразным допуском к профессии социального работника.

Определение социальной работы

Социальная работа – это совокупность видов деятельности (профессиональной и непрофессиональной, служебной и добровольной) по удовлетворению социальных потребностей человека. Тот, кто в любом случае обращается за помощью к социальному работнику, или кому такая помощь предлагается, определяется как клиент (посетитель, заказчик) социальной работы. Клиент может представлять собой индивидуума, семью, какую – либо группу или сообщество.

Ценности социальной работы

3.1. Человеческое достоинство и толерантность

Социальный работник ЦСОН ЯМР признает ценность каждого человека и его право на реализацию своих способностей, на достойные условия жизни и благосостояние, на свободный выбор жизненной позиции с условием, чтобы права одного человека не препятствовали реализации интересов и прав других людей.

Социальные работники ЦСОН ЯМР:

- а) уважают основные права человека;
- б) демонстрируют уважение и доброжелательное отношение ко всем людям и уважают убеждения своих клиентов, их ценности, культуру, цели, нужды, предпочтения, взаимоотношения и связи с другими людьми;
- в) защищают и поддерживают их достоинство, учитывают индивидуальность, интересы и социальные потребности своих клиентов на основе построения толерантных отношений с ними;
- г) способствуют достижению личного благосостояния и самостоятельности клиентов, формируют и поддерживают в них уважительное отношение к правам и свободам других людей;
- д) уважают права своих клиентов в принятии решений; гарантируют клиентам непосредственное участие в процессе принятия решений на основе предоставления полной информации, касающейся конкретного клиента в конкретной ситуации;
- е) гарантируют защиту своим клиентам в целях их безопасности, а также безопасности их социального окружения.

3.2. Социальная справедливость и гуманизм

Социальная справедливость и гуманизм являются ценностями социального работника ЦСОН ЯМР. Они предполагают:

- справедливое и равноправное распределение ресурсов для удовлетворения основных социальных потребностей человека;
- создание и соблюдение равных гарантированных возможностей использования потенциала государственных и общественных социальных служб, организаций и объединений;
- обеспечение равных прав и возможностей их реализации при обращении и защите согласно закону.

Социальные работники ЦСОН ЯМР:

- а) выявляют и адекватно реагируют на социальные условия, которые приводят к социальным противоречиям, трудностям и страданиям людей, или препятствуют их облегчению; в меру своих возможностей и уровня профессиональной деятельности влияют на формирование социальной политики, способствуют справедливому удовлетворению социальных потребностей людей;
- б) соблюдают социальную справедливость и равноправно распределяют социальные ресурсы и проводят социальную работу. Целью этой работы является расширение выбора и возможностей для всех клиентов: неимущих, социально уязвимых или угнетенных, или для тех людей, кто нуждается в специфической помощи;
- в) убеждают каждого клиента в том, что их действия не продиктованы предубеждениями против кого – либо, включая происхождение, этническую и культурную принадлежность, класс, статус, пол, сексуальную ориентацию, возраст, физическое состояние, верования;
- г) ведут практическую работу, направленную на развитие возможностей клиента, помогают в их стремлении к разрешению социальных проблем своими силами, способствуют их

позитивной самореализации, самостоятельности выбора и улучшению социального благосостояния;

3.3. Компетентность

Компетентность (профессионализм) является ценностью социального работника ЦСОН ЯМР, которая обеспечивает качественное решение социальных проблем обратившегося за помощью человека, его социума, социальной среды в целом и

- обеспечивает принадлежность социального работника к их профессиональной группе;
- определяет возможность их быстрого профессионального роста и привлечения для решения более сложных задач клиента;
- побуждает к постоянному повышению уровня профессионализма, освоению новых знаний, развитию навыков и умений практической деятельности, глубокого понимания ценностей социальной работы.

Социальные работники ЦСОН ЯМР:

- а) изучают, используют, распространяют и применяют знания, умения и навыки в практике социальной работы;
- б) постоянно повышают уровень своего профессионализма, поддерживают и расширяют свою компетентность в целях повышения качества услуг, осуществляя при этом поиск и оценку новых подходов и практических методов в своей деятельности;
- в) признают рамки своей компетенции и не выходят за их пределы в ситуациях, где требуется более высокий уровень решения проблемы, ставят перед руководством вопрос о необходимости дальнейшего повышения своего профессионализма;
- г) не используют свои профессиональные знания, навыки и умения, а также отношения с клиентом в личных целях; избегают связей и отношений, которые идут во вред клиентам.

3.4. Социальная активность, мобильность и гибкость

Социальная активность, мобильность и гибкость являются ценностью для социального работника ЦСОН ЯМР, и предполагает взаимосвязанную деятельность социального работника с клиентом, обратившимся к ним за помощью. Также социальный работник может действовать не только по обращению. В тех случаях, когда им становится известно о негативных ситуациях в жизни конкретного клиента, они тактично и осторожно входят в контакт с ним, предлагая свою помощь в совместном разрешении этих ситуаций.

Социальный работники ЦСОН ЯМР:

- оказывают помощь людям, находящимся в трудной жизненной ситуации;
- работают с каждым клиентом индивидуально, с целью оказания им помощи;

Принципы социальной работы

4.1. Принятие человека таким, каков он есть

Ни негативные личные качества, физические недостатки, психические отклонения, ни вероисповедания, сексуальная ориентация или расовая принадлежность, ни социальная

неприспособленность, ни предрассудки и предубеждения – ничто не может служить основанием в отказе человеку в помощи социальным работником, причиной для любой формы дискриминации клиента. Все специфические особенности клиента должны быть учтены при принятии решения на оказание ему социальной помощи.

4.2. Уважение права клиента на принятие самостоятельного решения на любом этапе совместных действий

Уважение права клиента на принятие решения есть проявление уважения и соблюдение его прав. Социальный работник не может оказывать помощь клиенту без его согласия с их планом действий. Клиент имеет право на изменение своих взглядов, позиций, убеждений. Также он имеет право отказаться от взаимодействия на любом этапе совместной работы с уверенностью в сохранении конфиденциальности сведений о нем.

4.3. Конфиденциальность сотрудничества социального работника ЦСОН ЯМР с клиентом

Конфиденциальной (доверительной, не подлежащей разглашению) информацией является все, что касается жизни, его личных качеств и проблем клиента. Любая информация может быть передана только с разрешения клиента и только тем, кто имеет отношение к решению его проблем. Нарушение конфиденциальности возможно только в условиях непосредственной опасности для клиента: для его жизни, здоровья, материального благополучия, психического состояния. При этом нарушение конфиденциальности должно сопровождаться предварительным извещением клиента о вынуждающих к этому условиях, об обязанностях и ответственности социального работника.

4.4. Полнота информирования человека о предпринимаемых в его интересах действиях

Соблюдение принципа защиты прав клиента обуславливают обязанность социального работника информировать человека, обратившегося за социальной помощью, обо всех действиях, предпринимаемых для решения его проблем. Клиент имеет полное право знать обо всех действиях, которые предполагается предпринять с его участием или без его участия.

4.5. Ответственность социального работника ЦСОН ЯМР за результаты своей деятельности

Социальный работник лично несет ответственность за результаты своей деятельности, за качество, эффективность, своевременность и действенность социальной помощи и за ее последствия.

Социальный работник несет ответственность перед своей профессией, повышая ее престиж и социальный статус в обществе.

4.6. Порядочность социального работника ЦСОН ЯМР во взаимодействии с клиентом

Социальные работники, являясь представителями государственных социальных институтов, действуют в интересах человека, обратившегося к ним за помощью, делая зачастую для него больше, нежели это предписывается должностной инструкцией. Личная порядочность социального работника гарантирует качество и эффективность их профессиональной деятельности и обеспечивает выполнение ими требований Кодекса этики социального работника.

Стандарты этического поведения

5.1. Этическое поведение по отношению к профессии социального работника

Социальные работники ЦСОН ЯМР:

- а) соблюдают кодекс этики, утверждают ценности и правила, принципы и стандарты этического поведения, отстаивают, совершенствуют и популяризируют их;
- б) повышают качество и эффективность социальных услуг, предоставляемых людям, развивают профессионализм социальной работы;
- г) критически оценивают достигнутые в личной практической работе результаты, не преувеличивают свои профессиональные и личные возможности.

5.2. Этическое поведение по отношению к людям, которые пользуются социальными услугами

Социальные работники ЦСОН ЯМР:

- а) соблюдают принципы социальной работы в части касающейся клиентов: принимают человека таким, как он есть; привлекают его к активной совместной работе; обеспечивают конфиденциальность сотрудничества, информации и доступ к ней, несут ответственность за результаты своей работы с клиентом; проявляют личную порядочность по отношению к нему;
- б) ценят и уважают личные устремления, индивидуальные особенности, инициативу клиента к совместному с ними решению его проблем;
- в) отдают приоритет поддержке основных интересов клиентов, но при этом уважают и учитывают интерес других людей; в тех случаях, когда возникает конфликт интересов клиентов или конфликт интересов клиента и действующего в России законодательства, предупреждают клиента о том, что его интересы и просьбы могут быть отвергнуты;
- г) отвергают любые формы дискриминации, основанной на национальности, возрасте, вероисповедании, семейном статусе, на умственных или физических недостатках, привилегиях, персональных характеристиках.

5.3. Этическое поведение по отношению к коллегам

Социальные работники ЦСОН ЯМР:

- а) с уважением относятся к коллегам;
- б) уважают различные мнения;
- в) защищают своих коллег от любых форм и видов давления со стороны клиентов;
- г) следуют советам и консультациям коллег, если они служат интересам дела.

5.4. Этическое поведение по отношению к взаимодействующим организациям

Социальные работники ЦСОН ЯМР:

- а) строят свои взаимоотношения с другими организациями на основе доброжелательности;
- б) придерживаются своих обязательств, данных взаимодействующим организациям, и добиваются от этих организаций выполнения их собственных обязательств при использовании их ресурсов на те нужды, на которые эти ресурсы предназначены.

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Этическое поведение по отношению к коллегам
2. Ценности социальной работы
3. Принятие человека таким, каков он есть
4. Этическое поведение по отношению к коллегам

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварогъ - ИВФСПТ, 2017.
2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр человеческих ценностей, 2018.
3. Гусейнов А.А., Ирритц Г. Краткая история этики. М.,2017.
4. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профиограмма социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.
5. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.:Академия, 2017.
6. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.
7. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.
8. Солоницына А.А.Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

Практическая работа №11

Тема: Профилактика синдрома профессионального выгорания.

Время выполнения:

Цель: Изучить основные причины профессионального выгорания.

Оборудование: Типовые технологические процессы;
учебная литература, учебная тетрадь , ручка, карандаш

Теоретические сведения

Всякая профессиональная деятельность, связанная с большой эмоциональной вовлечённостью, ответственностью, может стать причиной возникновения синдрома, признаками которого является снижение настроения, нежелание идти на работу, неудовлетворённость собой и увеличение проблем в общении. Поэтому профилактика профессионального выгорания становится сегодня одной из важных задач каждого специалиста и администрации учреждения в целом.

В рамках сегодняшнего выступления я предлагаю вам познакомиться с важной теоретической информацией о синдроме и практическими методами его профилактики.

Что же такое синдром профессионального выгорания?

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – отрицательное воздействие профессиональной деятельности на личность в сфере человек-человек, проявляющееся в виде определенных изменений в поведении и состоянии человека.

Этот термин стал применяться в нашей стране сравнительно недавно и описывает состояние деморализации, разочарования и крайней усталости, энергетического истощения, чувства перегруженности проблемами других людей. Это профессиональная болезнь тех, кто работает

с людьми: учителей, социальных работников, психологов, менеджеров, врачей, - всех, чья деятельность невозможна без общения.

Профессиональное выгорание возникает в результате внутреннего накапливания отрицательных эмоций без соответствующей «разрядки» или «освобождения» от них. Оно ведёт к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов человека. Это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на психотравмирующие воздействия.

Стадии профессионального выгорания

Синдром профессионального выгорания развивается постепенно. Он проходит три стадии (Маслач, 1982) – три лестничных пролёта в глубины профессиональной непригодности:

1-я стадия:

- начинается приглушением эмоций, сглаживанием остроты чувств и свежести переживаний; специалист неожиданно замечает: вроде бы всё пока нормально, но ... скучно и пусто на душе;
- исчезают положительные эмоции, появляется некоторая отстранённость в отношениях с членами семьи;
- возникает состояние тревожности, неудовлетворённости; возвращаясь домой, всё чаще хочется сказать: «Не лезьте ко мне, оставьте в покое!»

2-я стадия:

- возникают недоразумения с клиентами, профессионал в кругу своих коллег начинает с пренебрежением говорить о некоторых из них;
- неприязнь начинает постепенно проявляться в присутствии клиентов – вначале это с трудом сдерживаемая антипатия, а затем и вспышки раздражения. Подобное поведение профессионала – это осознаваемое им самим проявление чувства самосохранения при общении, превышающем безопасный для организма уровень.

3-я стадия:

- притупляются представления о ценностях жизни, эмоциональное отношение к миру «уплощается», человек становится опасно равнодушным ко всему, даже к собственной жизни;
- такой человек по привычке может ещё сохранять внешнюю респектабельность и некоторый апломб, но его глаза теряют блеск интереса к чему бы то ни было, и почти физически ощутимый холод безразличия поселяется в его душе.

Три аспекта (последствия) профессионального выгорания

| Последствие | Проявления |
|--|---|
| Первый - снижение самооценки | Как следствие, такие "сгоревшие" работники чувствуют беспомощность и апатию. Со временем они могут перейти в агрессию и отчаяние. |
| Второй - одиночество. | Люди, страдающие от эмоционального сгорания, не в состоянии установить нормальный контакт с клиентами. Преобладают объект-объектные отношения. |
| Третий - эмоциональное истощение, соматизация | Усталость, апатия и депрессия, сопровождающие эмоциональное сгорание, приводят к серьезным физическим недомоганиям - гастриту, мигрени, повышенному артериальному давлению, синдрому хронической усталости и т.д. |

Симптомы профессионального выгорания

Первая группа – психофизические симптомы:

- чувство постоянной усталости не только по вечерам, но и по утрам, сразу после сна (симптом хронической усталости);
- ощущение эмоционального и физического истощения;
- снижение восприимчивости и реактивности в связи с изменениями внешней среды (отсутствие реакции любопытства на фактор новизны или реакции страха на опасную ситуацию);
- общая астенизация (слабость, снижение активности и энергии, ухудшение биохимии крови и гормональных показателей);
- частые беспричинные головные боли; постоянные расстройства желудочно-кишечного тракта;
- резкая потеря или резкое увеличение веса;
- полная или частичная бессонница;
- постоянное заторможенное. Сонливое состояние и желание спать в течение всего дня;
- одышка или нарушения дыхания при физической или эмоциональной нагрузке;
- заметное снижение внешней и внутренней сенсорной чувствительности: ухудшение зрения, слуха, обоняния и осязания, потеря внутренних, телесных ощущений.

Вторая группа – социально-психологические симптомы:

- безразличие, скука, пассивность и депрессия (пониженный эмоциональный тонус, чувство подавленности);
- повышенная раздражительность на незначительные, мелкие события;
- частые нервные срывы (вспышки немотивированного гнева или отказа от общения, уход в себя);
- постоянное переживание негативных эмоций, для которых во внешней стимуляции причин нет (чувство вины, обиды, стыда, подозрительность, скованность);
- чувство неосознанного беспокойства и повышенной тревожности (ощущение, что «что-то не так, как надо»);
- чувство гиперответственности и постоянное чувство страха, что «не получается» или «я не справлюсь»;
- общая негативная установка на жизненные и профессиональные перспективы (по типу «как ни старайся, всё равно ничего не получится»).

Третья группа – поведенческие симптомы:

- ощущение, что работа становится всё тяжелее и тяжелее, а выполнять её – всё труднее и труднее;
- сотрудник заметно меняет свой рабочий режим (увеличивает или сокращает время работы);
- постоянно, без необходимости, берёт работу домой, но дома её не делает;
- руководитель затрудняется в принятии решений;
- чувство бесполезности, неверие в улучшения, снижение энтузиазма по отношению к работе, безразличие к результатам;
- невыполнение важных, приоритетных задач и «застревание» на мелких деталях, не соответствующая служебным требованиям трата большей части рабочего времени на мало осознаваемое или неосознаваемое выполнение автоматических и элементарных действий;
- дистанцированность от сотрудников и клиентов, повышение неадекватной критичности;
- злоупотребление алкоголем, резкое возрастание выкуренных за день сигарет, применение наркотических средств.

Для проведения диагностики или самодиагностики профессионального выгорания существуют различные **методики**:

- опросник В.В.Бойко, предназначенный для диагностики уровня эмоционального выгорания;
- опросник МВІ (К.Маслач и С.Джексон в адаптации Н.Е.Водопьяновой);
- Экспресс-диагностика «выгорания» и др.

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Три стадии профессиональной непригодности..

2. Симптомы профессионального выгорания.

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварогъ - ИВФСПТ, 2017.
2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр а. человеческих ценностей, 2018.
3. Гусейнов А.А., Ирритц Г. Краткая история этики. М.,2017.
4. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профессиограмма социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.
5. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . - М.:Академия, 2017.
6. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.
7. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.
8. Солоницына А.А.Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

Практическая работа №12

Тема: Система социальных служб в России

Время выполнения:

Цель: Изучить систему социальных служб в России.

Оборудование: Типовые технологические процессы; учебная литература, учебная тетрадь , ручка, карандаш

Теоретические сведения

В соответствии с Федеральным законом (от 10 декабря 1995 г. N 195-ФЗ)«Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» **социальные службы** - предприятия и учреждения независимо от форм собственности, предоставляющие социальные услуги, а также граждане, занимающиеся предпринимательской деятельностью по социальному обслуживанию населения без образования юридического лица.

Система социальных служб в России - система, состоящая из государственных предприятий и учреждений социального обслуживания, являющихся собственностью субъектов Российской Федерации и находящихся в ведении органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

Но кроме государственных предприятий и учреждений социального обслуживания социальное обслуживание в РФ осуществляется также предприятиями и учреждениями иных форм собственности и гражданами, занимающимися предпринимательской деятельностью по социальному обслуживанию населения без образования юридического лица.

Социальная служба является структурой, которая создается для профессиональной помощи людям в сфере социальных отношений. Социальная служба может быть создана там, где есть штатная должность хотя бы одного специалиста-профессионала.

В нашей стране социальная работа «как профессиональная деятельность» зародилась в начале 1990-х гг.

Основания для деления социальных служб на типы приобретает особую значимость. В основе классификации, которая делит службы по видам и формам социальной работы могут лежать различные основания, но все они, в конечном счете, сводятся к следующим:

- решение проблемы клиента;
- взаимодействие с другими службами, учреждениями, организациями.

В зависимости от этих форм социальная работа подразделяется на виды.

Так, в первом случае имеется возможность рассуждать, с одной стороны, о характере проблемы клиента (развод, утрата работы, потеря родного человека, инвалидность и так далее); с обратной - особенностях клиента, так как в виде клиента может выдвигаться и личность, и объединение, в том числе и сообщество как большая социальная группа. С другой стороны, мы рассуждаем о сфере деятельности, в процессе которой возникают проблемы взаимодействия с другими службами, учреждениями, ассоциациями (скажем так, сфера образования, здравоохранения, быта и т.д.); а так же - о статусе этих организаций (государственные, частные, общественные, благотворительные и так дальше).

В случае если принимать за основу классификаций социальных служб проблему клиента, то в этом случае классификация социальных служб представлена следующей последовательностью:

а) занятие социальной помощью населению: обнаружение семей, групп социального риска (многодетных, неполных, студенческих, имеющих инвалида, проживающих в неблагоприятных жилищных условиях, асоциального поведения родителей и детей, одиноких, престарелых) и оказание им содействия в получении материальной, медицинской, юридической, психолого-педагогической, социально-бытовой и другой необходимой помощи, с привлечением специалистов — юристов, психологов, педагогов и др.;

б) служба социальной реабилитации: социальная услуга лицам, попавшим в трудную жизненную ситуацию, вернувшимся из мест лишения свободы, лечебно-воспитательных учреждений;

в) службы по оказанию различных видов помощи семье: семейные консультации; службы знакомств; разные виды семейного просвещения и самообразования; сексологические и педиатрические кабинеты; педагогические консультации и др.

Если за основание классификации взять сферу деятельности, то существуют следующие службы:

а) службы социально-бытовой помощи. Такие службы оказывает услуги престарелым, одиноким, инвалидам. Содействует строительству для данной категории людей специальных жилых домов; участвуют в развитии и совершенствовании системы обеспечения инвалидов протезно-ортопедической помощью и специальными изделиями для компенсации дефекта и облегчения быта;

б) службы семейного досуга. Данные службы стимулируют семейный туризм, семейные экскурсии, организованных отдых семей, создают центры семейного досуга, семейные клубы, клубы молодых и многодетных семей;

в) службы социальной профилактики отклоняющегося поведения. Такие службы ведут борьбу с преступностью, алкоголизмом, наркоманией, суицидами, бродяжничеством, правонарушениями и другими асоциальными явлениями среди несовершеннолетних. Данные службы содействуют созданию и функционированию в учебных заведениях системы профилактики социальной дезадаптации несовершеннолетних.

Основой работы системы учреждений социальной службы и ее дифференциации служат различные законодательные акты. Основным документом, на базе которого осуществляется деятельность сотрудников социальной службы, является Положение, разработанное на основе действующего законодательства.

Основная информация, которая в нем заключена:

- 1) определение статуса социальной службы, источников ее финансирования;
- 2) основные задачи, обуславливающие специфику деятельности службы;
- 3) основные направления деятельности;
- 4) формы работы.

Так же в данном Положении определены приоритетные направления социальной работы:

- упорядочивание и систематизирование диагностических данных о потребностях и возможностях населения; дифференцированный анализ по различным его группам (возрастным, разновозрастным, по интересам, состоянию здоровья и так дальше);
- составление перечня социальных услуг, организация условий для их реализации и подталкивание клиентов в решении собственных проблем;
- информирование и консультирование населения;
- организаторская служба по оказанию социальных услуг населению.

Специальная работа социальной помощи: поддержка в поиске и устройстве на работу, во время профессиональной адаптации, формирование детских и молодежных социальных инициатив, службы реабилитации и социальной помощи инвалидам, престарелым и другим нетрудоспособным гражданам - работает с конкретными категориями населения, опираясь на медико-психолого-педагогическую семейную службу в повседневном контакте с клиентом и его семьей.

Главное направление социальной работы заключается:

- в сборе и изучении информации о клиентах, их семьях и характере проблем;
- в создании прогнозов и выработывании банка данных о возможностях решения проблем;
- в координационной посреднической работе по оказанию социальной помощи нуждающимся;
- в организации финансовой опоры, а так же в защите прав и интересов клиентов.

Важность нахождения социального работника в службах занятости сводится, во-первых, к оперативному учету предложений на рабочие места; информированию о них тех, кто не работает, будучи работоспособным; во-вторых, к содействию организации переобучения или повышения квалификации работников с целью их оптимального включения в социально полезную активность; наконец, в-третьих, к обеспечению социальной помощи тем, кто работает не постоянно; к контролю за исполнением законодательных актов, регулирующих поддержку отчасти или целиком безработным. Помимо того, в круг обязанностей и полномочий социального работника служб занятости входит поиск причин, которые порождают проблемы трудоустройства, их правовые, социологические, социально-психологические и этические аспекты.

Социальный педагог «семейного профиля» работает в социуме по месту жительства клиента, автономно выходя на связь с семьей (из расчета 1 социальный педагог на 25-30 семей), личностью, вникает во внутренний мир, взаимоотношения, обстоятельства жизни людей, в те проблемы, к решению которых после подключаются специалисты, социальные работники.

Медико-психолого-педагогическая семейная служба - особенный стержень, базовая инфраструктура в системе социальных служб, преимущественно приближенная к семье, сфере взаимоотношений и общения людей разного возраста, профессий, поколений, взрослых и детей, разворачивающая к семье учреждения различных ведомств, фонды, общество, коммерческие структуры.

Главные направления социальной работы семейной службы:

- осуществлять своевременную комплексную диагностику социума, факторов среды, характера интересов и потребностей семьи, ее возможностей и имеющихся трудностей, проблем;
- изучать и разграничивать проблемы семьи как совокупного клиента социальных служб;
- реализовывать посреднические услуги среди клиентом и службами-исполнителями в оказании семье необходимых видов услуг и социальной помощи;
- предоставлять механизм социальной самозащиты, самообслуживания населения, развития добровольных начал в социальной работе, вовлечение жителей в социальную взаимопомощь и заботу о наиболее незащищенных группах, детях, инвалидах и престарелых.

Другим направлением социальной работы является занятие с инвалидами. Главным результатом социальной работы с инвалидами является принятие такого состояния инвалида, когда он способен к выполнению социальных функций, свойственных здоровым людям. При этом под социальными функциями (социальными умениями) понимаются трудовая активность, образование, умение к чтению, письму, самостоятельному передвижению, коммуникативная восприимчивость и др.

Главная задача - с детства научить инвалида двигательным и социальным навыкам, основам грамоты и счета (в частности, одевание, умывание, способность обладать столовыми приборами, управляться с деньгами, совершать покупки и приготавливать пищу, владеть телефоном, транспортом и т.д.). Детишки-инвалиды школьного возраста имеют шанс в рамках медико-социальной реабилитации усваивать академические дисциплины и настраивать себя к трудовой жизни.

Социальные службы, организующие и осуществляющие медико-социальную реабилитацию инвалидов, руководствуются основными принципами: как можно более раннее начало осуществления реабилитационных мероприятий; неизменность и стадийность их проведения; единый характер реабилитационных программ с реализацией их медицинского, педагогического, психологического, профессионального, социально-бытового, технического

аспектов; личный подход к определению объема, характера и направленности реабилитационных мероприятий. Это обеспечивается сосредоточением в учреждениях специалистов различных профессий (врачей, педагогов, психиатров, социальных работников, логопедов, трудотерапевтов, техников по протезированию, специалистов по профессиональному обучению и др.), а также необходимого оснащения и оборудования.

В целях профессионального обучения и переобучения в различных регионах организованы специальные учреждения профессиональной реабилитации или же профильные подразделения в составе центров реабилитации. Для трудоустройства используются специальные предприятия и преднамеренно оборудованные цеха, облегченный распорядок, домашний труд.

Особого внимания требуют люди, потерявшие жилье по не зависящим от них причинам: беженцы; вынужденные переселенцы; военнослужащие, сменившие область дислокации части; мигранты. Потому одно из главных и самых востребованных в нынешнее время направлений социальной работы – является предоставление помощи с бездомными.

Бомжам и бродягам уделяют особое внимание – для них открыты дома ночного пребывания, ночлежки, для них организуют «телефоны доверия». Формы и методы социальной работы с бездомными разнообразны и в частности это заключается в организации и открытии для них приютов, столовых и душевых с прачечными; социальные центры и так далее.

В работе с бездомными надлежит отличный подход: не срамить и не отталкивать, предоставить шанс испытать человеческое отношение. Представление элементарных услуг (ночлег, пища, медицинская поддержка) не надо порождать ощущение обиды и горечи за свое состояние, а, наоборот, пробуждать надежду на положительное решение проблемы, как своими силами, так и с помощью органов социальной защиты.

Для решения жилищной проблемы бездомных российские экономисты предлагают привлекать инвестиции населения за счет введения новой, дифференцированной системы оплаты коммунальных услуг, расширения ЖКС, материального содействия индивидуальному жилищному строительству.

Так как в России достаточно насущно стоит вопрос бездомных детей, то для оказания помощи таким детям создаются специально-ориентированные учреждения по их социальной реабилитации, утративших семейные отношения, отказавшихся проживать в интернатных учреждениях, оставшихся без попечения, постоянного места жительства, средств к существованию. К таким учреждениям относятся социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних, социальные приюты для детей и подростков, центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей.

Но, вместе с бездомными существуют и беспризорные подростки. В периоды социальной нестабильности, усугубляющей семейное неблагополучное положение, уход детей из дома имеет социально-экономические и социально-педагогические причины, а затем и следствия.

Основными побудителями к уходу из дома являются: принадлежность к социально неблагополучной и не состоявшейся семье; чувство стыда за родителей (в частности, алкоголиков, недостойно себя ведущих с окружающими людьми, и т.д.); безучастие родителей к трудностям их детей в школе. Удачный выход из таких ситуаций во многом бывает, связан с помощью школьнику со стороны учителей и социального работника. Их обязанность, увидев неблагополучное положение в поведении ребенка, - по серьезному разобраться во всем происходящем вокруг него в школе и неформальной среде общения (различных компаниях, молодежных объединениях во дворе в домашних условиях и других местах). Социальному работнику при любых конфликтах надлежит всякий раз принимать сторону ребенка и его семьи, непременно их отстаивать.

Побеги подростков из дому могут совершаться под влиянием товарищей. В подобных случаях следует не только пресекать бродяжнический образ жизни подростка, но и сделать для него привлекательным пребывание в семье и коллективе. Соцработник может с помощью товарищей подростка по двору изучить район передвижения, установить связи с проживающими там детьми-бродягами и т.д.

Для предотвращения побегов школьников надо вовлекать в интересную и напряженную социально значимую деятельность, в которой они могли бы с пользой для дела проявить свою энергию, настойчивость, выдумку.

Социальному работнику нужно не упускать из поля зрения детей, оставшихся вне школы, и оказывать им своевременную помощь.

Для детей-беспризорников организуются приемники-распределители, одна из главных задач которых - предотвращение безнадзорности и противоправных действий.

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Основная информация в положении

2. Что является основными побудителями ухода из дома.

3. Главные направления социальной работы семейной службы

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварогъ - ИВФСПТ, 2017.
2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр человеческих ценностей, 2018.
3. Гусейнов А.А., Иррлитц Г. Краткая история этики. М.,2017.
4. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профиограмма социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.
5. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.:Академия, 2017.
6. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.
7. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.
8. Солоницына А.А.Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

Практическая работа №13

Тема: Методики оценки эффективности социальной работы

Время выполнения:

Цель: Изучить методику эффективности социальной работы.

Оборудование: Типовые технологические процессы; учебная литература, учебная тетрадь , ручка, карандаш

Теоретические сведения

Существует два определения понятия «эффективность социальной работы» (ЭСР):

1) ЭСР — это соотношение между достигнутыми результатами (эффектами) и затратами, связанными с обеспечением этих результатов.

Основными проблемами при таком определении являются измерение (описание) результатов или эффектов и затрат, а также влияние затрат и других факторов на результаты.

Соотношения между результатами и затратами бывают самыми разными: затраты сохраняются на прежнем уровне, а результаты в количественном и качественном измерениях более высокие по сравнению с прежними периодами; затраты сокращены, а результаты остались такими же, как и при несокращенных затратах или даже стали более высокими; затраты в какой-то степени возросли, а результаты стали еще более высокими. На практике приходится считаться с так называемыми предельными результатами, когда их количественные и качественные характеристики не возрастают из-за лимитации целого ряда факторов в данном учреждении социальной защиты;

2) ЭСР — это фактически достигнутые и необходимые результаты (эффекты). Основная проблема при таком определении — измерение (описание) результатов. Поскольку результаты и затраты могут предполагаться или иметь вид целей (задач), ЭСР может быть соответственно предполагаемой (расчетной, планируемой) и фактической (реально достигнутой).

Другими важными проблемами ЭСР являются оценка эффективности, выбор предметов оценки эффективности; субъекты, оценивающие эффективность; методы и методики оценки эффективности; факторы, влияющие на эффективность/неэффективность.

Исследования в области ЭСР начались лишь в начале 1996 г., поэтому имеются только первые научные итоги — главным образом разработка понятийного аппарата, определение видов методик и методов, с помощью которых можно оценивать эффективность.

Методика — это описание некоего порядка, определенной последовательности, в частности оценки ЭСР. Наиболее типичными разделами методики являются:

1. назначение;
2. контур (контуры) и предмет (предметы) оценки эффективности;
3. рекомендуемые методы оценки эффективности, их характеристика;
4. порядок (технология) определения эффективности;
5. пример расчета эффективности (предполагаемой и/или фактической);
6. приложения (при необходимости).

Основу методик составляет конкретный оценочный метод или группа методов. Методы — это способы, приемы оценки, дающие ответ на вопрос, как, каким образом может производиться (или производится) оценка эффективности. Поэтому важно иметь описание методов определения эффективности.

Во-первых, оценочные подходы к определению эффективности социальной работы могут быть самыми разными. Но доминантными контурами являются прежде всего деятельность данного учреждения в целом; уровень его организации; уровень квалификации персонала; качество и уровень социального обслуживания той или иной категории людей. Иными словами, с позиции эффективности должно оцениваться то, что в большей степени выражает рассматриваемое содержание, влияет на результаты социальной работы.

Во-вторых, различие контуров и предметов оценки эффективности определяет, соответственно, различие оценочных методик. Совершенно очевидно, что любая разработанная методика, рекламируемая как «наилучшая», после экспертизы специалистов займет свое место среди какого-то конкретного вида методик, которые обычно жестко

связаны с предметами оценок.

В-третьих, комплексная методика приобретает смысл тогда, когда необходима всесторонняя оценка эффективности социальной работы. В этом случае в ней должны быть обозначены также предметы и методы оценки (определения) эффективности, поскольку «методика вообще» теряет всякий смысл и не позволит получить полезную оценочную информацию.

Методы «З — Р» и «З — Р — З»

Существуют методы, применение которых позволяет оценить эффективность деятельности учреждений социальной сферы независимо от их вида, профиля, предоставляемых услуг и масштаба деятельности. К ним прежде всего относятся методы «задачи — результаты» («З — Р») и «задачи — результаты — затраты» («З — Р — З»). Они находят отражение в методиках оценки эффективности форм и методов управления, результативности, выполнения целевых программ.

Метод «задачи — результаты». Суть его заключается в том, что деятельность любого социального учреждения регламентируется положением (уставом), один из разделов или ряд подразделов которого содержит перечень решаемых задач. Задача — это описание в терминах деловой лингвистики желаемых (предполагаемых, намечаемых) результатов. В процессе функционирования каждое учреждение достигает определенных результатов, являющихся (по прошествии какого-то периода времени) своего рода измерителями степени (меры) достижения задач.

Вариант данного метода — так называемая «дополняющая формулировка», т.е. цель и задачи имеют общую формулировку, которая дополняется и конкретизируется, например, таким разделом положения, как «Основные направления и содержание деятельности». Независимо от этого регламентный документ содержит информацию о целевом назначении конкретного учреждения.

Результаты с точки зрения деловой лингвистики (что является весьма существенным обстоятельством) могут находить выражение:

1. в терминах и показателях сформулированных задач, направлений и содержания деятельности;
2. в более детальном выражении по сравнению с задачами, направлениями и содержанием деятельности, что объясняется целым рядом факторов, одним из которых является система учета и контроля, принятая в социальных учреждениях;
3. в количественном и/или качественном (описательном) виде.

Каждый метод оценки эффективности деятельности социальных учреждений обладает как достоинствами, так и недостатками, что вполне естественно.

Метод «задачи — результаты — затраты». Затраты — это стоимость услуг, оказываемых данным учреждением определенным категориям людей, нуждающихся в социальной защите, помощи, поддержке.

Отличие этого метода от предыдущего состоит в том, что:

Ø во-первых, требуются ресурсные измерения задач, выполняемых данным учреждением (предполагаемые затраты по задачам);

Ø во-вторых, необходимы ресурсные измерения (в стоимостном, натурально-вещественном или смешанном виде) фактически достигнутых результатов. Наибольшее распространение имеют количественные измерители задач и результатов — категории и численность обслуживаемых, виды предоставляемых услуг, их число за определенный период времени, стоимостное измерение предоставленных услуг и др.

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Разделы и методики.

2. Суть метода «задачи — результаты»..

3. ЭРС-это?

4. Соотношения между результатами и затратами

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварог - ИВФСПТ, 2017.

2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр человеческих ценностей, 2018.

3. Гусейнов А.А., Ирритц Г. Краткая история этики. М.,2017.

4. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профиограмма социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.

5. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.:Академия, 2017.

6. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.

7. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.

8. Солоницына А.А.Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ **Социально-медицинское обслуживание**

Практическая работа №1

Тема: Показатели индивидуального и общественного состояния здоровья.

Время выполнения:

Цель: Изучить показатели индивидуального и общественного состояния здоровья.

Оборудование: Типовые технологические процессы;

учебная литература, учебная тетрадь , ручка, карандаш

Теоретические сведения

В настоящее время принято выделять несколько компонентов (видов) индивидуального здоровья:

1. Духовно-нравственный – это, прежде всего, сила духа человека и иерархия его жизненных ценностей, на основе которой формируется индивидуальная программа жизнедеятельности. Это комплекс характеристик мотивационной и потребностно-информационной основы жизнедеятельности человека. Основу нравственного компонента здоровья человека определяет система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в социальной среде. Этот компонент связан с общечеловеческими истинами добра, любви и красоты. Он в значительной мере определяется духовностью человека, его знаниями и воспитанием.

2. Психический (личностный) – способность осознавать себя личностью, адекватной своему биологическому возрасту и полу; состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения, деятельности; способность относиться к здоровью, прежде всего – своему, как к ценности, обеспечивающей возможность удовлетворения духовных потребностей. Здесь выделяется понятие «психическое здоровье» как состояние психической сферы человека. Основу психического здоровья составляет состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную регуляцию поведения. Это состояние обуславливается потребностями биологического и социального характеров и возможностями их удовлетворения. Правильное формирование и удовлетворение базовых потребностей составляет основу нормального психического здоровья человека. Важную часть психического здоровья человека составляют социальное поведение, продуктивность труда, межличностные отношения, личностные ценности, творчество, эволюция личности, возможности реализации ее духовного и интеллектуального потенциалов. В психическом компоненте следует особо выделить следующие элементы:

а) когнитивный (интеллектуальный) – способность мыслить позитивно и оперативно, принимать адекватные решения, уметь выделять главное, находить недостающую информацию;

б) эмоциональный – способность противостоять стрессам, адекватно оценивать эмоции окружающих, проявлять свои эмоции и управлять ими. Эмоциональная составляющая здоровья оказывает влияние на все остальные его компоненты.

3. Социальный – способность к адаптации и высокая степень адаптированности в жизни, социуме. Социальное здоровье определяется и его социальной активностью, профессиональными достижениями, высокой коммуникативностью, широким кругом общения, наличием взаимопонимания, социально-психологической поддержки. В обобщенном виде – это способность реализовать свои социальные функции.

4. Репродуктивный – способность к продлению рода, к рождению здоровых детей. В данном компоненте можно выделить понятие «сексуальное здоровье» как комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального существования человека, позитивно обогащающих личность, повышающих коммуникабельность человека и его способность к любви. Основу сексуального здоровья составляют: способность к наслаждению и контролю сексуального и детородного поведения в соответствии с нормами социальной и личной этики; свобода от страха, чувства стыда и вины, ложных представлений и других психологических факторов, подавляющих сексуальную реакцию и нарушающих сексуальные взаимоотношения; отсутствие органических расстройств, заболеваний и нарушений, мешающих осуществлению сексуальных и детородных функций.

5. Физический (соматический) или медико-биологический – это естественное состояние организма, когда все показатели деятельности органов и систем соответствуют возрастнополовой норме, являющееся выражением его совершенной саморегуляции, гармоничного взаимодействия всех органов и систем и динамическим равновесием с окружающей средой. Это способность к самоорганизации, саморегулированию, самовосстановлению, самообновлению. Данный компонент описывается различными сторонами самоорганизации живой системы – онтогенез, гомеостаз, адаптация, реактивность,

резистентность, репарация, регенерация и др. Здесь выделяется понятие «соматическое здоровье» – текущее состояние органов и систем органов человеческого организма. Основу соматического здоровья составляет биологическая программа индивидуального развития человека. Эта программа развития опосредована базовыми потребностями, доминирующими у него на различных этапах онтогенеза. Базовые потребности, с одной стороны, служат пусковым механизмом развития человека (формирование его соматического здоровья), а с другой стороны – обеспечивают индивидуализацию этого процесса. В данный компонент входит физическое здоровье, под которым понимается уровень развития и функциональных возможностей органов и систем организма. Основу физического здоровья составляют морфологические и функциональные резервы клеток, тканей, органов и систем органов, обеспечивающие приспособление организма к воздействию различных факторов.

Анализ многочисленных определений здоровья позволяет выделить основные стороны этого понятия:

- а) состояние организма, в котором отмечается соответствие структуры и функции органов и систем органов человеческого тела, а также способность регуляторных систем поддерживать постоянство внутренней среды;
- б) способность организма сохранять соответствующую возрасту устойчивость в условиях резких изменений количественных и качественных параметров триединого потока сенсорной, вербальной и структурной информации;
- в) состояние организма, определяющее его адаптивные возможности и составляющее потребностно-мотивационную и информационную основу жизнедеятельности организма;
- г) не только отсутствие заболевания или функциональных отклонений организма, но и наличие высокого уровня функционирования различных систем, а также гармоничность развития;
- д) такое состояние организма, когда функции всех систем уравновешены с внешней средой и отсутствуют болезненные изменения;
- е) процесс сохранения и развития психических и физиологических качеств, оптимальной работоспособности и социальной активности человека при максимальной продолжительности жизни;
- ж) существование, допускающее наиболее полноценное участие в различных видах общественной и другой деятельности.

Из приведенного анализа понятия «здоровье» очевидно, что оно отражает качество приспособления организма к условиям внешней среды и представляет итог процесса взаимодействия человека и среды обитания. Очевидно также, что состояние здоровья формируется в результате взаимодействия экзогенных (природных и социальных) и эндогенных (наследственность, конституция, пол, возраст) факторов.

Кроме того, А. И. Попугаев и др., анализируя дефиниции понятия «здоровье» пришли к выводу, что все известные определения, верные по смыслу, тем не менее не отражают всех возможных состояний человека. Они считают, что точнее было бы выразиться таким образом: «здоровье человека – это не только отсутствие болезней и благополучие, но и наличие валеологического (гигиенического) мировоззрения и валеологической (гигиенической) культуры. Т.е. в настоящее время здоровье должно пониматься как основополагающая ценность культуры, как ценностная ориентация, определяющая социальное и психическое бытие конкретной личности. Именно мировоззрение, т.е. определенный набор знаний, усвоенных культурных ценностей, изначально определяет поведение человека, его медицинскую или гигиеническую активность, направленную на сохранение и укрепление

здоровья на различных этапах роста и развития. Забота о здоровье и его укреплении является естественной потребностью культурного человека, неотъемлемым элементом его личности. Во всем мире в последние годы возросла ценность здоровья. Это связано с изменением социальных отношений в обществе, пересмотром ценностных ориентаций. Приходит понимание того, что здоровье – это неотъемлемое условие в любой области деятельности человека – материальной или духовной.

Понятие здоровья гораздо шире, богаче понятия нормы и по отношению к задачам медицины оказывается более информативным, поскольку включает в себя:

- степень здоровья и степень болезни,
- процесс заболевания (патогенеза),
- процесс выздоровления (саногенеза).

Качество здоровья определяется совокупностью индивидуальных особенностей личности и состояния внутренней среды организма человека, складывающейся во взаимодействии биологических, психологических, социально-средовых факторов. К ним относятся: наследственность, пол, возраст, условия воспитания, качество подготовки, сформировавшийся тип характера и приспособительного поведения, приобретенные навыки в преодолении стрессовых ситуаций, перенесенные болезни, травмы, ранения, интоксикации, психическая травматизация и т. д.

Общественное здоровье – это сложное, внутренне детерминированное и структурированное понятие.

Оценка общественного здоровья населения производится на основании анализа типовых медико-статистических показателей:

- 1) медико-демографические показатели - показатели естественного движения населения: смертность общая и возрастная, средняя продолжительность предстоящей жизни, рождаемость, естественный прирост населения;
- 2) показатели механического движения населения – миграция населения: эмиграция, иммиграция, сезонная, внутригородская миграция и др.;
- 3) показатели заболеваемости и распространенности болезней - болезненности;
- 4) показатели инвалидности и инвалидизации,
- 5) показатели физического развития населения,
- 6) трудовые потери (временные и постоянные).

Общественное здоровье имеет ярко выраженный социально-медицинский аспект, обусловленный разными видами нарушений социальной структуры (социально-экономическое положение, демографическое движение и др.). Общественное здоровье, хотя и складывается из здоровья отдельных индивидуумов, но не является их простой суммой.

Здоровье общества – это прежде всего моральные и деонтологические оценки состояния общества в целом. Это, по сути, социально-философское понятие. Здесь анализируются морально-этические, идеологические, социально-психологические, экономические составляющие, которые играют роль в нарушении здоровья общества. Например, такие проблемы как мистика, оккультизм, подмена этических и культурных традиций народа,

различные социальные технологии, направленные на манипулирование общественным сознанием, сектантство и др.

Понятие «ресурсы здоровья» понимают как в узком, так и в широком смысле. Ресурсы индивидуального здоровья – это физиологические (функциональные) и психологические возможности повышать уровень здоровья. Ресурсы общественного здоровья молодежи определяются как ресурсом индивидуального здоровья, так и ресурсами развития общества – комплексом демографических, экологических, организационных и других факторов.

Потенциал здоровья молодежи складывается из совокупности характеристик индивидуального здоровья молодых людей:

- способности организма сохранять соответствующую возрасту устойчивость при количественных и качественных изменениях параметров сенсорной, вербальной и структурной информации, исходящей из внешней среды и внутренней среды организма;
- отсутствия заболеваний, функциональных отклонений, нарушений физического развития;
- гармоничности развития физиологических и психических качеств, а также полового развития;
- возможностей и составляющих потребностно-мотивационной сферы жизнедеятельности молодого человека.

В настоящее время уровень здоровья населения рассматривается как показатель уровня развития цивилизованного общества, который по рекомендации ВОЗ характеризуется в цивилизованных странах демографическими показателями: рождаемостью, смертностью (общей, младенческой, детской, материнской), числом аборт, предстоящей продолжительностью жизни, показателями общей заболеваемости, показателями инфекционной заболеваемости, числом лиц с алиментарной дистрофией и др.

Заболеваемость как показатель уровня здоровья населения

Заболеваемость является важнейшим, хотя далеко не единственным, критерием, характеризующим здоровье. Заболеваемость есть показатель общественного здоровья населения наряду с другими

Под заболеваемостью подразумевается показатель, характеризующий распространенность, структуру и динамику зарегистрированных болезней среди населения в целом и отдельных его группах, объединенных по какому-либо одному признаку (возрасту, полу, проживанием на одной территории, работе на конкретном предприятии, принадлежности к одной профессии и др.). Выделяют:

- первичную заболеваемость – частоту новых, впервые в данном календарном году выявленных заболеваний
- распространенность (болезненность) – частоту всех имеющихся заболеваний, куда входит и первичная заболеваемость;

Другое деление – эпидемическая (инфекционные заболевания) и неэпидемическая заболеваемость.

Исходя из принципа безопасности, все болезни можно разделить, прежде всего, на две группы: неинфекционные и инфекционные заболевания. Лечение и профилактика заболеваний требуют организации стройной системы здравоохранения, включая научно-

исследовательские, лечебные и профилактические учреждения и соответствующую структуру фармацевтических предприятий.

Заболеваемость регистрируется:

- преимущественно по обращаемости населения. В связи с разной медицинской активностью не вполне отражает состояние заболеваемости населения;
- заболеваемость оценивается также на основании результатов медицинских осмотров: однократных или периодических. К этой группе осмотров относятся скрининг и мониторинг больших групп населения.

Помимо заболеваний в этом случае фиксируются преморбидные и другие состояния «пограничного» уровня здоровья, а также недостатки физического развития.

Наиболее достоверные данные о заболеваемости получают при ежегодных профилактических медицинских осмотрах детей и подростков. Нет достоверных данных о заболеваемости молодых людей старше 17 лет, поскольку молодежь, учащаяся в вузах и средних специальных учебных заведениях, а также работающие в учреждениях и на предприятиях медицинским профилактическим осмотрам подвергаются нерегулярно или вообще медосмотры не проводятся.

Основные виды заболеваемости:

- общая - преимущественно определяемая по обращаемости;
- с временной утратой трудоспособности (ВУТ) – для трудящихся.

Учет заболеваемости невозможен без медицинской статистики (санитарной статистики). Изучение и учет заболеваемости является не только одним из показателей здоровья населения, но и материалом, на основе которого планируются организационные мероприятия (развертывание сети медицинских учреждений и их состав, подготовка врачебных кадров, разработка медицинской техники, научные исследования и др.).

Заболеваемость как статистический показатель означает число заболеваний, зарегистрированных в данном календарном году, отнесенное на 100, 1 000, 10 000 или даже 100 000 населения определенной группы (в зависимости от распространенности заболевания).

Заболеваемость с ВУТ определяется обычно за год или за другой промежуток времени (3–5 лет, за квартал и др.).

Распространенность (всех болезней или какой-то одной) определяется абсолютными показателями:

- в случаях на 100 человек,
- в днях нетрудоспособности на 100 человек,
- число болевших в данном году на 100 человек,
- средняя продолжительность одного случая нетрудоспособности по болезни – в днях,
- кратность заболевания – число случаев на одно заболевшее лицо,

- при анализе разных болезней – число болезней на одного человека (полинозоология, полисистемность)

Относительные показатели (в процентах или промилле) определяют структуру заболеваемости какой-либо группы населения.

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Элементы в психологическом компоненте.

2. На основе каких показателей определяется оценка общественного здоровья населения?

3. Здоровье и его понятие.

Рекомендуемая литература.

17. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварог - ИВФСПТ, 2017.

18. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр человеческих ценностей, 2018.

19. Гусейнов А.А., Ирритц Г. Краткая история этики. М., 2017.

20. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профессиограмма социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.

21. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.: Академия, 2017.

22. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.

23. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.

24. Солоницына А.А. Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

Практическая работа №2

Тема: Организация социально-медицинской помощи при инфекционных заболеваниях.

Время выполнения:

Цель: Изучить организацию социально-медицинской помощи при инфекционных заболеваниях.

Оборудование: Типовые технологические процессы;

учебная литература, учебная тетрадь , ручка, карандаш

Теоретические сведения

Данный этап помимо возможного медицинского лечения включает следующие меры социального сопровождения:

- разработка программ индивидуальной реабилитации;

-

защита права клиента и его семьи на получении необходимых услуг и материальной помощи, связанной с инвалидностью, временной нетрудоспособностью и т.п.;

- разработка рекомендаций для учреждений, участвующих в реабилитации данного человека (например,

школы, в которой ребенок будет продолжать учиться после длительного перерыва, вызванного болезнью);

- поддержание связи между учреждениями медико-социальной помощи и клиентом, если его реабилитация осуществляется на дому (патронажи, телефонные переговоры, переписка);

- вовлечение семьи в процесс реабилитации;

- осуществление разнообразных видов реабилитации (психологической, педагогической, профессиональной, экономической, бытовой, спортивной, правовой);

- координация деятельности различных учреждений – выработка единой стратегии между всеми участниками социального сопровождения клиента;

- установление связей между клиентами, имеющими сходные проблемы – образование групп самопомощи; формирование «терапевтических сообществ», привлечение клиента и его семьи к работе с другими клиентами, находящимися на начальных стадиях преодоления болезни или ее последствий;

- организация и проведение обучающих программ для специалистов;

- формирование общественного мнения относительно медико-социальных проблем и конкретных категорий населения, имеющих прямое отношение к этим проблемам (например, преодоление дискриминации ВИЧ-инфицированных и др.)

Перечисленные меры дают представление о многоплановости реабилитационного этапа медико-социальной помощи населению, в осуществлении которого должны быть активно задействованы и социальные работники.

Таким образом, понимая здоровье как единство биологического и социального в человеке, мы считаем, что помощь по поводу любых нарушений здоровья и их профилактики должна носить медико-социальный характер. Учитывая многоплановость этой деятельности, следует выделять в ней отдельные этапы, такие, как профилактический, терапевтический, реабилитационный.

3. Социальная работа с инфекционными больными

Социальная работа в здравоохранении имеет много общего по своей сути с медико-социальной помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом. Но при этом она не претендует на выполнение лечебно-диагностических функций, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и четкое разграничение функций между медицинскими и социальными работниками.

Специалист по социальной работе выполняет профилактическую работу через реализацию следующих функций[5]:

1. Интегративные функции:

–Участие в разработке региональных комплексных целевых программ по профилактике инфекционных заболеваний среди населения на основе федеральной программы.

–Участие в реализации программ по раннему выявлению инфекционных больных (организация массовых профилактических осмотров, диспансеризации выявленных больных и пр.).

–Организация медико-социальной экспертизы инфекционных больных.

–Определение оснований для признания гражданина инвалидом.

2. Медико-ориентированные функции:

–Ранняя диагностика инфекционных заболеваний у различных групп населения путем участия в проведении массовых медицинских осмотров.

–Предупреждение усугубления медицинских последствий и преждевременной смертности от инфекционных болезней и их последствий, внедрение и использование современных эффективных методов и технологий лечения инфекционных болезней.

–Медицинский патронаж больных с инфекционными заболеваниями.

–Пропаганда медицинских знаний по профилактике инфекционных заболеваний.

3. Социально-ориентированные функции:

–Определение потребности инвалида в различных видах социальной защиты.

–Содействие инвалиду в реализации его прав, представление интересов в органах власти.

–Участие в определении дееспособности, возможной опеке и попечительстве.

–Содействие в получении пенсий, пособий и выплат.

–Содействие в получении материальной помощи.

–Содействие в решении жилищных проблем.

–Социально-правое консультирование.

Основными и исполнителями этого раздела работы должны быть региональные, муниципальные отделы социального обеспечения.

Социальная работа патогенетической направленности включает следующие функции:

1. Интегративные функции:

- Участие в разработке индивидуальной программы реабилитации инвалида.
- Совместный медико-социальный патронаж больных и инвалидов вследствие инфекционного заболевания.
- Организация лечения и медицинского контроля.

2. Медико-ориентированные функции:

- Проведение мер медицинской реабилитации инвалидов: восстановительного и санаторно-курортного лечения, клинико-функционального контроля.
- Медицинский патронаж инвалидов вследствие инфекционного заболевания.

3. Социально-ориентированные функции:

- Психотерапия и психокоррекция.
- Семейное консультирование.
- Проведение мер социальной реабилитации инвалидов – создание барьерной 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.
- Обеспечение преемственности во взаимодействии со специалистами смежных профессий.
- Помещение клиента в стационарные учреждения социального обслуживания.
- Организация психологической поддержки клиенту с медико-социальными проблемами членами семьи и ближайшим окружением.
- Вовлечение членов семьи и ближайшего окружения клиента в деятельность сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического, социально-правового и благотворительного характера.
- Создание реабилитационной социально-бытовой среды.
- Содействие в создании реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры.

Таким образом, функции специалиста по социальной работе, участвующего в оказании медико-социальной помощи инфекционным больным включают: диагностику социальных и психологических проблем больных инфекционными заболеваниями, а также членов их семей; информирование клиентов или их законных представителей о состоянии здоровья, диагнозе и прогнозе;

предоставление информации клиентам и членам их семей о правах и льготах в связи с инфекционным заболеванием; участие в проведении мероприятий по их социальной защите; обучение родственников практическим навыкам общего ухода за больным.

2.4. Нормативно-правовая база по работе с инфекционными больными

В целях охраны здоровья, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и социальной защиты инфицированных граждан Российской Федерации был принят ряд законов[28]. В ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17 июля 1998 года, который устанавливает правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней, в ст. 4 указано, что государственная политика в области иммунопрофилактики направлена на предупреждение, ограничение распространения и ликвидацию инфекционных болезней.

В области иммунопрофилактики государство гарантирует:

- доступность для граждан профилактических прививок;
- бесплатное проведение профилактических прививок, включенных в национальный календарь профилактических прививок, и профилактических прививок по эпидемическим показаниям в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения;
- социальную защиту граждан при возникновении поствакцинальных осложнений;
- разработку и реализацию федеральных целевых программ и региональных программ;
- использование для осуществления иммунопрофилактики эффективных медицинских иммунобиологических препаратов;
- государственный контроль качества, эффективности и безопасности медицинских иммунобиологических препаратов;
- поддержку научных исследований в области разработки новых медицинских иммунобиологических препаратов;
- обеспечение современного уровня производства медицинских иммунобиологических препаратов;
- государственную поддержку отечественных производителей медицинских иммунобиологических препаратов;
- включение в государственные образовательные стандарты подготовки медицинских работников вопросов иммунопрофилактики;
- совершенствование системы статистического наблюдения;
- обеспечение единой государственной информационной политики;
- развитие международного сотрудничества.

Реализацию государственной политики в области иммунопрофилактики обеспечивают Правительство Российской Федерации и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

В ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" № 52-ФЗ от 30 марта 1999 г. (в ред. от 31 декабря 2005 г.) в ст.33 обозначены следующие меры в отношении больных инфекционными заболеваниями[2]:

1. Больные инфекционными заболеваниями, лица с подозрением на такие заболевания и контактировавшие с больными инфекционными заболеваниями лица, а также лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных болезней, подлежат лабораторному обследованию и медицинскому наблюдению или лечению и в случае, если они представляют опасность для окружающих,

обязательной госпитализации или изоляции в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2. Лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных заболеваний, если они могут явиться источниками распространения инфекционных заболеваний в связи с особенностями и производством, в котором они заняты, или выполняемой ими работой, при их согласии временно переводятся на другую работу, не связанную с риском распространения инфекционных заболеваний. При невозможности перевода на основании постановлений главных государственных санитарных врачей и их заместителей они временно отстраняются от работы с выплатой пособий по социальному страхованию.

Путем непрямого контакта могут передаваться только инфекционные болезни, возбудители которых устойчивы к воздействиям внешней среды. Примером длительного сохранения микробов при непрямом контакте могут служить споры возбудителей сибирской язвы и столбняка, сохраняющиеся иногда в почве в течение десятилетий.

2. Фекально-оральный механизм передачи. При этом возбудители болезней выделяются из организма людей с фекалиями, а заражение происходит через рот с пищей и водой, загрязненными фекалиями.

Пищевой путь передачи инфекционных болезней является одним из наиболее частых. Этим путем передаются как возбудители бактериальных инфекционных болезней (брюшной тиф, паратифы, холера, дизентерия, бруцеллез и др.), так и некоторых вирусных заболеваний (болезнь Боткина, полиомиелит, болезнь Борнхольма). Заражение может произойти через инфицированные продукты животных (молоко и мясо бруцеллезных животных, мясо животных или утиные яйца, содержащие сальмонеллезные бактерии и т. д.). Возбудители болезней могут попасть на туши животных при разделке их на загрязненных бактериями столах, при неправильном хранении и транспортировке и т. д. При этом надо помнить, что пищевые продукты могут не только сохранять микробов, но и служить питательной средой для размножения и накопления микроорганизмов (молоко, мясные и рыбные продукты, консервы, различные кремы).

Определенная роль в распространении кишечных инфекционных болезней, имеющих фекально-оральный механизм заражения, принадлежит мухам. Садясь на грязные подкладные судна, различные нечистоты, мухи загрязняют лапки и всасывают в кишечную трубку болезнетворные бактерии, а затем переносят и выделяют их на пищевые продукты и посуду. Микробы на поверхности тела мухи и в кишечнике остаются жизнеспособными в течение 2—3 дней. При употреблении загрязненных продуктов и пользовании загрязненной посудой происходит заражение. Поэтому уничтожение мух является не только общегигиеническим мероприятием, но и преследует цель профилактики кишечных инфекционных болезней. Наличие мух в инфекционной больнице или отделении недопустимо.

4. Водный путь передачи инфекционных болезней. Через загрязненную фекалиями воду могут передаваться холера, брюшной тиф и паратифы, дизентерия, туляремия, бруцеллез, лептоспирозы и т. д. Передача возбудителей при этом происходит как при питье зараженной воды, так и при обмывании продуктов, а также при купании в ней.

5. Передача через воздух происходит при инфекционных болезнях, локализующихся преимущественно в дыхательных путях: корь, коклюш, эпидемический менингит, грипп, натуральная оспа, легочная форма чумы, дифтерия, скарлатина и т. д. Большинство из них переносится с капельками слизи — *капельная инфекция*. Передающиеся таким путем возбудители обычно малоустойчивы во внешней среде и быстро в ней гибнут. Некоторые микробы могут также передаваться с частицами пыли — *пылевая инфекция*. Этот путь передачи возможен только при инфекционных болезнях, возбудители которых устойчивы к высушиванию (сибирская язва, туляремия, туберкулез, Ку-лихорадка, натуральная оспа и т. д.).

Некоторые инфекционные болезни распространяются кровососущими членистоногими. Насосавшись крови у больного человека или животного, содержащей возбудителей, переносчик остается заразным длительное время. Нападая затем на здорового человека, переносчик заражает его. Таким образом, блохи передают чуму, вши — сыпной и возвратный тифы, клещи — энцефалит и т. д.

Наконец, возбудители болезней могут переноситься летающими насекомыми-переносчиками; это так называемый трансмиссивный путь. В одних случаях насекомые могут быть только простыми механическими переносчиками микробов. В их организме не происходит развития и размножения возбудителей. К ним относятся мухи, переносящие возбудителей кишечных болезней с фекалий на пищевые продукты. В других случаях в организме насекомых происходит развитие или размножение и накопление возбудителей (вошь при сыпном и возвратном тифах, блоха — при чуме, комар—при малярии). В таких случаях насекомые являются промежуточными хозяевами, а основными резервуарами, т. е. источниками инфекции, служат животные или больной человек. Наконец, возбудитель может длительно сохраняться в организме насекомых, передаваясь зародышевым путем через откладываемые яйца (трансовариально). Так передается от одного поколения клещей следующему вирус таежного энцефалита. Для некоторых инфекций путем передачи является почва. Для возбудителей кишечных инфекций она является лишь местом более или менее кратковременного пребывания, откуда они могут затем проникнуть в источники водоснабжения; для спорообразующих микробов — сибирская язва, столбняк и другие раневые инфекции — почва бывает местом длительного хранения.

Возбудители инфекционных болезней, как мы видели выше, передаются от больных здоровым различными путями, т. е. для каждой инфекции характерен определенный механизм передачи. Механизм передачи инфекции и положен Л. В. Громашевским в основу классификации инфекционных болезней. По классификации Л. В. Громашевского инфекционные болезни делятся на четыре группы.

I. Кишечные инфекции. Основным источником инфекции являются больной человек или бактерионоситель, выделяющие с испражнениями огромные количества возбудителей. При некоторых кишечных инфекционных заболеваниях возможно также выделение возбудителя с рвотными массами (холера), с мочой (брюшной тиф).

Заразное начало проникает в организм через рот вместе с пищей или питьевой водой, загрязненными во внешней среде теми или иными способами.

К кишечным инфекционным болезням относятся брюшной тиф, паратифы А и В, дизентерия, амебиаз, токсикоинфекции, холера, болезнь Боткина, полиомиелит и др.

II. Инфекции дыхательных путей. Источником инфекции является больной человек или бактерионоситель. Воспалительный процесс на слизистых оболочках верхних дыхательных путей вызывает кашель и чиханье, что обуславливает массовое выделение заразного начала с капельками слизи в окружающий воздух. Возбудитель проникает в организм здорового человека при вдыхании воздуха, содержащего зараженные капельки. К инфекциям дыхательных путей относятся грипп, инфекционный мононуклеоз, натуральная оспа, эпидемический менингит и большинство детских инфекций.

III. Кровяные инфекции. Возбудители этой группы болезней имеют основную локализацию в крови и лимфе. Инфекция из крови больного может попасть в кровь здорового лишь при помощи кровососущих переносчиков (рис. 3). Человек, больной инфекцией данной группы, для окружающих при отсутствии переносчика практически не опасен. Исключением является чума (легочная форма), высокозаразная для окружающих.

К группе кровяных инфекций относятся сыпной и возвратный тифы, клещевой риккетсиоз, сезонные энцефалиты, малярия, лейшманиозы и другие болезни.

IV. Инфекции наружных покровов. Заразное начало обычно проникает через поврежденные наружные покровы. К ним относятся венерические болезни, передающиеся половым путем; бешенство и содоку, заражение которыми происходит при укусе больными животными; столбняк, возбудитель которого проникает в организм раневым путем; сибирская язва, передающаяся прямым контактом от животных или через загрязненные спорами предметы обихода; сап и ящур, при которых заражение происходит через слизистые оболочки, и др.

Следует отметить, что при некоторых болезнях (чуме, туляремии, сибирской язве и др.) может быть множественный механизм передачи инфекции.

3. Социально значимые инфекции в современном мире

Вопреки ожиданиям, роль инфекционных заболеваний в последние годы вновь начинает возрастать.

Многие инфекции способны к эпидемическому распространению среди значительной части населения. Со времен античности известны десятки примеров, когда внезапно вспыхнувшие эпидемии не только изменяли ход текущих исторических событий, но и определяли дальнейшую судьбу целых цивилизаций. Последние исследования доказывают, что многие сердечно-сосудистые и онкологические заболевания инициируются инфекционными агентами.

По влиянию на основные демографические показатели можно выделить три основные группы инфекций. К первой группе относятся инфекции, вызывающие высокую смертность среди детей (корь, малярия). Ко второй группе относятся инфекции, склонные к эпидемическому распространению (чума, оспа). К третьей группе относятся весьма распространенные инфекции, передаваемые половым путем.

К концу XX века удалось полностью избавиться от оспы. Чума и холера теперь являются легко излечимыми заболеваниями при применении сравнительно недорогих лекарств.

В настоящее время проблема инфекционной патологии заключается в том, что развитие современной цивилизации привело к распространению "новых инфекций". Так, например, сальмонеллез превратился в проблему развитых стран, благодаря экономически выгодному созданию мест централизованного хранения и переработки мясных продуктов и развитию сети общественного питания. Иерсиниоз (заболевание, являющееся причиной развития сердечной патологии) распространился благодаря тому, что хранить продукты стали в условиях пониженных температур, наиболее благоприятных для данного вида возбудителей. Легионеллез стал причиной эпидемических вспышек в результате попадания возбудителя этой болезни в системы искусственной вентиляции. К новым инфекциям относится недавнее появление синдрома приобретенного иммунного дефицита, губчатого энцефалита коров, "атипичной" пневмонии, "птичьего" гриппа и т.п.

Наиболее заметными в первой половине XXI столетия могут стать такие заболевания, как инфекции, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и инфекции вирусами, вызывающими гепатиты В и С. В классификационном смысле эти возбудители формируют группу инфекций, передающихся (в естественных условиях) половым путем, часто пожизненно сохраняющихся в организме зараженного человека и вызывающих гибель через много лет после инфицирования. Из ранее известных инфекций к этой группе может быть с некоторыми оговорками отнесен сифилис, при котором смертельно опасные поражения центральной нервной системы или сердечно-сосудистой системы развиваются через много лет после заражения. Другие инфекции, передаваемые половым путем (такие, например, как гонорея), редко приводят к смерти даже в отдаленной перспективе.

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Социально-ориентированные функции.

2. Способы передачи инфекционных заболеваний.

3. Нормативно-правовая база по работе с инфекционными больными.

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварогъ - ИВФСПТ, 2017.
2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр человеческих ценностей, 2018.
3. Гусейнов А.А., Иррлитц Г. Краткая история этики. М.,2017.
4. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профессиограмма социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.
5. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.:Академия, 2017.
6. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.
7. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.
8. Солоницына А.А.Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

Практическая работа №2

Тема: Организация социально-медицинской помощи при инфекционных заболеваниях.

Время выполнения:

Цель: Изучить организацию социально-медицинской помощи при инфекционных заболеваниях.

Оборудование: Типовые технологические процессы; учебная литература, учебная тетрадь , ручка, карандаш

Теоретические сведения

Данный этап помимо возможного медицинского лечения включает следующие меры социального сопровождения:

- разработка программ индивидуальной реабилитации;
- защита права клиента и его семьи на получении необходимых услуг и материальной помощи, связанной с инвалидностью, временной нетрудоспособностью и т.п.;
- разработка рекомендаций для учреждений, участвующих в реабилитации данного человека (например, школы, в которой ребенок будет продолжать учиться после длительного перерыва, вызванного болезнью);
- поддержание связи между учреждениями медико-социальной помощи и клиентом, если его реабилитация осуществляется на дому (патронажи, телефонные переговоры, переписка);
- вовлечение семьи в процесс реабилитации;
- осуществление разнообразных видов реабилитации (психологической, педагогической, профессиональной, экономической, бытовой, спортивной, правовой);

- координация деятельности различных учреждений –
выработка единой стратегии между всеми участниками социального сопровождения клиента;

- установление связей между клиентами, имеющими сходные проблемы –
образование групп самопомощи; формирование «терапевтических сообществ»,
привлечение клиента и его семьи к работе с другими клиентами, находящимися на начальных стадиях преодоления болезни или ее последствий;

- организация и проведение обучающих программ для специалистов;

- формирование общественного мнения относительно медико-социальных проблем и конкретных категорий населения, имеющих прямое отношение к этим проблемам (например, преодоление дискриминации ВИЧ-инфицированных и др.)

Перечисленные меры дают представление о многоплановости реабилитационного этапа медико-социальной помощи населению, в осуществлении которого должны быть активно задействованы и социальные работники.

Таким образом, понимая здоровье как единство биологического и социального в человеке, мы считаем, что помощь по поводу любых нарушений здоровья и их профилактики должна носить медико-социальный характер. Учитывая многоплановость этой деятельности, следует выделять в ней отдельные этапы, такие, как профилактический, терапевтический, реабилитационный.

4. Социальная работа с инфекционными больными

Социальная работа в здравоохранении имеет много общего по своей сути с медико-социальной помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом. Но при этом она не претендует на выполнение лечебно-диагностических функций, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и четкое разграничение функций между медицинскими и социальными работниками.

Специалист по социальной работе выполняет профилактическую работу через реализацию следующих функций[5]:

2. Интегративные функции:

–Участие в разработке региональных комплексных целевых программ по профилактике инфекционных заболеваний среди населения на основе федеральной программы.

–Участие в реализации программ по раннему выявлению инфекционных больных (организация массовых профилактических осмотров, диспансеризации выявленных больных и пр.).

–Организация медико-социальной экспертизы инфекционных больных.

–Определение оснований для признания гражданина инвалидом.

3. Медико-ориентированные функции:

–Ранняя диагностика инфекционных заболеваний у различных групп населения путем участия в проведении массовых медицинских осмотров.

–Предупреждение усугубления медицинских последствий и преждевременной смертности от инфекционных болезней и их последствий, внедрение и использование современных эффективных методов и технологий лечения инфекционных болезней.

–Медицинский патронаж больных с инфекционными заболеваниями.

–Пропаганда медицинских знаний по профилактике инфекционных заболеваний.

4. Социально-ориентированные функции:

–Определение потребности инвалида в различных видах социальной защиты.

–Содействие инвалиду в реализации его прав, представление интересов в органах власти.

–Участие в определении дееспособности, возможной опеке и попечительстве.

–Содействие в получении пенсий, пособий и выплат.

–Содействие в получении материальной помощи.

–Содействие в решении жилищных проблем.

–Социально-правое консультирование.

Основными и исполнителями этого раздела работы должны быть региональные, муниципальные отделы социального обеспечения.

Социальная работа патогенетической направленности включает следующие функции:

2. Интегративные функции:

–Участие в разработке индивидуальной программы реабилитации инвалида.

–Совместный медико-социальный патронаж больных и инвалидов вследствие инфекционного заболевания.

–Организация лечения и медицинского контроля.

3. Медико-ориентированные функции:

–Проведение мер медицинской реабилитации инвалидов: восстановительного и санаторно-курортного лечения, клиничко-функционального контроля.

–Медицинский патронаж инвалидов вследствие инфекционного заболевания.

4. Социально-ориентированные функции:

–Психотерапия и психокоррекция.

–Семейное консультирование.

–Проведение мер социальной реабилитации инвалидов – создание барьерной 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.

–Обеспечение преемственности во взаимодействии со специалистами смежных профессий.

–Помещение клиента в стационарные учреждения социального обслуживания.

–Организация психологической поддержки клиенту с медико-социальными проблемами членами семьи и ближайшим окружением.

–Вовлечение членов семьи и ближайшего окружения клиента в деятельность сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического, социально-правового и благотворительного характера.

–Создание реабилитационной социально-бытовой среды.

–Содействие в создании реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры.

Таким образом, функции специалиста по социальной работе, участвующего в оказании медико-социальной помощи инфекционным больным включают: диагностику социальных и психологических проблем больных инфекционными заболеваниями, а также членов их семей; информирование клиентов или их законных представителей о состоянии здоровья, диагнозе и прогнозе; предоставление информации клиентам и членам их семей о правах и льготах в связи с инфекционным заболеванием; участие в проведении мероприятий по их социальной защите; обучение родственников практическим навыкам общего ухода за больным.

2.4. Нормативно-правовая база по работе с инфекционными больными

В целях охраны здоровья, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и социальной защиты инфицированных граждан Российской Федерации был принят ряд законов. В ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17 июля 1998 года, который устанавливает правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней, в ст. 4 указано, что государственная политика в области иммунопрофилактики направлена на предупреждение, ограничение распространения и ликвидацию инфекционных болезней.

В области иммунопрофилактики государство гарантирует:

- доступность для граждан профилактических прививок;
- бесплатное проведение профилактических прививок, включенных в национальный календарь профилактических прививок, и профилактических прививок по эпидемическим показаниям в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения;
- социальную защиту граждан при возникновении поствакцинальных осложнений;
- разработку и реализацию федеральных целевых программ и региональных программ;
- использование для осуществления иммунопрофилактики эффективных медицинских иммунобиологических препаратов;
- государственный контроль качества, эффективности и безопасности медицинских иммунобиологических препаратов;
- поддержку научных исследований в области разработки новых медицинских иммунобиологических препаратов;
- обеспечение современного уровня производства медицинских иммунобиологических препаратов;
- государственную поддержку отечественных производителей медицинских иммунобиологических препаратов;
- включение в государственные образовательные стандарты подготовки медицинских работников вопросов иммунопрофилактики;
- совершенствование системы статистического наблюдения;
- обеспечение единой государственной информационной политики;
- развитие международного сотрудничества.

Реализацию государственной политики в области иммунопрофилактики обеспечивают Правительство Российской Федерации и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

В ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" № 52-ФЗ от 30 марта 1999 г. (в ред. от 31 декабря 2005 г.) в ст.33 обозначены следующие меры в отношении больных инфекционными заболеваниями:

1. Больные инфекционными заболеваниями, лица с подозрением на такие заболевания и контактировавшие с больными инфекционными заболеваниями лица, а также лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных болезней, подлежат лабораторному обследованию и медицинскому наблюдению или лечению и в случае, если они представляют опасность для окружающих, обязательной госпитализации или изоляции в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2. Лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных заболеваний, если они могут явиться источниками распространения инфекционных заболеваний в связи с особенностями и производства, в котором они заняты, или выполняемой ими работой, при их согласии временно переводятся на другую работу, не связанную с риском распространения инфекционных заболеваний. При невозможности перевода на основании постановлений главных государственных санитарных врачей и их заместителей они временно отстраняются от работы с выплатой пособий по социальному страхованию.

Путем непрямого контакта могут передаваться только инфекционные болезни, возбудители которых устойчивы к воздействиям внешней среды. Примером длительного сохранения микробов при непрямом контакте могут служить споры возбудителей сибирской язвы и столбняка, сохраняющиеся иногда в почве в течение десятилетий.

2. Фекально-оральный механизм передачи. При этом возбудители болезней выделяются из организма людей с фекалиями, а заражение происходит через рот с пищей и водой, загрязненными фекалиями.

Пищевой путь передачи инфекционных болезней является одним из наиболее частых. Этим путем передаются как возбудители бактериальных инфекционных болезней (брюшной тиф, паратифы, холера, дизентерия, бруцеллез и др.), так и некоторых вирусных заболеваний (болезнь Боткина, полиомиелит, болезнь Борнхольма). Заражение может произойти через инфицированные продукты животных (молоко и мясо бруцеллезных животных, мясо животных или утиные яйца, содержащие сальмонеллезные бактерии и т. д.). Возбудители болезней могут попасть на туши животных при разделке их на загрязненных бактериями столах, при неправильном хранении и транспортировке и т. д. При этом надо помнить, что пищевые продукты могут не только сохранять микробов, но и служить питательной средой для размножения и накопления микроорганизмов (молоко, мясные и рыбные продукты, консервы, различные кремы).

Определенная роль в распространении кишечных инфекционных болезней, имеющих фекально-оральный механизм заражения, принадлежит *мухам*. Садясь на грязные подкладные судна, различные нечистоты, мухи загрязняют лапки и всасывают в кишечную трубку болезнетворные бактерии, а затем переносят и выделяют их на пищевые продукты и посуду. Микробы на поверхности тела мухи и в кишечнике остаются жизнеспособными в течение 2—3 дней. При употреблении загрязненных продуктов и пользовании загрязненной посудой происходит заражение. Поэтому *уничтожение мух* является не только общегигиеническим мероприятием, но и преследует цель профилактики кишечных инфекционных болезней. Наличие мух в инфекционной больнице или отделении недопустимо.

4. Водный путь передачи инфекционных болезней. Через загрязненную фекалиями воду могут передаваться холера, брюшной тиф и паратифы, дизентерия, туляремия, бруцеллез, лептоспирозы и т. д. Передача возбудителей при этом происходит как при питье зараженной воды, так и при обмывании продуктов, а также при купании в ней.

5. Передача через воздух происходит при инфекционных болезнях, локализующихся преимущественно в дыхательных путях: корь, коклюш, эпидемический менингит, грипп, натуральная оспа, легочная форма чумы, дифтерия, скарлатина и т. д. Большинство из них переносится с капельками слизи — *капельная инфекция*. Передающиеся таким путем возбудители обычно малоустойчивы во внешней среде и быстро в ней гибнут. Некоторые микробы могут также передаваться с частицами пыли — *пылевая инфекция*. Этот путь передачи возможен только при инфекционных болезнях, возбудители которых устойчивы к высушиванию (сибирская язва, туляремия, туберкулез, Ку-лихорадка, натуральная оспа и т. д.).

Некоторые инфекционные болезни распространяются кровососущими членистоногими. Насосавшись крови у больного человека или животного, содержащей возбудителей, переносчик остается заразным длительное время. Нападая затем на здорового человека, переносчик заражает его. Таким образом,

блохи передают чуму, вши — сыпной и возвратный тифы, клещи — энцефалит и т. д.

Наконец, возбудители болезней могут переноситься летающими насекомыми-переносчиками; это так называемый трансмиссивный путь. В одних случаях насекомые могут быть только простыми механическими переносчиками микробов. В их организме не происходит развития и размножения возбудителей. К ним относятся мухи, переносящие возбудителей кишечных болезней с фекалий на пищевые продукты [13]. В других случаях в организме насекомых происходит развитие или размножение и накопление возбудителей (вошь при сыпном и возвратном тифах, блоха — при чуме, комар—при малярии). В таких случаях насекомые являются промежуточными хозяевами, а основными резервуарами, т. е. источниками инфекции, служат животные или больной человек. Наконец, возбудитель может длительно сохраняться в организме насекомых, передаваясь зародышевым путем через откладываемые яйца (трансовариально). Так передается от одного поколения клещей следующему вирус таежного энцефалита. Для некоторых инфекций путем передачи является почва. Для возбудителей кишечных инфекций она является лишь местом более или менее кратковременного пребывания, откуда они могут затем проникнуть в источники водоснабжения; для спорообразующих микробов — сибирская язва, столбняк и другие раневые инфекции — почва бывает местом длительного хранения.

Возбудители инфекционных болезней, как мы видели выше, передаются от больных здоровым различными путями, т. е. для каждой инфекции характерен определенный механизм передачи. Механизм передачи инфекции и положен Л. В. Громашевским в основу классификации инфекционных болезней. По классификации Л. В. Громашевского инфекционные болезни делятся на четыре группы.

I. Кишечные инфекции. Основным источником инфекции являются больной человек или бактерионоситель, выделяющие с испражнениями огромные количества возбудителей. При некоторых кишечных инфекционных заболеваниях возможно также выделение возбудителя с рвотными массами (холера), с мочой (брюшной тиф).

Заразное начало проникает в организм через рот вместе с пищей или питьевой водой, загрязненными во внешней среде теми или иными способами.

К кишечным инфекционным болезням относятся брюшной тиф, паратифы А и В, дизентерия, амебиаз, токсикоинфекции, холера, болезнь Боткина, полиомиелит и др.

II. Инфекции дыхательных путей. Источником инфекции является больной человек или бактерионоситель. Воспалительный процесс на слизистых оболочках верхних дыхательных путей вызывает кашель и чиханье, что обуславливает массовое выделение заразного начала с капельками слизи в окружающий воздух. Возбудитель проникает в организм здорового человека при вдыхании воздуха, содержащего зараженные капельки (рис. 2). К инфекциям дыхательных путей относятся грипп, инфекционный мононуклеоз, натуральная оспа, эпидемический менингит и большинство детских инфекций.

III. Кровяные инфекции. Возбудители этой группы болезней имеют основную локализацию в крови и лимфе. Инфекция из крови больного может попасть в кровь здорового лишь при помощи кровососущих переносчиков (рис. 3). Человек, больной инфекцией данной группы, для окружающих при отсутствии переносчика практически не опасен. Исключением является чума (легочная форма), высокозаразная для окружающих.

К группе кровяных инфекций относятся сыпной и возвратный тифы, клещевой риккетсиоз, сезонные энцефалиты, малярия, лейшманиозы и другие болезни.

IV. Инфекции наружных покровов. Заразное начало обычно проникает через поврежденные наружные покровы. К ним относятся венерические болезни, передающиеся половым путем; бешенство и содоку, заражение которыми происходит при укусе больными животными; столбняк, возбудитель которого проникает в организм раневым путем; сибирская язва, передающаяся прямым контактом от животных или через загрязненные спорами предметы обихода; сап и ящур, при которых заражение происходит через слизистые оболочки, и др.

Следует отметить, что при некоторых болезнях (чуме, туляремии, сибирской язве и др.) может быть множественный механизм передачи инфекции.

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Социально-ориентированные функции.

2. Способы передачи инфекционных заболеваний.

3. Нормативно-правовая база по работе с инфекционными больными.

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварог - ИВФСПТ, 2017.
2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр человеческих ценностей, 2018.
3. Гусейнов А.А., Иррлитц Г. Краткая история этики. М.,2017.
4. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профессионаграмма социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.
5. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.:Академия, 2017.
6. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.
7. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.
8. Солоницына А.А.Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

Практическая работа №3

Тема: Организация социально-медицинской помощи при неинфекционных заболеваниях.

Время выполнения:

Цель: Изучить организацию социально-медицинской помощи при неинфекционных заболеваниях.

Оборудование: Типовые технологические процессы; учебная литература, учебная тетрадь, ручка, карандаш

Теоретические сведения

К социально значимым неинфекционным заболеваниям относятся сахарный диабет, гипертоническая болезнь (протекающая с осложнениями), опухоли и психические болезни.

Из них наиболее распространенным является сахарный диабет. В настоящее время им страдают около 6% населения мира, а в России 8,5 млн жителей. Нередко сахарный диабет протекает с развитием осложнений, которые являются причинами инвалидизации больных и смерти в молодом возрасте. Помимо медицинских проблем, высокий уровень заболеваемости диабетом сопровождается появлением разнообразных социальных проблем, которые приходится решать самому больному, его семье, медицинскому персоналу, государству.

Сахарный диабет – это заболевание, вызванное абсолютными или относительным недостатком гормона инсулина в организме человека, который регулирует, наряду с другими факторами, углеводный обмен и обмен глюкозы в частности. Он обеспечивает поступление глюкозы в клетки из крови, когда она там повышается после еды, физической нагрузки, нервно-психического напряжения.

Таким образом, уровень глюкозы в крови является относительно стабильным (от 3,3 до 5,5 миллимолей в литре) в разное время суток и в разных физиологических состояниях человека. После приема пищи, богатой углеводами и жирами, уровень глюкозы естественно повышается, но через два часа у здоровых людей возвращается в норму. У больных сахарным диабетом недостаток инсулина сопровождается повышением уровня сахара в крови натощак и после каждого приема пищи. При этом уровень глюкозы в крови нормализуется не через два часа, а через большее время.

Повышение уровня глюкозы в крови – гипергликемия – является одним из признаков сахарного диабета. Кроме этого у больных отмечается повышенное выделение мочи (полиурия) и жажда, которая требует повышенного приема жидкости (полидипсия). Почти всегда у таких больных глюкоза обнаруживается в моче (глюкозурия). Сахарный диабет не является единым заболеванием. В зависимости от причин его возникновения и механизмов развития выделяют несколько клинических форм, среди которых наиболее часто встречаются **инсулинзависимый диабет** (диабет I типа) и **инсулиннезависимый диабет** (диабет II типа).

Инсулинзависимый диабет имеет острое начало, поражает молодых людей и детей (что свидетельствует о его генетической основе), приводит к похудению, часто протекает с осложнениями, и для его коррекции требуется введение больному инсулина.

Инсулиннезависимый диабет чаще возникает у людей старше 40 лет. Нередко он выявляется случайно при профилактических осмотрах (т.е. может протекать бессимптомно). Он так же, как и диабет I типа, имеет наследственную предрасположенность, провоцируется переизбытком или чрезмерным употреблением алкоголя. У больных, как правило, имеется избыточный вес.

Для компенсации обменных и других нарушений иногда достаточно соблюдать диету с ограничением углеводов, жиров и принимать сахаропонижающие лекарственные средства. Причинами возникновения диабета называются генетические факторы, перенесенные вирусные инфекции (эпидемический паротит, краснуха, корь, гепатит), нарушения в иммунной системе, а также избыточное питание.

Диагностика явного диабета не вызывает затруднений. Больные предъявляют характерные для этого заболевания жалобы на сухость во рту, повышение аппетита и чрезмерную жажду,

повышенное выделение мочи, похудение, сонливость, повышенную утомляемость, склонность к инфекции.

Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы при диабете являются одной из главных причин смерти при этом заболевании. Они могут проявляться поражением мелких сосудов (артериол и капилляров), сетчатки глаза и почек. Диабетическая ретинопатия приводит к резкому ухудшению зрения и слепоте, а диабетическая нефропатия часто заканчивается развитием почечной недостаточности и смертью. Нередко поражаются мелкие сосуды нижних конечностей, что сопровождается развитием гангрены из-за недостаточного притока крови.

В крупных артериальных сосудах развивается атеросклероз с образованием бляшек на внутренней поверхности сосуда и уменьшением его просвета. При подобном поражении сосудов сердца развивается инфаркт миокарда. У больных диабетом он протекает атипично, трудно диагностируется и заканчивается смертью у половины пациентов.

У большинства больных диабетом имеются проявления нарушений нервной системы в виде чувствительности (глубокой и поверхностной), снижения рефлексов, двигательных расстройств. Наиболее грозным осложнением является развитие коматозного состояния. Комы при диабете возникают как при очень высоком уровне глюкозы в крови (гипергликемическая кома), так и при падении уровня сахара менее 2,2 миллимоля (гипогликемическая кома).

Гипергликемическая кома развивается при отказе от использования инсулина и сахаропонижающих средств, грубых нарушениях диеты, употреблении большого количества алкоголя. Признаками наступающей комы являются сильная головная боль, боли в животе, отвращение к пище, появление запаха ацетона изо рта.

Гипогликемическая кома развивается при передозировке инсулина, голодании, нервно-психическом перевозбуждении. Начинается кома внезапно, остро. Субъективно больные ощущают выраженный голод. Кожа на лице бледнеет, на лбу появляются крупные капли холодного пота. После этого развиваются судороги и утрата сознания. Для предупреждения гипогликемической комы больные часто имеют при себе сахар, шоколад или сладкий фруктовый сок.

Сахарный диабет требует от больных соблюдения определенного образа жизни, который включает в себя эффективный самоконтроль и регулярные медицинские обследования, понимания медицинской и социальной сути этой патологии, выполнения позитивных психологических установок, касающихся всех аспектов человеческой жизни.

Гипертоническая болезнь – это стойкое повышение артериального давления выше нормы (более 140/90 мм рт. ст.). Она является самой распространенной формой патологии, для которой характерно повышение артериального давления. Помимо ее, выделяют вторичные артериальные гипертензии – почечную, эндокринную и др.

Гипертоническая болезнь и вторичные артериальные гипертензии имеют разные причины возникновения, механизмы развития и принципы лечения. В современной России повышение артериального давления обнаруживается у 50 млн человек.

Причины повышения артериального давления в большинстве случаев заболеваний не известны. Артериальное давление повышается у большинства людей с увеличением возраста, так как нарушаются механизмы его регуляции. Это одно из естественных проявлений старения организма.

Развитие артериальной гипертензии у молодых людей гораздо опаснее из-за возможности развития патологии, угрожающей жизни пациентов. Инсульты, острая и хроническая

сердечная недостаточность, инфаркт миокарда значительно чаще осложняют гипертоническую болезнь у больных, которые не отказываются от вредных привычек (курение, прием большого количества алкоголя, употребление жирной пищи) и ведут малоподвижный образ жизни.

При правильно подобранном лечении какие-либо симптомы заболевания, кроме повышенного артериального давления, отсутствуют. Только при его значительном увеличении появляются упорная головная боль, тошнота, рвота, нечеткость зрения, мелькание "мушек" перед глазами, одышка, сердцебиение, тревожность.

Гипертоническая болезнь требует от больных определенного образа жизни: посещения регулярных медицинских осмотров, тщательного подбора диеты, отказа от вредных привычек, регулярных физических нагрузок.

Онкологические заболевания – это болезни, при которых расстройства организма вызываются опухолями, состоящими из атипичных клеток, образующих опухоли в какой-либо ткани, отличающихся от нормальных клеток этой ткани по ряду признаков.

Опухолевые клетки обладают способностью к беспредельному числу делений. При этом сам процесс деления нарушается: клетки имеют разную форму и размеры. Их функция и обмен веществ резко отличается от соответствующих здоровых клеток.

В целом при всех социально значимых неинфекционных заболеваниях уровень инвалидности весьма высокий, что является результатом неблагоприятного течения болезней, их поздней диагностики и лечения. Получение больными инвалидности сопровождается формированием у них существенных финансовых проблем, так как размер пенсии не позволяет сохранять определенный уровень жизни.

Для государства при этом еще более усугубляется проблема уменьшения количества трудоспособных граждан. Финансовые проблемы больных и их семей обостряются с расширением спектра платных услуг, оказываемых лечебно-профилактическими учреждениями.

Лица, страдающие социально значимыми заболеваниями, имеют право на получение бесплатных лекарственных препаратов и медицинских средств, однако могут приобретать в месяц только четыре таких наименования, что является недостаточным для эффективной коррекции болезни. Например, при сахарном диабете больным выдают 2–3 вида инсулиновых препаратов, шприцы и диагностические полоски для глюкометра. При этом пациентам необходимы витаминные препараты, микроэлементы, противовоспалительные средства, лекарства для улучшения кровообращения. Они приобретаются самим больным.

Помимо этого, весьма дорогими являются продукты, составляющие основу диеты больных диабетом (овощи, фрукты, мясо, рыба). Необходимо заметить, что покупка глюкометров и тест-полосок к ним для пенсионеров представляет существенную финансовую проблему.

Высокий уровень заболеваемости социально значимой патологией усугубляет сложную демографическую ситуацию в современной России. Семьи, в которых кто-либо из супругов заболевает болезнью из этой группы, чаще распадаются, в них рождается меньше детей и чаще рождаются больные дети.

Больные с психической патологией могут представлять угрозу безопасности для окружающих. Они нередко нарушают общественный порядок, создают бытовые проблемы для своих соседей, в их семьях часто возникают различные имущественные споры. Больные психиатрического профиля с сексуальной патологией (педофилы, сексуальные маньяки) практически пожизненно должны находиться под наблюдением медицинских работников и сотрудников правоохранительных органов.

Для решения разнообразных социальных проблем данной группы заболеваний необходима целостная система социальных мероприятий, сформированных на федеральном, территориальном и муниципальном уровнях. В эту систему должны входить информационные и образовательные программы по вопросам возникновения, диагностики и лечения болезней, их профилактики, психологической, социальной и профессиональной реабилитации.

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Основные неинфекционные заболевания.

2. Кто из больных представляет угрозу для окружающих, почему?

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварог - ИВФСПТ, 2017.
2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр
3. человеческих ценностей, 2018.
4. Гусейнов А.А., Иррлитц Г. Краткая история этики. М.,2017.
5. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профессиограмма социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.
6. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.:Академия, 2017.
7. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.
8. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.
9. Солоницына А.А.Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.
10. А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

Практическая работа №4

Тема: Транспортировка и сопровождение клиента в лечебно-профилактическое учреждение

Время выполнения:

Цель: Изучить организацию транспортировки и сопровождения клиента в лечебно-профилактическое учреждение

Оборудование: Типовые технологические процессы;

учебная литература, учебная тетрадь , ручка, карандаш

Теоретические сведения

Транспортировка - перевозка и переноска больных к месту оказания медицинской помощи и лечения. Способ транспортировки больного из приёмного покоя в отделение определяет врач, проводящий осмотр. Средства передвижения (каталки, носилки) обеспечиваются простынями и одеялами. Последние необходимо менять после каждого употребления. Больные, которые передвигаются самостоятельно, из приёмного отделения поступают в палату в сопровождении младшего медицинского персонала (младшей медицинской сестры, санитарок или санитаров).

Больных, которые не могут передвигаться, транспортируют в отделение на носилках или в кресле-каталке.

Транспортировка больного на носилках вручную

Оснащение: носилки.

Нести больного на носилках следует без спешки и тряски, двигаясь не в ногу.

Вниз по лестнице больного следует нести ногами вперёд, причём ножной конец носилок нужно приподнять, а головной - несколько опустить (таким образом достигается горизонтальное положение носилок. При этом идущий сзади держит ручки носилок на выпрямленных в локтях руках, идущий спереди - на плечах.

Вверх по лестнице больного следует нести головой вперёд также в горизонтальном положении. При этом идущий впереди держит ручки носилок на выпрямленных в локтях руках, идущий сзади - на плечах.

Перекладывание больного с носилок (каталки) на кровать

Порядок перекладывания.

1. Поставить головной конец носилок (каталку) перпендикулярно к ножному концу кровати. Если площадь палаты небольшая, поставить носилки параллельно кровати.
2. Подвести руки под больного: один санитар подводит руки под голову и лопатки больного, второй - под таз и верхнюю часть бёдер, третий - под середину бёдер и голени. Если транспортировку осуществляют два санитара, один из них подводит руки под шею и лопатки больного, второй - под поясницу и колени.
3. Одновременно согласованными движениями поднять больного, вместе с ним повернуться на 90° (если носилки поставлены параллельно - на 180°) в сторону кровати и уложить на неё больного.
4. При расположении носилок вплотную к кровати, удерживать носилки на уровне кровати, вдвоём (втроём) подтянуть больного краю носилок на простыне, слегка приподнять его вверх и переложить больного на кровать.

Перекладывание больного с кровати на носилки (каталку)

Порядок перекладывания.

1. Поставить носилки перпендикулярно кровати, чтобы их головной конец подходил к ножному концу кровати.
2. Подвести руки под больного: один санитар подводит руки под голову и лопатки больного, второй - под таз и верхнюю часть бёдер, третий - под середину бёдер и голени. Если транспортировку осуществляют два санитара, один из них подводит руки под шею лопатки больного, второй - под поясницу и колени.
3. Одновременно согласованными движениями поднять больного, вместе с ним повернуться на 90° в сторону носилок и уложить на них больного.

Усаживание больного в кресло-каталку

Порядок усаживания.

1. Наклонить кресло-каталку вперёд и наступить на подножку кресла.

2. Предложить пациенту встать на подножку и усадить его, поддерживая, в кресло. Пролеследить, чтобы руки пациента занимали правильное положение - во избежание травмы они не должны выходить за подлокотники кресла-каталки.

3. Вернуть кресло-каталку в правильное положение.

4. Осуществить транспортировку.

Выбор способа транспортировки

Способ транспортировки и укладывания на носилки больного зависит от характера и локализации заболевания

Санитарно-эпидемиологический режим приёмного отделения

Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в приёмном отделении является составной частью санитарно-эпидемиологического режима больницы и предусматривает следующие мероприятия.

- Обязательная санитарно-гигиеническая обработка поступающих больных.
- Экстренное извещение санитарно-эпидемиологической службы (по телефону и с заполнением особой формы) и обеспечение всех необходимых мер при обнаружении у больного инфекционного заболевания, пищевого отравления, педикулёза.

Регулярная тщательная влажная уборка помещений и поверхностей предметов. Применение различных способов дезинфекции (кипячение, использование дезинфицирующих растворов и ультрафиолетового излучения).

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Транспортировка на носилках в ручную.
2. Транспортировка в кресло каталке.
3. Транспортировка- это?

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварог - ИВФСПТ, 2017.
2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр человеческих ценностей, 2018.
3. Гусейнов А.А., Ирритц Г. Краткая история этики. М.,2017.
4. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профессионаграмма социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.
5. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.:Академия, 2017.
6. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.
7. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.

9. Солоницына А.А. Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

Практическая работа №5

Тема: Оформление медико-социального патронажа

Время выполнения:

Цель: Научиться оформлять медико-социального патронаж.

Оборудование: Типовые технологические процессы;
учебная литература, учебная тетрадь , ручка, карандаш
Теоретические сведения

Патронаж представляет собой вторую форму опекуна. Его главное отличие от полного опекуна заключается в том, что пожилой человек вполне может высказать свое мнение об опекуне и форме опекуна, которое предполагается установить над ним. Обычно такая социальная мера применяется к тем людям, которые либо находятся в преклонном возрасте, либо имеют серьезные проблемы со здоровьем, из-за чего не могут позаботиться о себе в полном объеме, представлять свои интересы. Такой человек может обратиться в органы опеки и попросить, чтобы ему назначили патронажного опекуна, который будет ему помогать. Он в своем заявлении может указать личность того, кого желает видеть своим опекуном.

Форма установления опекуна

Согласно Гражданскому кодексу РФ, регулирующего форму предоставляемого опекуна, человек преклонного возраста (в том числе, ветеран), может получить или полное опекуна, или рассчитывать на патронаж.

Полную опеку назначают тогда, когда гражданин не в состоянии лично позаботиться о себе, выполнять даже самые простые действия по уходу за собой. Обычно такой человек медицинской комиссией, выносящей соответствующее заключение, признается недееспособным. Но, есть и некоторые исключения. Полная опека может даваться и без медицинских на то показаний над гражданином, возраст которого старше 80 лет. В таком случае установление недееспособности не потребуется.

Какие обязанности возлагаются на плечи опекуна, назначенного органом опеки? Ему будет необходимо выполнять полный уход за недееспособным, получать его пенсию и пособия, распоряжаясь средствами только в его интересах, оплачивать коммунальные услуги за опекаемого.

Необходимые условия для оформления патронажа

Опекуном может стать не каждый гражданин страны. Чтобы иметь возможность назначить частичную опеку, необходимо соблюдение определенных условий и правил. Они прописаны в Гражданском кодексе РФ.

Условия патронажа следующие:

- Если у предполагаемого опекаемого имеются какие-либо психические нарушения, над ним может назначаться только полная опека.
- В качестве помощника патронажа для предоставления хозяйственной помощи престарелому гражданину не может назначаться сотрудник соцзащиты.
- Помощником может стать родственник опекаемого. Но, это не обязательное условие.
- Требуется согласие как самого опекаемого, так и его помощника.
- Между подопечным и опекуном составляется определенный вид договора, в котором указываются их права, взаимоотношения и обязанности.

Не так уж и редко бывают случаи, когда опекаемый является инвалидом. Ему могут предоставить помощника для осуществления частичной помощи только тогда, если статус инвалидности не предоставлен опекаемому в связи с имеющимся у него психическим отклонением.

Необходимые действия

Чтобы разобраться с тем, как оформить патронаж над родственником, престарелым гражданином или ветераном, нужно знать об определенных действиях. Все они предусмотрены региональным законодательством.

Для оформления патронажа нужно будет сделать следующее.

Человеку, которому требуется опека, следует подать заявление в органы опеки. Оно обязательно должно быть подкреплено медицинским документом, подтверждающим необходимость предоставления опекунской помощи гражданину по особому состоянию его здоровья. Помимо этого, предполагаемый опекун должен предъявить некоторые документы для патронажа.

Список документов

Гражданин, готовый стать опекуном, также должен подать заявление. Кроме того, нужен проект договора, который должен заключаться между ним и человеком, нуждающимся в опеке.

Чтобы оформление патронажа стало возможным, от гражданина, желающего стать опекуном, должны быть предъявлены также такие документы:

- Медицинское заключение, подтверждающее способность помощника осуществлять необходимый уход.
- Характеристика, взятая на месте работы.
- Документ о прописке или свидетельство его право собственности на жилье (копия).
- Справки из диспансеров (туберкулезного, наркологического, психоневрологического), свидетельствующие об отсутствии проблем в состоянии здоровья.

Когда все документы поданы, органы опеки 1 месяц рассматривают их и выносят решение о назначении или не назначении помощника нуждающемуся в нем гражданину. Если патронажный уход устанавливается, это подтверждается письменным распоряжением. Если же органы опеки отказывают о назначении помощника, то об этом они уведомляют заявителя письменно.

Ключевые права и обязанности опекуна

Все права и обязанности опекуна, полагающиеся ему льготы предусмотрены нормативами Гражданского кодекса и Федеральным законом «Об опеке и попечительстве».

Официально назначенный опекун может проживать отдельно или со своим подопечным, если возникла такая необходимость. Для этого помощнику нужно получить разрешения органов опеки. Оно может предоставляться в двух случаях: если у опекуна нет своего жилья в том населенном пункте, где проживает подопечный, или если подопечный переезжает в жилище своего помощника. Второе, кстати, практикуется гораздо чаще.

Порядок распоряжения денежными средствами опекаемого опекуном

Так как гражданин, нуждающийся в уходе, не может сам полноценно защитить свои права, для получения полноценной помощи от опекуна он передает тому свои права. Это означает, что помощник может управлять денежными средствами опекаемого и его имуществом. При этом, опекун должен действовать только в интересах опекаемого (создание и поддержание надлежащих условий для ветеранов, престарелых лиц или инвалидов).

Специальная доверенность или согласие органов опеки для того, чтобы распоряжаться денежными средствами, не нужна. Все выплаты опекаемого гражданина переводятся на денежный счет опекуна. Чтобы исключить факт траты денег помощником в личных интересах, им составляется в конце каждого отчетного периода отчет о расходе средств. Кроме того, опекун обладает правом без доверенности вступать в договоры, правоотношения или совершать сделки от имени своего подопечного (в его интересах, естественно).

Автоматического наследования имущества опекаемого опекуном нет. Это возможно только если подопечным будет составлено завещание.

Обязанности опекуна, которые отображаются в договоре

Ранее было указано, что между опекуном и опекаемым должен быть разработан и согласован договор. Он необходим для того, чтобы очертить все границы прав и обязательств, а также взаимоотношений сторон. Это может быть один из возможных видов договоров.

Обязательно указываются такие обязанности опекуна:

Необходимость управления имуществом опекаемого. Например, опекун может в интересах своего подопечного сдавать в аренду квартиру, дом, земельный участок или какое-либо другое движимое или недвижимое имущество опекаемого.

Перечисление всех обязанностей по части бытовой и хозяйственной помощи, имущественных отношений и юридических поручений.

Предоставление опекаемому отчетов, в которых указаны выполненные опекуном поручения своего подопечного.

Чем больше подробностей и нюансов будет раскрыто в договоре, тем меньше шансов на то, что в каких-то ситуациях могут возникнуть разногласия. Поэтому нужно постараться, чтобы в документе было все как можно детальнее расписано.

Еще кое-что важное о договоре

В договоре, за выполнением которого следят органы опеки, можно указать самые разные моменты, которые помогут исключить все недоразумения между опекуном и опекаемым. Следует указать, какие действия должен выполнять опекун или помощник по хозяйству, как часто и в каком объеме. Также нужно уточнить, где и в каких условиях должен проживать помощник, будет ли ему предложена компенсация за понесенные в ходе патронажного ухода издержки. Отметим, что бюджетные средства на материальное вознаграждение опекунов не выделяются.

Если составлен договор поручения, прекратить его можно в любой момент (инициатива может исходить от любой из сторон). Также договор может быть

расторгнут, если органы опеки выявили какие-либо несовершенства или серьезные нарушения в ходе его выполнения.

Опека над гражданином старше 80 лет

Лицам, достигшим возраста 80 лет, полагается назначение опекуна. Опека, в свою очередь, может предоставляться в двух формах: патронажа или полной опеки. Чтобы оформить полную опеку, медицинское подтверждение о недееспособности человека не требуется. Достаточно просто самого факта, что предполагаемый опекаемый достиг 80-летнего возраста. Патронаж ветеранов и других престарелых граждан выполняется в установленном законодательстве порядке.

Если опекун дееспособен, но не имеет работы, за осуществление ухода за человеком старше 80 лет ему засчитывают общий трудовой стаж. Также ему полагается начисление выплат за опекунство или помощь в патронаже. Отчисления делаются из Фонда социального страхования в качестве выплаты, являющейся дополнением к пенсии опекаемого. Размер доплаты – 1200 рублей. Если назначена полная опека, то эта сумма переводится на банковский счет самого опекуна.

В статье мы разобрались, как оформить патронаж над пожилым, ветераном или инвалидом, какие права и обязанности опекуна, порядок распоряжения денежными средствами и имуществом опекаемого. Все нюансы по данному вопросу прописаны в законодательных актах и нормативах.

4 Порядок выполнения работы

4.1. Ознакомиться с теоретическим материалом.

4.2. Ответить на контрольные вопросы.

Вывод

Контрольные вопросы

1. Патронаж- это?

2. Условия патронаже.

3. Обязанности опекуна которые отображаются в договоре.

4. Права и обязанности опекуна.

Рекомендуемая литература.

1. Антология социальной работы. Том 1. История социальной помощи в России./Сост. М.В.Фирсов. - М.: Сварогъ - ИВФСПТ, 2017.
2. Барнз Джилл Горелл. Социальная работа с семьями в Англии. М.: Центр
3. человеческих ценностей, 2018.
4. Гусейнов А.А., Иррлитц Г. Краткая история этики. М.,2017.
5. Курбатов В.И., Поручник И.Ф. Теория и практика общения (коммуникативная профессиограмма социального работника) - Российский журнал социальной работы N 1, 2019.
6. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы . – М.:Академия, 2017.
7. Словарь по этике. М.: Политиздат, 2019.
8. Соколов В.М. Социология нравственного развития личности. М.: Политиздат, 1986.
9. Солоницына А.А.Профессиональная этика и этикет. Учебник / А.А. Солоницына.- Владивосток. -Изд-во Дальневост. ун-та, 2018.- 200 с.

