Учебный план программы профессиональной переподготовки «Социальный работник»

Срок обучения: 8,5 недель.

№ п/п	Наименование дисциплин	Общая трудоемкость, в акад. час.	Работа обучающегося в СДО, в акад. час.		Формы промежуточной и итоговой аттестации (ДЗ, З)
			Лекции	Практические занятия и тестирование	
1.	Основы законодательства, регламентирующего предоставление социальных услуг клиентам организации социального обслуживания	48	16	32	ДЗ
2.	Социально-бытовые услуги и технологии их предоставления клиентам	50	20	30	З
3.	Основные социально-медицинские услуги в деятельности социального работника	50	20	30	З
4.	Организация и способы осуществления социально-психологической поддержки клиентов	48	16	32	ДЗ
5.	Социально-правовая помощь клиентам организации социального обслуживания	50	20	30	З
Итоговая аттестация		4			Итоговый междисциплинарный экзамен
ИТОГО		**250**			

Лекция № 1

Основы законодательства, регламентирующего предоставление социальных услуг клиентам организации социального обслуживания

1. Международное законодательство в области социального обслуживания
2. Федеральное законодательство РФ в области социального обслуживания населения
3. Региональная и иная правовая основа социального обслуживания

Международное законодательство в области социального обслуживания

Правовой основой социального обслуживания является ряд международных документов, которые имеют как универсальный характер, так и специализированный. Отметим наиболее крупные международные акты в области социального обслуживания.

Всеобщая декларация прав человека от 10 декабря 1948 года. Положения 22 статьи Всеобщей декларации гласят о том, что человек способен развиваться при условии уважения к своей личности, а также при создании для него условий, когда все люди имеют равные социальные, политические, экономические и иные права в соответствии с ресурсами государства, в котором он проживает, и его структурой.

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах от 19 декабря 1966 года. Нормы пакта закрепляют право всех на социальное обслуживание, а также его нормами гарантируется достаточный уровень жизни.

Конвенция о правах ребенка от 20 ноября 1989 года. Положения Конвенции обязуют государства обеспечить ребенку такую защиту и поддержку, которая необходима для его гармоничного развития и благополучия. Согласно положениям Конвенции, дети имеют право на пользование совершенными услугами здравоохранения, право на образование, а также на социальное обеспечение и социальное обслуживание в первоочередном порядке.

Конвенция ООН о правах инвалидов от 13 декабря 2006 года. Конвенция закрепляет право людей с особенностями развития на полное вовлечение в общественную жизнь без дискриминации в связи с инвалидностью, на защиту всех прав инвалидов, на равный доступ к ресурсам.

Европейская социальная хартия. Европейскую социальную хартию можно назвать ключевым международным документом, провозгласившим и гарантирующим социальные права человека, включая право на социальное обслуживание, которое закреплено в отдельной статье Хартии. Ст. 14 Хартии обязывает стран-участников оказывать содействие в деятельности социальных служб, оказывающих социальные услуги, причем допуская как государственные учреждения, так и благотворительные и негосударственные. В Европейской социальной хартии оказаны особенности социальных прав

различных категорий граждан, тем самым, хартия позволяет учитывать специфику национальностей и половозрастные отличия.

Федеральное законодательство РФ в области социального обслуживания населения

Правовая основа социального обслуживания включает федеральное законодательство, региональное и муниципальное законодательство, локальные акты учреждений.

Рассмотрим наиболее крупные федеральные законы в области социального обслуживания:

1. ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в РФ» от 28 декабря 2013 года. Федеральный закон закладывает основы системы социального обслуживания в стране, закрепляя принципы социального обслуживания, определяя полномочия федеральных и региональных органов государственной власти в области социального обслуживания, формулируя основные понятия социального обслуживания, выделяя права получателей и поставщиков социальных услуг, закрепляя формы социальных услуг и их функции и т.д.
2. ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей». Закон определяет общие принципы социальной поддержки данной категории получателей социальных услуг, меры и содержание социальной поддержки, в том числе социальное обслуживание.
3. ФЗ «О ветеранах» и «Об обязательном пенсионном страховании в РФ» закладывает основы оказания социальных услуг пожилым гражданам.
4. ФЗ «О социальной защите инвалидов РФ». Его нормы закрепляют нормы международного законодательства в этой области и гарантируют достойные условия для жизнедеятельности людям с ограниченными возможностями. В рамках этого был разработан проект «Доступная среда», целью которого является создание условий, инфраструктуры для свободной реализации своих возможностей людям с ограниченными возможностями.
5. ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних». Данным законом определяется порядок деятельности организаций системы профилактики безнадзорности, правила производства по делам несовершеннолетних, помещаемых в специальные учебно-воспитательные учреждения и центры временного содержания.
6. Постановление Правительства РФ "Об утверждении примерного перечня социальных услуг по видам социальных услуг». В соответствии с Постановлением определен перечень социальных услуг, предоставляемых организациями социального обслуживания.

Огромное значение в правовой основе имеют стандарты социального обслуживания. В настоящий момент в РФ разработаны ГОСТы по социальному обслуживанию всех категорий получателей социальных услуг на федеральном и национальном уровнях.

Региональная и иная правовая основа социального обслуживания

Таким образом, субъекты РФ принимают законы о социальном обслуживании на своей территории, уточняя перечень услуг в их регионе, перечень поставщиков социальных услуг, порядка оказания социальных услуг и тарифов на социальные услуги, в случае, когда они оказываются на возмездной основе.

В качестве примера приведем Закон Ставропольского края "Об утверждении перечня социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг Ставропольского края". Также муниципальными органами и учреждениями могут издаваться постановления и положения, регламентирующие работы организаций социального обслуживания. Наиболее распространенным поставщиком социальных услуг являются государственные бюджетные учреждения – комплексные центры социального обслуживания. В рамках своей деятельности ими принимается Устав, положения о деятельности различных отделений в комплексном центре и перечни документов для предоставления той или иной услуги, а также различного характера договоры.

Лекция № 2
Социально-бытовые услуги и технологии их предоставления клиентам

Выполнение технологий социально-бытовых услуг в организациях социального обслуживания, оказывающих услуги в стационарной, надомной и полустационарной формах в рамках системы долговременного ухода, включает в себя реализацию мероприятий ухода.

Технологии социально-бытовых услуг составлены с целью соблюдения единых требований при выполнении мероприятий по уходу медицинскими работниками и персоналом по уходу: младшая медицинская сестра (брат) по уходу, специалист по уходу, санитарка, сиделка, социальный работник.

Принципы выполнения мероприятий по уходу направлены на:

- поддержание личности и сохранение индивидуальности получателей социальных услуг;
- использование принципов кинестетики, с целью безопасного перемещения получателя социальных услуг и профилактики падений;
- обеспечение конфиденциальности при выполнении мероприятий по уходу, ограждение от присутствия посторонних людей, например, ширмой;
- соблюдение правил инфекционной безопасности, независимо от того, где находится получатель социальных услуг, дома или в стационаре, с целью поддержания гигиены и профилактики воспалительных заболеваний.

В этой связи гигиеническая обработка рук персонала проводится всегда до и после выполнения всего комплекса социальных услуг. Важно исключить наличие у персонала по уходу украшений и ювелирных изделий, которыми можно пораниться или поранить получателя социальных услуг.

При выполнении мероприятий по уходу необходимо получить добровольное информированное согласие получателя социальных услуг на выполнение как одной услуги, так и их комплекса. Для уверенности в наличии добровольного информированного согласия получателя социальных услуг на выполнение услуги по уходу, ее предоставление начинают с устного контролирующего вопроса о согласии получателя социальных услуг.

Рекомендуемые мероприятия по уходу определяются в зависимости от показателей здоровья получателей социальных услуг, результатов специальной диагностики, с учетом выявленных ресурсов и проблем, фиксируются в Индивидуальном плане ухода.

Требования к специалистам, участвующим в выполнении технологии социально-бытовых услуг, оказывающим мероприятия по уходу: персонал должен быть обучен правилам выполнения всех услуг по уходу, правилам безопасного перемещения получателей социальных услуг (принципам кинестетики), правилам подачи пищи и кормления. При возникновении вопросов по выполнению тех или иных мероприятий, персонал по уходу должен обратиться к ответственному за качество ухода в организации социального обслуживания.

Контроль за выполнением требований мероприятий по уходу возлагается на заместителя руководителя организации социального обслуживания, курирующего вопросы долговременного ухода.

Мероприятия по уходу при выполнении социально-бытовых услуг представлены в виде алгоритмов, в которых отражены современные требования по подготовке получателя социальных услуг к проведению услуги, технике выполнения и завершения услуги при выполнении следующих технологий социально-бытовых услуг:

1. умывание;
2. бритье;
3. ежедневный уход за волосами;
4. смена подгузника;
5. помощь в пользовании судном, мочеприемником;
6. мытье получателя социальных услуг в кровати;
7. уход за промежностью и наружными половыми органами;
8. смена постельного белья;
9. смена нательного белья;
10. перемещение на край кровати (перемещение – поворот на бок из положения на спине);
11. перемещение на край кровати (подтянуть к изголовью кровати, на середину или на другой край кровати);
12. позиционирование в кровати (физиологичное положение тела в кровати);
13. перемещение из кровати в кресло-коляску (стул);
14. полное купание в душе или ванной комнате;
15. уход за ногтями рук;
16. уход за ногтями ног;
17. подача и прием пищи;
18. сопровождение на прогулку на коляске;
19. сопровождение при ходьбе.

Лекция № 3
Основные социально-медицинские услуги в деятельности социального работника

Социально-медицинская работа представляет собой одно из важных направлений в деятельности социальных учреждений и занимает особое место в практическом здравоохранении.

Увеличение доли пожилых и престарелых в структуре населения, числа больных хроническими заболеваниями, одиноких стариков с особенностями их образа жизни и вытекающими отсюда социальными проблемами выдвигает новые требования к оказанию социально-медицинской помощи. Пожилые и старые люди наряду с непосредственно медицинской помощью, обусловленной тем или иным хроническим заболеванием, не в меньшей степени нуждаются в мероприятиях социально-медицинской реабилитации.

Определить степень участия в трудовой деятельности вышедшего на пенсию пожилого человека, помочь ему адаптироваться к новым условиям, содействовать активному участию в определении режима питания, формированию адекватного образа жизни — это задачи медико-социального специалиста, вооруженного знаниями психофизиологических особенностей стареющего организма и в то же время информацией о возможностях медико-социальной службы.

В социально-медицинской защите нуждаются семьи, имеющие инвалидов и больных с тяжелыми хроническими заболеваниями, пострадавшие от радиоактивного загрязнения среды обитания, а также неполные (материнские или отцовские), многодетные, опекунские, молодые, остронуждающиеся, получающие пенсию по потере кормильца и другие малообеспеченные семьи.

Защита и оказание различных видов социальной помощи, укрепление и развитие семьи, помощь в обеспечении благоприятных условий для выполнения семьей своих основных функций осуществляются в специальных центрах «Семья» или в отделениях медико-социальной помощи при территориальных лечебно-профилактических учреждениях.

Вопросы медицинской помощи решаются на уровне первичной медико-санитарной помощи, которая может быть оказана специалистом по медико-социальной работе высшего или среднего уровня совместно с семейным (участковым) врачом — врачом первичного контакта.

Медико-социальная помощь заключается в решении медицинских, социально-бытовых, психологических, юридических вопросов. Обеспечение инвалидов медикаментами, продуктами питания по льготным ценам, оформление и переоформление документов для направления больного на медико-социальную экспертизу при стойких ограничениях жизнедеятельности и трудоспособности также входят в круг обязанностей медико-социального работника. Больные с ограниченными возможностями должны быть трудоустроены с использованием различных форм организации труда (надомный труд, неполный трудовой день и т.д.).

В компетенцию медико-социального работника входят вопросы, связанные с нетрудоспособностью больных, направленных в санатории из больничных учреждений после хирургического заболевания или оперативного вмешательства, участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС (1986-1987 гг.), инвалидов, пострадавших от радиационного воздействия, эвакуированных из населенных пунктов, подвергшихся радиоактивному загрязнению и других категорий лиц.

Социальный работник медицинской ориентации должен курировать женщин после родов, особенно из неблагополучных семей. Молодые женщины в послеродовом периоде по различным причинам, часто социального характера, не обращают должного внимания на свое здоровье, что может способствовать развитию заболеваний женской половой сферы и отразиться на ее репродуктивной функции.

Рождение ребенка в неполной семье (внебрачный ребенок), рождение второго ребенка, прерывание беременности, продолжение учебы или ее прекращение ввиду опасности осложнения беременности — все эти вопросы входят в компетенцию социального работника и должны решаться как на приеме у медико-социального врача, так и при индивидуальной, патронажной работе в семье с возможным привлечением психолого-педагогических, социально-правовых консультантов.

Своевременное выявление детей из неблагополучных, асоциальных семей, диспансерное наблюдение с момента рождения, направление в ясли, детский сад, при необходимости в санатории «Мать и дитя», туберкулезные санатории, школы для трудновоспитуемых или умственно отсталых позволяет предотвратить аномальные явления в семье (курение, алкоголизм, наркомания) и дает возможность внедрять в социальный жизненный процесс элементы здорового образа жизни.

Специалист медико-социального профиля формирует у населения определенные правила поведения, здоровые привычки, что способствует предупреждению хронических неинфекционных заболеваний, повторных обострении, прогрессирования уже имеющегося заболевания, развития осложнений и неблагоприятных исходов.

Медико-социальная работа, которую проводит социальный работник, — это реальное воплощение медико-социальной защиты населения. Она направлена на оказание конкретной помощи людям, в ней нуждающимся.

Служба медико-социальной помощи комплектуется специально подготовленными работниками исходя из поставленных перед ней задач. Утверждение соответствующих должностей социальных работников с медицинской ориентацией в лечебно-профилактических учреждениях, их квалификационная характеристика, отлаживание системы подготовки кадров для работы в практическом здравоохранении — основы организации медико-социальной службы.

Для оказания полноценной медико-социальной помощи населению необходима трехуровневая система, предусматривающая работу

специалистов с высшим, средним специальным образованием и, персонала, добровольно помогающего ухаживать за престарелыми, одинокими, инвалидами, тяжелыми хроническими больными. Комплексный подход к оказанию медико-социальной помощи предусматривает одновременное участие специалистов всех трех уровней.

В компетенцию специалиста *высшего уровня* (социальный работник с высшим образованием — социально ориентированный врач)

входит получение полной информации о социальном положении населения, создание банка данных — социальной карты региона.

К банку данных предъявляются определенные требования. В нем должны быть сведения не только об общей численности обслуживаемого населения, но и о количестве проживающих на данной территории семей. Из общего числа семей необходимо выделить неполные семьи, многодетные, малообеспеченные, семьи, имеющие в своем составе инвалида, наркологического больного, ребенка-инвалида с детства.

Для успешной социальной работы специалиста медико-социальной направленности очень важно определить социально-экономическую обстановку региона: его криминогенность, уровень заболеваемости социально опасными болезнями (заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП), дифтерия, туберкулез и др.).

Социальный работник медицинского направления с высшим образованием составляет и внедряет программы медико-социальной помощи населению обслуживаемого региона, отлаживает системы взаимодействия с медицинскими работниками лечебно-профилактических учреждений, координирует деятельность медико-социальной службы со смежными вневедомственными организациями (педагоги, психологи, юристы и др.), направляет и контролирует проведение социальных мероприятий работниками среднего звена, решает другие организационные вопросы.

Основными функциями медико-социального работника *среднего звена* является непосредственная патронажная работа с семьями по реализации конкретных услуг: оказание первичной медико-санитарной помощи инвалидам, одиноким, больным хроническими заболеваниями; содействие в обеспечении медикаментами, перевязочными и гигиеническими средствами, продуктами питания через специальные магазины по льготным ценам; организация консультативной помощи правоведов, психологов, педагогов; санитарно-просветительная работа и обучение само- и взаимопомощи; выявление и пресечение аномальных явлений в семье; формирование здорового образа жизни у детей и подростков; осуществление социально-бытовой помощи одиноким престарелым и инвалидам; выявление нуждающихся в ортопедической технике, протезах.

Социально-медицинская работа *третьего уровня* выполняется добровольцами: лицами из числа верующих, представителями Общества Красного Креста и других организаций, которые по убеждению или из чувства сострадания и сочувствия оказывают непосредственную посильную

физическую, моральную, психологическую помощь людям, нуждающимся в посторонней помощи (сиделки у тяжелобольных, одиноких людей, сопровождающие слепых, инвалидов и т.д.).

Через социального работника третьего уровня может осуществляться связь медико-социальных работников поликлиники с добровольными организациями, оказывающими помощь в социальной работе (возрождение благотворительности и милосердия, создание соответствующих добровольных структур).

Одной из рациональных форм организации социальной помощи населению являются **отделения медико-социальной помощи,** создаваемые при территориальных поликлиниках. Формирование медико-социальных структур на базе лечебно-профилактических учреждений целесообразно по многим причинам и обусловлено прежде всего тем, что общественное здоровье зависит от решения как медицинских, так и социальных проблем.

При комплексном подходе к изучению здоровья не вызывает сомнения, что медико-социальная защита населения может быть достигнута совместными усилиями медицинских и социальных работников, организационно объединенных в единую межведомственную систему по охране здоровья.

Медико-социальная защита населения включает, например, такие направления деятельности, как первичная медико-санитарная помощь и реабилитация больных хроническими заболеваниями со стойкой утратой трудоспособности, оказание медицинских услуг по уходу за престарелыми, инвалидами, решение социально-бытовых, юридических, воспитательных, психологических и ряда других проблем, выполнение которых невозможно без медицинской подготовки социальных работников.

Социальный работник медицинского профиля (бакалавр, специалист, магистр), владея знаниями не только медицины, но и таких дисциплин, как психология, педагогика, социальная защита, право, обеспечивает (путем координации деятельности всех служб) медико-социальную помощь и защиту отдельных лиц, семей и населения в целом.

Залог успеха медико-социального работника учреждения здравоохранения в том, что в своей профессиональной деятельности по социальной защите и поддержке населения он не ограничивается

задачами и возможностями одного ведомства, а руководствуется одновременно медицинскими и социальными нормативными требованиями как основополагающей базой, способствующей сохранению и укреплению здоровья.

Медицинский социальный работник, находящийся в структуре медицинского учреждения, высвобождает лечащего врача от непрофильной работы: приема больных, обращающихся для решения медико-социальных вопросов (оформление справок, медицинских карт, выписывание рецептов лекарственных препаратов по социальным показаниям и т.д.).

Медико-социальный работник находит применение своим знаниям и умениям в таких структурах, как дневной стационар при поликлиниках, стационар на дому для наблюдения за больными после так называемой «ранней» выписки из хирургического стационара, как отделения для долечивания, реабилитационные центры, медицинские учреждения медико-социального обеспечения и др.

Структуризация медицинских кадров требует строгой дифференциации труда медицинских работников по степени занятости при оказании специализированной лечебной помощи. Этому способствует и перераспределение больничных коек в зависимости от характера проводимых лечебно-диагностических манипуляций и объема лечебного вмешательства. В этих условиях меняются взаимоотношения медицинских работников и открываются большие перспективы для деятельности медицинского социального работника.

Акцент в работе отделения медико-социальной помощи делается на изучении особенностей жизнедеятельности населения территориального участка, и на основе анализа полученных данных проводятся соответствующие мероприятия.

Приоритетным направлением практической работы медико-социального территориального отделения следует считать формирование и развитие полноценной семьи, в первую очередь, «молодой семьи». С этих позиций правомерно создание медико-социальной службы поддержки семьи в составе отделения медико-социальной помощи при поликлиниках, что методологически подготовлено пересмотром основных положений оказания первичной медико-санитарной помощи населению и введением института «семейных врачей».

Медико-социальные и медицинские работники, объединенные на базе лечебно-профилактического учреждения, обеспечивают не

только своевременное выявление нуждающихся в помощи, но и предоставляют рациональный объем всех необходимых медико-социальных услуг. Медицинский социальный работник выступает в этом случае как доверенное лицо населения своего участка и практически, конкретно, поадресно, с учетом индивидуальных особенностей реализует программу сохранения и укрепления здоровья своих пациентов.

К основным видам деятельности территориального отделения медико-социальной помощи относятся обеспечение первичной, вторичной и третичной профилактики заболеваний путем предупреждения аномальных явлений в семье и у подростков, просветительная работа по гигиеническому воспитанию населения, обучение само- и взаимопомощи, медико-социальная помощь престарелым и неоперабельным больным.

В своей работе социальный работник руководствуется как запросами самого населения, так и целесообразностью и полезностью их осуществления в конкретных условиях.

Медико-социальные услуги должны быть несложными в организации, доступными для всех слоев населения и социально гарантированными по объему и качеству. Немаловажно заинтересовать и вовлечь само население в проведение социальных программ, а также обеспечить участие в их реализации представителей добровольных и благотворительных организаций, фондов, ассоциаций, служителей церкви.

Важным направлением работы отделений медико-социальной помощи следует считать создание благоприятных условий и реальных возможностей для поддержания здоровья и благополучия тех, кто временно оказался в затруднительном положении экономического или социального характера (предоставление рабочих мест, организация производства на дому и т.д.).

Нормативная нагрузка медико-социального работника первого уровня рассчитывается исходя из общей численности обслуживаемого населения. Следует, однако, иметь в виду, что критериями оценки работы может служить не столько общая численность населения, проживающего на участке, сколько количество конкретных семей, более того, неполных семей, семей, имеющих инвалидов, наркологических больных, т.е. семей высокого социального риска. Работа с таким контингентом населения очень сложна, требует настойчивости, усердия, психологического напряжения. Эти факторы, несомненно, усложняют работу социального работника и должны учитываться при определении ежедневной нагрузки.

В то же время расчет нагрузки по количеству проживающих семей в чистом виде применяться не должен, так как это чревато негативными последствиями. Необходимость констатации неизменного числа неблагополучных семей на участке (с целью сохранения прежней нагрузки) не будет способствовать их уменьшению или изменению социальной напряженности другим путем.

Медико-социальный работник второго уровня выполняет непосредственную патронажную, работу в семьях, оказывая практические медико-социальные услуги, поэтому его нагрузка зависит от конкретной деятельности с отдельными пациентами, семьей или коллективом. Нагрузку в этом случае рассчитывают исходя из количества обслуживаемых пациентов (престарелые, одинокие, инвалиды, дети-сироты и т.д.), их жилищных условий, количества семей высокого социального риска, криминогенности обстановки района обслуживания.

Нагрузка социально-медицинского работника третьего уровня определяется гражданской ответственностью лиц, добровольно изъявивших желание в свободное от работы время помогать нуждающимся. Работа добровольных организаций по предоставлению социальных услуг рассматривается как пример милосердия, крайне важный для общества.

В оказании социальной помощи населению значительная роль отводится медицинскому социальному работнику. Дальнейший поиск приемлемых вариантов сотрудничества медицинских и социальных работников будет

способствовать комплексной реализации программы оказания медико-социальных услуг населению.

Лекция № 4
Организация и способы осуществления социально-психологической поддержки клиентов

Профессиональной помощью пациенту в поиске решения проблемной ситуации является социально-психологическое консультирование.

Профессиональное консультирование могут проводить психологи, социальные работники, педагоги или врачи, прошедшие специальную подготовку.

Пациентом могут выступать здоровые или больные люди, предъявляющие проблемы в межличностных отношениях, семейном затруднении или проблемы в профессиональном выборе.

Консультирование – широко распространенный сегодня и один из основных инструментов в области интеллектуальных технологий. Консультативная практика применяется в любой сфере, где используются психологические знания: в организациях и управлении, в медицине и психотерапии, в педагогике и образовании, в кадровой и менеджерской работе. В настоящее время в каждой из этих областей накоплен значительный потенциал знаний и опыт практического использования различных техник консультирования, который может быть полезен для специалистов других сфер практики.

Психологическим консультированием называется особая область практической психологии, связанная с оказанием со стороны специалиста-психолога непосредственной психологической помощи людям, которые нуждаются в ней, в виде советов и рекомендаций. Они даются психологом клиенту на основе личной беседы и предварительного изучения той проблемы, с которой в жизни столкнулся клиент. Чаще всего психологическое консультирование проводится в заранее оговоренные часы, в специально оборудованном для этого помещении, как правило, изолированном от посторонних людей, и в конфиденциальной обстановке.

Психологическое консультирование - это вид психологической помощи, направленный на решение какой-либо узкой проблемы, волнующей человека.

Как правило, консультирование требует от 1 до 20 визитов к психологу. Наиболее частые запросы при психологическом консультировании: неуверенность, одиночество, чувство вины, неумение опираться на себя, трудности во взаимодействии с окружающими, непонимание других людей, трудности в принятии решений, проблемы в супружеских и детско-родительских отношениях и т.д.

Один сеанс психологического консультирования проходит в форме личной беседы психолога с клиентом, длящейся в среднем от нескольких десятков минут до полутора, двух и более часов. В ходе этой беседы клиент рассказывает психологу о себе, о своей проблеме. Психолог, в свою очередь, внимательно выслушивает клиента, стараясь вникнуть в суть его проблемы, разобраться в ней, прояснить ее как для себя, так и для самого клиента. Во время консультации оценивается личность клиента, и с учетом его

индивидуальных особенностей клиенту даются научно обоснованные, аргументированные рекомендации по поводу того, как лучше всего практически решить его проблему.

Советы и рекомендации, предлагаемые клиенту психологом-консультантом, в большинстве случаев рассчитаны на то, чтобы, самостоятельно воспользовавшись ими, клиент смог полностью справиться со своей проблемой без помощи со стороны психолога-консультанта. Психологическое консультирование - это сложившаяся практика оказания действенной психологической помощи людям, основанная на убежденности в том, что каждый физически и психически здоровый человек в состоянии справиться почти со всеми возникающими в его жизни психологическими проблемами. Клиент, однако, далеко не всегда определенно и точно знает заранее, в чем состоит суть его проблемы и как ее лучше всего решать, опираясь на собственные силы и возможности. В этом ему и должен оказать помощь профессионально подготовленный психолог-консультант. Это и есть основная задача психологического консультирования.

Во время консультации психолог обычно применяет специальные приемы и методы работы с клиентом и воздействия на него, рассчитанные на то, чтобы за сравнительно короткий срок (время проведения консультации) найти и точно сформулировать способ практического решения проблемы клиента, причем сделать это таким образом, чтобы данное решение было понятно и доступно для реализации клиенту.

Количество встреч психолога-консультанта с клиентом чаще всего не ограничивается одной-двумя. В большинстве случаев требуется более длительное консультирование, включающее в себя от трех и более встреч с клиентом. Необходимость в таком пролонгированном консультировании возникает в следующих типичных случаях:

Проблема клиента настолько сложна, что разобраться в ней за один-два сеанса практически невозможно.

У клиента имеется не одна, а несколько разных проблем, решение каждой из которых требует отдельной консультации. Предлагаемое решение проблемы не может быть сразу и полностью самостоятельно реализовано клиентом и требует дополнительной поддержки со стороны консультанта.

У психолога-консультанта нет достаточной уверенности в том, что клиент, в силу, например, его индивидуальных особенностей, сразу и без дополнительной помощи справится со своей проблемой. Такое случается, если клиент недостаточно уверен в себе, не может управлять собственными эмоциями и поведением, если уровень его интеллектуального развития недостаточен для того, чтобы в затруднительных ситуациях принять самостоятельное разумное, взвешенное решение.

Консультирование как основной вид психологической практики преследует следующие цели:

1. Оказание оперативной помощи клиенту в решении возникших у него проблем.

У людей часто возникают такие проблемы, которые требуют срочного вмешательства, неотложного решения, - такие, на решение которых клиент не имеет возможности тратить много времени, сил и средств. Подобные проблемы обычно называют оперативными, и аналогичное название закрепляется за соответствующими решениями. Получение срочной психологической помощи в форме устной консультации при решении оперативных проблем становится незаменимым. Например, у родителя ребенка могут возникнуть такие серьезные осложнения во взаимоотношениях с ним, сохранение которых чревато весьма неблагоприятными последствиями для состояния физического и психического здоровья ребенка. У работника какого-либо учреждения также может появиться серьезная, требующая срочного решения проблема, которую ему, например, предстоит уладить в общении со своим непосредственным руководителем во время короткой встречи, назначенной на один из ближайших дней. Третий пример: в семье у мужа или у жены неожиданно резко могут осложниться отношения с супругой (супругом) или с кем-либо из его (ее) родственников. В силу этого в данной семье может сложиться сложная, чреватая серьезными неблагоприятными последствиями обстановка.

2. Оказание клиенту помощи в решении тех вопросов, с которыми он вполне бы смог самостоятельно справиться без вмешательства со стороны, без непосредственного и постоянного участия психолога в его делах, т.е. там, где специальные профессиональные психологические знания, как правило, не нужны и необходим лишь общий, житейский, основанный на здравом смысле совет. Такой, к примеру, проблемой может стать определение клиентом оптимального для себя режима труда и отдыха, рациональное распределение времени между разными видами деятельности.

3. Оказание временной помощи клиенту, который на самом деле нуждается в длительном, более или менее постоянном психотерапевтическом воздействии, но в силу тех или иных причин не в состоянии рассчитывать на него в данный момент времени. В этом случае психологическое консультирование используется в качестве средства оказания текущей, оперативной помощи клиенту, сдерживающей прогрессивное развитие негативных процессов, препятствующей дальнейшему осложнению проблемы, с которой столкнулся клиент. Таким, например, может оказаться весьма неожиданное появление у клиента состояния депрессии.

4. Когда у клиента уже имеется правильное понимание своей проблемы и он, в принципе, готов сам приступить к ее решению, но кое в чем еще сомневается, не вполне уверен в своей правоте. Тогда в процессе проведения психологического консультирования клиент, общаясь с психологом-консультантом, получает с его стороны необходимую профессиональную и моральную поддержку, и это придает ему уверенность в себе.

5. Оказание помощи клиенту в том случае, когда никакой другой возможности, кроме получения консультации, у него нет. В этом случае, проводя психологическое консультирование, специалист-психолог должен

дать понять клиенту, что он на самом деле нуждается в получении более основательной, достаточно длительной психокоррекционной или психотерапевтической помощи.

6. Когда психологическое консультирование применяется не вместо других способов оказания психологической помощи клиенту, а вместе с ними, в дополнение к ним с расчетом на то, что не только психолог, но и сам клиент займется решением возникшей проблемы.

7. В тех случаях, когда готового решения у психолога-консультанта нет, поскольку ситуация выходит за рамки его компетенции, он должен оказать клиенту хотя бы какую-то, пусть даже минимальную и недостаточно эффективную, помощь.

Во всех этих и других подобных случаях психологическое консультирование решает следующие основные задачи:

1. Уточнение (прояснение) проблемы, с которой столкнулся клиент.

2. Информирование клиента о сути возникшей у него проблемы, о реальной степени ее серьезности. (Проблемное информирование клиента.)

3. Изучение психологом-консультантом личности клиента с целью выяснения того, сможет ли клиент самостоятельно справиться с возникшей у него проблемой.

4. Четкое формулирование советов и рекомендаций клиенту по поводу того, как наилучшим образом решить его проблему.

5. Оказание текущей помощи клиенту в виде дополнительных практических советов, предлагаемых в то время, когда он уже приступил к решению своей проблемы.

6. Обучение клиента тому, как лучше всего предупредить возникновение в будущем аналогичных проблем (задача психопрофилактики).

7. Передача психологом-консультантом клиенту элементарных, жизненно необходимых психологических знаний и умений, освоение и правильное употребление которых возможно самим клиентом без специальной психологической подготовки. (Психолого-просветительское информирование клиента.)

2. Консультирование пожилых людей

Большинство консультантов, заинтересованных в работе с пожилыми людьми, нуждаются в дополнительном профессиональном обучении по этой специальности. Многие просто не понимают возрастной специфики пожилых и по этой причине не работают с ними. Это может быть особенно справедливо в отношении новых явлений, связанных с этим возрастом, например, таких как воспитание внуков. В подобных ситуациях могут потребоваться комплексные (многоуровневые) услуги консультирования, например, прямая программа помощи (прямое вмешательство), такая как программа обучения новым навыкам и копинг-стратегиям. Кроме того, могут потребоваться непрямые поддерживающие вмешательства, такие как группы поддержки дедушек и бабушек, группы поддержки семьи и спонсирование таких мероприятий, как школьный «День дедушек и бабушек».

Другая причина того, что пожилые люди не получают достаточного внимания от специалистов в области психического здоровья, - это «инвестиционный синдром», описанный Коланджело и Пулвино. Согласно этим авторам, некоторые консультанты считают, что свое время и энергию лучше израсходовать на работу с более молодыми людьми, «которые могут в конечном счете принести пользу обществу». Профессионалы, поддерживающие эту установку, рассчитывают на будущие прибыли от молодых людей либо просто дезинформированы относительно возможностей изменения состояния пожилых людей.

Третья причина того, что люди старшего поколения не могут получить должного внимания от специалистов в области психического здоровья, - иррациональный страх старости и психологическое дистанцирование от пожилых людей, вызванное этим страхом.

Общий и очень важный принцип успешной работы с пожилыми людьми заключается в том, чтобы классифицировать их не как старых, но как взрослых. Старость является уникальной стадией жизни и сопровождается непрерывным развитием. Если в работе с пожилыми людьми проявляется уважение и эмпатия, результаты, скорее всего, будут позитивными.

Другая терапевтическая стратегия, применяемая в работе с пожилыми клиентами, заключается в том, чтобы изменить связанные с ними установки окружающих людей. Многие общественные установки отрицательно влияют на отношение пожилых людей к самим себе. Часто старики действуют как старики только потому, что окружающие поощряют и поддерживают такое поведение. Консультант обязан заниматься просветительством, выступать в качестве адвоката, настаивать на изменениях в установках общества, чтобы преодолеть деструктивные возрастные ограничения и стереотипы. «Мы должны создать общество, поощряющее человека к тому, чтобы перестать играть стереотипную возрастную роль и начать быть просто самим собой».

В дополнение к пропаганде уважительного отношения к пожилым людям и помимо усилий, направленных на изменения в системах, консультанты могут помогать пожилым решать их специфические каждодневные проблемы. Услуги консультирования для пожилых людей принесут наибольшую пользу, если они будут необременительными и практичными, например, будут направлены на обучение или решение какой-либо проблемы, Например, Хичкок проанализировал успешные программы оказания помощи пожилым в получении занятости. Наиболее успешной программой оказался клуб для заинтересованных в получении работы пожилых людей, на регулярных встречах которого участники обменивались информацией на тему занятости. Для стариков с болезнью Альцгеймера благоприятным на ранних стадиях заболевания оказывается применение консультирования, основанного на теории Роджерса и практических приложениях Каркхуффа (Групповое консультирование, основанное на экзистенциальном подходе Ялома, может быть продуктивным в помощи членам семьи больного в их попытках справиться с прогрессирующей

болезнью. Структурированный процесс обзора жизни также доказал полезность в работе с пожилыми. Эта методика помогает им интегрировать прошлое и готовить себя к будущему. Краткосрочные рационально-эмотивные упражнения успешно использовались при работе с отдельными пожилыми людьми в целях развития рационального мышления и уменьшения беспокойства, связанного со старением.

Среди пожилых людей в возрасте 65 лет ц старше наиболее популярны следующие группы:

- группы, ориентированные на реальность, которые помогают запутавшимся людям ориентироваться в жизненной ситуации, принять ее, занять конструктивную позицию.
- группы ремотивационной терапии, помогающие пожилым клиентам стать более включенными в настоящее и будущее.
- группы воспоминаний, которые анализируют жизненные события, чтобы помочь своим членам становиться более интегрированными как личность.

Работая с пожилыми людьми, консультанты часто становятся учениками жизни, а старые люди становятся их учителями. Когда будет создана установка на открытость, клиенты, скорее всего, займутся решением наиболее важных вопросов в своей жизни, а консультанты будут более склонны узнавать различные стороны жизни и смогут лучше оказывать помощь в процессе консультирования.

3. Консультирование женщин

Женщины являются главными потребителями услуг консультирования. Они обладают специфическими потребностями, связанными с их биологическими особенностями и социальными стереотипами, обусловливающими отличие проблем, с которыми они обращаются к консультированию, от мужских. Женщины все еще испытывают притеснения, касающиеся свободы, статуса, доступа к некоторым сферам деятельности, признания, которым обладают мужчины, хотя их социальные роли и карьерные возможности существенно увеличились с начала 1960-х годов, когда женское движение привело к значительным переменам в обществе. Женщины как социальная группа сталкиваются со сложными фундаментальными проблемами, такими как построение близких отношений, выбор карьеры и планирование жизни. Среди главных проблем этой группы - личностное развитие и рост, депрессия, расстройства пищевого поведения, сексуальное преследование, вдовство, множественность ролевых обязанностей.

Консультирование женщин - «это не просто вопрос выбора теории или подхода и начало лечения». Установки консультанта, его ценности и знание могут как облегчить, так и задержать потенциальное развитие клиента-женщины. В основном женщины больше ориентируются на отношения, и подход консультанта должен учитывать этот. Анализ литературы показывает, что специалисты, занимающиеся консультированием женщин, должны

проявлять «сильно развитую эмпатию, сердечность и понимание; они должны находиться на высоком уровне личностного развития, чтобы хорошо разбираться в трудностях, с которыми сталкиваются женщины».

К сожалению, имеются свидетельства того, что некоторые консультанты и специалисты в области душевного здоровья все еще придерживаются по отношению к женщинам устаревших полоролевых стереотипов. С другой стороны, отдельные консультанты могут просто не знать о специфических трудностях, с которыми женщины сталкиваются на разных этапах своей жизни.

Ложные представления, неправильные убеждения и недостаток понимания консультанта - все это может усугубить проблемы женщин-клиентов. Важно, чтобы консультанты, работающие с женщинам, умели учитывать социально-политические и другие факторы.

Один из главных вопросов в консультировании женщин вращается вокруг проблемы адекватности информации об их жизни. Многие ранние теории, касающиеся характера и особенностей развития женщин, особенно те, которые базировались на психоаналитических принципах, имели тенденцию характеризовать женщин как изначально «пассивных, зависимых и морально подчиненных мужчинам». Эти теории поддерживали статус в вопросе отношения к женщинам и ограничивали их возможности выбора. Общий стандарт здорового зрелого поведения применяется к мужчинам, а в отношении психического здоровья женщин данные теории придерживаются двойного стандарта. Этот двойной стандарт в основном изображает поведение взрослых женщин как менее социально одобряемое и менее здоровое. Такая точка зрения занижала уровень ожидаемого женского поведения и способствовала установлению барьеров на пути их продвижения в нетрадиционных ролях.

Второй серьезной проблемой в консультировании женщин является сексизм, который описывается как «явление, более глубоко укоренившееся, чем расизм». Сексизм - это убеждение (и поведение, следующее из этого убеждения), что к представительницам женского пола нужно относиться на основе их половых особенностей, безотносительно к другим качествам, таким как интересы и способности. Такое отношение необоснованно, нелогично, непродуктивно и эгоистично. В прошлом сексизм принимал явные формы, например, в виде ограничения доступа женщин к некоторым профессиям, и поощрял их работать в качестве так называемых «розовых воротничков», выполняя преимущественно такие обязанности, как уход за детьми, семьей, больными. Сегодня сексизм стал намного более изощренным, проявляясь «чаще в упущении, чем в допущении». Многие из упущений следуют из недостатка информированности или отказа изменить убеждения в свете новых фактов. В любом случае сексизм причиняет вред не только женщинам, но обществу в целом.

Одна из основных проблем в консультировании женщин заключается в отношении к ним консультанта, как на индивидуальном уровне, так и к группе

в целом. Для консультанта важно обращаться к женщинам в соответствии с их уникальной индивидуальностью, не забывая и общие для всех женщин черты. Консультанты должны признать, что для консультирования женщин, находящихся на разных стадиях жизни, например, в стадии детства или в подростковом периоде, в зрелом и старшем возрасте, требуются специальные знания. Консультанты должны также понять динамику работы с женщинами при решении различных проблем, например, при расстройствах пищевого поведения, сексуальных злоупотреблениях и насилии, попытках самоубийства, а также при планировании карьеры.

Помимо элементарным знаний, консультанты, работающие с женщинами, должны усвоить опыт в четырех областях консультирования: вербальной, невербальной, процедурной и методической. Кроме того, им необходимо уметь применять соответствующие навыки работы со специальными категориями женщин, такими как страдающие депрессией или подвергшиеся сексуальному насилию. Наконец, консультанты должны сознавать свои личные трудности в обращении с клиентами-женщинами.

Главным подходом в консультировании при работе с женщинами являете феминистская теория. Феминистское направление в консультировании возникло в период усиления женского движения в 1960-е годы. В начальной стадии это движение являлось вызовом засилью патриархата, но по мере своего роста то, сосредоточивается на личностном развитии женщин, на их общих и уникальных особенностях. Другое направление, радикальное феминистское консультирование, больше ориентировано на вовлечение клиентов в осуществление социальных сдвигов; направленных на увеличение равноправия полов.

Во многих отношениях феминистская теория является больше подходом к консультированию, нежели хорошо сформулированным набором теоретических конструктов. Она чрезмерно настойчиво оспаривает и подвергает сомнению установки традиционных теорий консультирования из-за того, что эти модели часто отстаивают сохранение статус-кво относительно господства мужчин и иерархического общества. Два главных момента отличают феминистскую позицию от других форм оказания помощи.

Феминистская теория делает акцент на равноправии отношений оказания помощи, что следует из убеждения, что «женские проблемы неотделимы от общественного притеснения женщин».

4. Консультирование мужчин

Естественным результатом сосредоточения интереса на женском консультировании и изживания сексизма явилось возобновление внимания к уникальным проблемам и потребностям мужчин. Несмотря на то что «особенности мужчин и природа «мужественности» являются объектом исследования уже на протяжении длительного времени, за последние двадцать лет интерес к этим вопросам непрерывно возрастал».

Проблемы, относящиеся к консультированию мужчин, часто обусловлены социализацией. В некоторой степени общепринятые формы

социального поведения мужчин можно объяснить тем фактом, что традиционные мужские половые роли определены более строго, чем женские. Например, в детстве в поведении девочек поощряется эмоциональная или поведенческая экспрессивность, тогда как в мальчиках поддерживают прежде всего неэмоциональные физические действия. Таким образом, многие мужчины приучены прятать свои эмоциональные реакции, проявлять автономность, активность и дух соперничества Они ориентированы скорее на демонстрацию воинственности, чем на проявление заботливого поведения, и часто «чувствуют себя потерявшими власть и статус в результате изменений в направлении андрогинности», особенно в начале взрослой жизни. В целом большинство мужчин обладает в первую очередь когнитивной ориентацией. Проявление эмоциональности обычно избегается из-за недостатка опыта в ее применении и тревоги, которую она создает.

Такие сдерживающие роли часто способствуют выработке нечувствительности к потребностям как других людей, так и к собственным, а отрицание душевных и соматических проблем становится фатальным, проявляясь в более короткой продолжительности жизни мужчин. Кроме этого, «мужчины ищут психологическую безопасность в независимости и избегают тесных отношений. Следовательно, консультанты, которые работает с мужчинами, должны понимать, что многие из их клиентов окажутся нелюдимыми и сдержанными в разговоре. Из-за своей изоляции они могут стремиться минимизировать свои действия и деятельность окружающих. Большую часть времени они не проявляют настойчивости, а просто имитируют то поведение, за которое получают подкрепление. Многие мужчины усвоили в детстве социальные табу в отношении самораскрытия, особенно перед другими мужчинами.

Чтобы помочь консультанту в понимании реалий мужских ситуаций и таким образом способствовать успеху работы с ними, предлагается ряд принципов. Они включают акцентирование внимания на: а) трудностях изменения для большинства мужчин, б) ограничениях, наложенных полоролевыми стереотипами, в) важности обращения за поддержкой и работы с эмоциональными проблемами и г) необходимости четко различать роли и правила, относящиеся к личной жизни и к работе.

В целом мужчины чаще, чем женщины, отказываются участвовать в консультировании. Большинство мужчин прибегают к консультированию только в ситуации кризиса, поскольку считается, что они должны быть самодостаточными, отодвигать на второй план свои потребности и заботиться о других. Мужчины имеют разные интересы в различном возрасте и на разных стадиях развития. Поэтому при работе с мужчинами важно сопоставлять получаемые результаты с моделями развития, в которых подчеркиваются эти особенности.

Помимо реальных фактов, о консультировании мужчин существует множество мифов. Когда мужчины оказываются способными прорваться через традиционные запреты, они обычно старательно работают в

консультировании и рассматривают его как разновидность соревнования. Они многого ждут от консультирования и хотят, чтобы сессии были продуктивными. В большинстве своем мужчины, как правило, стараются быть более понятными и искренними в процессе работы и проявлять себя непосредственно и честно.

Преобладание у мужчин когнитивной направленности создает особые трудности для консультанта. Консультантам следует избегать в работе с мужчинами когнитивной области и направлять внимание на тональность их голосов, на противоречия их поведения и чувств и на их двойственное отношение к контролю и опеке. Предлагается уводить клиента из когнитивной области в эмоциональную и рекомендует начинать работу с объяснения клиенту важности овладения своими чувствами при преодолении личностных трудностей; после этого следует терпеливо работать над раскрытием скрываемых чувств.

Учитывая особое внимание, которое уделяется межличностному научению в групповом консультировании и терапии, этот способ работы с мужчинами может оказаться эффективной стратегией вмешательства. Цели мужской группы состоят в увеличении индивидуального понимания обусловленности половых ролей, в овладении новыми социально одобряемыми моделями поведения, в поддержании образа жизни, ориентированного на удовлетворение индивидуальных потребностей. Особенно полезна групповая работа для трех типов мужчин - сексуальных правонарушителей, мужчин-гомосексуалистов и бездомных мужчин. Не добиваются успеха в групповой работе мужчины в маниакальном состоянии, глубоко депрессивные, пребывающие в серьезном кризисе, страдающие различными зависимостями, алкоголики или параноики.

Групповая работа может оказаться для мужчин мощным средством преодоления защитных механизмов, таких как отрицание, и способствовать формированию ощущения общности. Чтобы добиться результата, консультант должен объявить о создании группы; тщательно отобрать потенциальных кандидатов; идентифицировать специфические формы поведения, требующие особого внимания; определить ритуалы начала и завершения работы группы; разработать стратегии вмешательства, нацеленные на разрешение глубоких психологических проблем, таких, например, как разрешение конфликта.

Важно, чтобы консультант, создавая благоприятные условия для изменений и изучения эмоциональных проблем, сознавал, что правила внутри мужского профессионального мира, как правило, отличаются от правил личностной сферы. Консультанту чрезвычайно важно предостеречь мужчин от наивного и автоматического перенесения вновь открытых моделей поведения, успешно работающих в их личной жизни, в среду, которая может оказаться враждебной, - то есть в мир работы.

Консультирование мужчин, рассматриваемых как особая группа, как и консультирование представителей любых иных групп, являет собой комплексный феномен, и его потенциальные выгоды огромны. В их число

входит помощь мужчинам в выработке эффективных стратегий формирования ожиданий и стратегий изменения ролей.

Помимо этого, с помощью консультирования мужчины могут разрабатывать новые умения, применимые «в установлении брачных отношений, в решении проблем здоровья, связанных со стрессами, в принятии решений по профессиональным и жизненным вопросам и во взаимодействии в семье». Особенно действенной процедурой, которая может быть использована при работе с некоторыми мужчинами, является их беседа со своими отцами. Серии упорядоченных открытых вопросов о традициях семьи помогают мужчинам более ясно понять своих отцов и благодаря этому совершать открытия, касающиеся их самих. Это новое понимание может служить катализатором для внедрения различных моделей поведения в их собственных семьях.

В консультировании доминирует личностно-центрированный подход как основная перспектива, в которой способности клиента к самоопределению становятся предметом внимания, заботы, деятельности и принятия, реализуемые через терапевтические отношения.

Хотя с консультированием связано пестрое множество родственных видов деятельности, ряд важных аспектов (часть из них - общие с другими профессиями, часть - специфические) образуют ядро консультирования.

Как и во многих профессиях, в консультировании принимается научный подход к практике и исследованиях. Поддерживается фокус на индивидуальности с особым вниманием к раскрытию личных возможностей человека в противоположность подчеркиванию патологии. Подчеркивается забота о вопросах развития человека, включая решения об образовании, выборе профессии и межличностной адаптации.

Профессиональная компетенция включает в себя определенные навыки и знания, способствующие установлению терапевтических отношений, осознанию проблемы, инициации изменений, поддержанию изменения и оценке результата. К специализированным знаниям и умениям, часто связываемым с консультированием, можно было бы отнести проведение интервью, оздоровление отношений, оценку, тренинг коммуникативных навыков и межличностных отношений и консультации по вопросам карьеры.

Необходимо владеть, по крайней мере, основами консультирования для наиболее компетентной помощи клиенту в решении его социальных проблем. С другой стороны, социальный работник должен быть сам примером приближенного к идеалу духовного, душевного и телесного состояний и в сущности выражать динамический характер к непрерывному усовершенствованию и развитию во всех сферах жизнедеятельности.

Лекция № 5
Социально-правовая помощь клиентам организации социального обслуживания

Изучение правового регулирования основных направлений социальной работы, используемых методов и форм целесообразно начать с рассмотрения сферы социального обслуживания. В данной сфере социальные работники наиболее активно реализуют себя как профессионалы.

В соответствии с Федеральным законом от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» (далее — Федеральный закон об основах социального обслуживания 2013 г.) система социального обслуживания включает в себя:

• федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социального обслуживания;

• орган государственной власти субъекта Федерации, уполномоченный на осуществление полномочий в сфере социального обслуживания;

• организации социального обслуживания, находящиеся в ведении федеральных органов исполнительной власти;

• организации социального обслуживания, находящиеся в ведении субъекта Федерации;

• негосударственные (коммерческие и некоммерческие) организации социального обслуживания, в том числе социально ориентированные некоммерческие организации, предоставляющие социальные услуги;

• индивидуальных предпринимателей, осуществляющих социальное обслуживание.

Законом подробно регулируются права и обязанности получателей социальных услуг, а также их поставщиков. Получатели социальных услуг имеют право на: уважительное и гуманное отношение; получение бесплатно в доступной форме информации о своих правах и обязанностях, видах социальных услуг, сроках, порядке и об условиях их предоставления, о тарифах на эти услуги и об их стоимости для получателя социальных услуг, о возможности получения этих услуг бесплатно, а также о поставщиках социальных услуг; выбор поставщика или поставщиков социальных услуг; отказ от предоставления социальных услуг; защиту своих прав и законных интересов в соответствии с законодательством Российской Федерации; участие в составлении индивидуальных программ; обеспечение условий пребывания в организациях социального обслуживания, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям, а также на надлежащий уход; свободное посещение законными представителями, адвокатами, нотариусами, представителями общественных и (или) иных организаций, священнослужителями, а также родственниками и другими лицами в дневное и вечернее время, а также социальное сопровождение.

В то же время получатели социальных услуг обязаны предоставлять в соответствии с нормативными правовыми актами субъекта Федерации

сведения и документы, необходимые для предоставления социальных услуг; своевременно информировать поставщиков социальных услуг об изменении обстоятельств, обусловливающих потребность в предоставлении социальных услуг, а также соблюдать условия договора о предоставлении социальных услуг, заключенного с поставщиком социальных услуг, в том числе своевременно и в полном объеме оплачивать стоимость предоставленных социальных услуг при их предоставлении за плату или частичную плату

Поставщики социальных услуг имеют право: запрашивать соответствующие органы государственной власти, а также органы местного самоуправления и получать от указанных органов информацию, необходимую для организации социального обслуживания; отказать в предоставлении социальной услуги получателю социальных услуг в случае нарушения им условий договора о предоставлении социальных услуг, заключенного с получателем социальных услуг или его законным представителем; быть включенными в реестр поставщиков социальных услуг субъекта Федерации и получать в течение двух рабочих дней информацию о включении их в перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг. Поставщики социальных услуг вправе также предоставлять гражданам по их желанию, выраженному в письменной или электронной форме, дополнительные социальные услуги за плату.

Обязанности поставщиков социальных услуг включают довольно широкий перечень, в том числе:

• осуществлять свою деятельность в соответствии с законодательством;

• предоставлять социальные услуги получателям социальных услуг в соответствии с индивидуальными программами и условиями договоров, заключенных с получателями социальных услуг или их законными представителями, на основании требований закона;

• предоставлять срочные социальные услуги, если это установлено законом;

• предоставлять бесплатно в доступной форме получателям социальных услуг или их законным представителям информацию об их правах и обязанностях, о видах социальных услуг, сроках, порядке и об условиях их предоставления, о тарифах на эти услуги и об их стоимости для получателя социальных услуг либо о возможности получать их бесплатно;

• использовать информацию о получателях социальных услуг в соответствии с установленными законодательством о персональных данных требованиями о защите персональных данных;

• предоставлять уполномоченному органу субъекта Российской Федерации информацию для формирования регистра получателей социальных услуг;

• осуществлять социальное сопровождение в соответствии с требованиями законодательства, в том числе содействие в прохождении медико-социальной экспертизы;

• предоставлять получателям социальных услуг возможность пользоваться услугами связи, в том числе сети Интернет и услугами почтовой связи, при получении услуг в организациях социального обслуживания;

• выделять супругам, проживающим в организации социального обслуживания, изолированное жилое помещение для совместного проживания;

• обеспечивать получателям социальных услуг возможность свободного посещения их законными представителями, адвокатами, нотариусами, представителями общественных и (или) иных организаций, священнослужителями, а также родственниками и другими лицами в дневное и вечернее время;

• обеспечивать сохранность личных вещей и ценностей получателей социальных услуг и исполнять иные обязанности, связанные с реализацией прав получателей социальных услуг на социальное обслуживание.

Поставщики социальных услуг при оказании социальных услуг не вправе ограничивать права, свободы и законные интересы получателей социальных услуг, в том числе при использовании лекарственных препаратов для медицинского применения; применять физическое или психологическое насилие в отношении получателей социальных услуг, допускать их оскорбление, грубое обращение с ними, а также помещать детей-инвалидов, не страдающих психическими расстройствами, в стационарные организации социального обслуживания, предназначенные для детей-инвалидов, страдающих психическими расстройствами, и наоборот.

Федеральный закон об основах социального обслуживания 2013 г. подробно регулирует также порядок обращения о предоставлении социального обслуживания и принятия решения по данному обращению. Основанием для рассмотрения вопроса о предоставлено нии социального обслуживания является поданное в письменной или электронной форме заявление гражданина или его законного представителя о предоставлении социального обслуживания либо обращение в его интересах иных граждан, обращение государственных органов, органов местного самоуправления, общественных объединений непосредственно в уполномоченный орган субъекта Российской Федерации либо переданные заявление или обращение в рамках межведомственного взаимодействия. Уполномоченный орган субъекта Федерации принимает решение о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании либо об отказе в социальном обслуживании в течение пяти рабочих дней с даты подачи заявления. О принятом решении заявитель информируется в письменной или электронной форме. Решение об оказании срочных социальных услуг принимается немедленно.

Гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме в связи с наличием медицинских противопоказаний, перечень которых утверждается федеральным органом исполнительной власти,

осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения. Такой отказ возможен только при наличии соответствующего заключения уполномоченной медицинской организации. Решение об отказе в социальном обслуживании может быть обжаловано в судебном порядке.

В то же время гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от социального обслуживания, социальной услуги.

Социальные услуги предоставляются их получателям в форме социального обслуживания на дому, а также в:

• полустационарной форме, представляющей собой социальное обслуживание организацией в определенное время суток;

• стационарной форме, т.е. предоставление услуг при постоянном, временном (на срок, определенный индивидуальной программой) или пятидневном (в неделю) круглосуточном проживании в организации социального обслуживания. Получатели социальных услуг в стационарной форме обеспечиваются жилыми помещениями, а также помещениями для предоставления видов социальных услуг.

При предоставлении социальных услуг в полустационарной или стационарной форме должны быть обеспечены:

1) возможность сопровождения получателя социальных услуг при передвижении по территории организации социального обслуживания, а также при пользовании услугами, предоставляемыми такой организацией;

2) возможность для самостоятельного передвижения по территории организации социального обслуживания, входа, выхода и перемещения внутри такой организации (в том числе для передвижения в креслах-колясках), для отдыха в сидячем положении, а также доступное размещение оборудования и носителей информации;

3) дублирование текстовых сообщений голосовыми сообщениями, оснащение организации социального обслуживания знаками, выполненными рельефно-точечным шрифтом Брайля, ознакомление с их помощью с надписями, знаками и иной текстовой и графической информацией на территории такой организации, а также допуск тифлосурдопереводчика, допуск собак-проводников;

4) дублирование голосовой информации текстовой информацией, надписями и (или) световыми сигналами, информирование о предоставляемых социальных услугах с использованием русского жестового языка (сурдоперевода), допуск сурдопереводчика и оказание иных видов посторонней помощи.

Предоставление срочных социальных услуг в целях оказания неотложной помощи осуществляется в сроки, обусловленные нуждаемостью получателя социальных услуг, без составления индивидуальной программы и без заключения договора о предоставлении социальных услуг. Основанием для предоставления таких услуг является заявление получателя социальных услуг, а также получение от медицинских, образовательных или иных

организаций, не входящих в систему социального обслуживания, информации о гражданах, нуждающихся в их предоставлении. Подтверждением предоставления срочных социальных услуг является акт о предоставлении срочных социальных услуг, содержащий сведения о получателе и поставщике этих услуг, видах предоставленных срочных социальных услуг, сроках, дате и об условиях их предоставления. Акт о предоставлении срочных социальных услуг подтверждается подписью их получателя.

Важное значение в организации деятельности по социальному обслуживанию имеет межведомственное взаимодействие при организации социального обслуживания в субъекте Российской Федерации, которое осуществляется на основе регламента межведомственного взаимодействия, определяющего содержание и порядок действий органов государственной власти субъекта Федерации в связи с реализацией его полномочий в данной сфере. Регламент такого взаимодействия определяет:

• перечень органов государственной власти субъекта Федерации, осуществляющих межведомственное взаимодействие;

• виды деятельности, осуществляемой органами государственной власти субъекта Федерации;

• порядок и формы межведомственного взаимодействия;

• требования к содержанию, формам и условиям обмена информацией, в том числе в электронной форме;

• механизм реализации мероприятий по социальному сопровождению, в том числе порядок привлечения организаций к его осуществлению;

• порядок осуществления государственного контроля (надзора) и оценки результатов межведомственного взаимодействия.

Субъекты Российской Федерации, конкретизируя Федеральный закон об основах социального обслуживания 2013 г., в пределах собственных полномочий регулируют отдельные вопросы организации социального обслуживания. Так, в Законе Ростовской области от 3 сентября 2014 г. № 222-ЗС «О социальном обслуживании граждан в Ростовской области» конкретизируются организации социального обслуживания, к которым независимо от форм собственности и организационно-правовых форм отнесены: а) комплексные центры социального обслуживания населения; б) комплексные центры социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов; в) комплексные социальные центры по оказанию помощи лицам без определенного места жительства; г) центры социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов; д) стационарные организации социального обслуживания (дома-интернаты для престарелых и инвалидов, пансионаты для престарелых и инвалидов, специальные дома-интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты, дома инвалидов, детские дома-интернаты для умственно отсталых и глубоко умственно отсталых детей, дома-интернаты для детей с физическими недостатками, социально-реабилитационные отделения центров социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов); е) дома ночного пребывания,

центры социальной адаптации для лиц без определенного места жительства и занятий; ж) центры социальной помощи семье и детям; з) социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних; и) социальные приюты; к) реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями; л) центры психолого-педагогической помощи населению и иные организации, предоставляющие социальные услуги.

Подробнее организация деятельности таких учреждений регулируется их уставными документами. В частности, устав Государственного бюджетного учреждения социального обслуживания Московской области «Мытищинский центр реабилитации инвалидов “Мечта”» (далее — Учреждение), конкретизируя деятельность данного Учреждения, предусматривает, что для достижения своих уставных целей Учреждение осуществляет следующие основные виды деятельности:

• выявление в городе или районе детей-инвалидов, инвалидов, проживающих на территории городского поселения и муниципального района, ведение компьютеризированной базы данных о таких детях-инвалидах и инвалидах;

• изучение совместно с консультативно-диагностическими службами здравоохранения и образования причин и сроков наступления инвалидности детей, определение исходного уровня здоровья и психики ребенка, прогнозирование восстановления нарушенных функций (реабилитационного потенциала);

• разработка на основании типовых базовых программ программы социальной реабилитации и реабилитации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями;

• обеспечение реализации указанных программ и координация в этих целях совместных действий медицинских, образовательных, социальных, физкультурно-оздоровительных, спортивных и иных учреждений, способствующих реабилитации детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов;

• оказание консультативных услуг;

• оказание помощи семьям, воспитывающим детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья в их социальной реабилитации, проведении реабилитационных мероприятий в домашних условиях;

• социально-реабилитационная работа с родителями детей, имеющих отклонения в умственном или физическом развитии;

• проведение реабилитационной работы, включая социально-средовую ориентацию и социально-бытовую адаптацию инвалидов; предоставление медико-социальных услуг; оказание педагогической, психологической и юридической помощи инвалидам, в том числе детям-инвалидам и членам их семей;

• проведение социально-культурной работы для восстановления личностного и социального статуса детей-инвалидов, инвалидов и членов их семей;

• организация занятий, кружков, секций, творческих групп, клубов по различным направлениям, организация досуга инвалидов и членов их семей;

• повышение квалификации сотрудников учреждений социального обслуживания населения, семьи и детей по вопросам детской реабилитологии.

С этой целью Учреждение имеет право в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации, выступать государственным заказчиком по государственным контрактам при размещении заказов на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг; создавать филиалы и представительства по согласованию с учредителем Учреждения и Министерством имущественных отношений Московской области, утверждать положения о филиалах, представительствах, изменения и дополнения к ним, назначать их руководителей, принимать решения об их реорганизации и ликвидации; совершать сделки с юридическими и физическими лицами, не противоречащие законодательству Российской Федерации, а также целям и предмету деятельности Учреждения; реализовывать установленные гарантии и компенсации, определенные в соответствии с действующим законодательством; определять структуру и штатное расписание и реализовывать иные права, установленные законодательством.

Структурными подразделениями Учреждения являются: 1) административно-управленческий аппарат; 2) отделение психолого-педагогической реабилитации; 3) отделение социальной реабилитации; 4) отделение дневного пребывания. Учреждение возглавляет руководитель — директор, который назначается и освобождается от должности его учредителем. Директор действует на основании трудового договора, заключенного с учредителем.

Органы местного самоуправления, если это предусмотрено их полномочиями, также учреждают организации социального обслуживания и регулируют их деятельность. В частности, к таким организациям можно отнести муниципальное учреждение «Комплексный центр социального обслуживания населения» Правобережного района г. Магнитогорска Челябинской области, осуществляющий следующие функции:

• выявление совместно с государственными и общественными организациями (органами здравоохранения, органами образования, службой занятости, общественными организациями, советом ветеранов, обществами инвалидов) граждан, нуждающихся в социальной поддержке;

• определение конкретных видов помощи гражданам, периодичности (постоянно, временно, на разовой основе) ее предоставления гражданам, нуждающимся в социальной поддержке;

• дифференциация форм адресной помощи гражданам, в зависимости от материального положения, возраста, состояния трудоспособности и возможности к самообслуживанию;

• организация приема граждан и работа с документами граждан, обращающихся по вопросам социального обслуживания населения.

Получателями социальных услуг в Учреждении могут быть малоимущие граждане и граждане, находящиеся в трудной жизненной ситуации, имеющие российское гражданство, а также иностранные граждане и лица без гражданства при наличии вида на жительство на территории России. Такие лица должны проживать на территории Челябинской области, что подтверждается наличием регистрации по месту жительства (по месту пребывания) либо в других субъектах Федерации, но в силу непредвиденных обстоятельств находится на ее территории в трудной жизненной ситуации. Получателями социальных услуг могут быть также лица без определенного места жительства, что является единственным и достаточным условием предоставления им услуг.

Таким образом, российское законодательство об организации социального обслуживания включает федеральное регулирование, устанавливающее основы — общие принципы их предоставления, а также регулирование субъектами Федерации и органами местного самоуправления.

Тестовые задания по курсу «Социальная работа»

1. Одной из инноваций в последнее время стала следующая форма подготовки кадров для социальной работы:
а) самообразование
б) непрофессиональное образование
в) система повышения квалификации

2. Сбор, анализ и систематизация информации о качествах (способностях) человека, результатах его работы за определенный период времени:
а) кадровая ротация
б) оценка кадров
в) стажировка кадров

3. Социальный работник должен содействовать совершенствованию таких служб:
а) основных
б) аварийных
в) социальных

4. Обратный трансферт может быть:
а) и негативным, и позитивным
б) только негативным
в) только позитивным

5. Различают стрессы: 1) личностные; 2) профессиональные; 3) власти; 4) ответственности; 5) групповые; 6) общественные:
а) 1,2,3,6
б) 1,5
в) 1,2,4

6. В странах, отличающихся социальным благополучием, «богатые» не могут иметь доходы, превышающие доходы «бедных», более чем в:
а) 3 раза
б) 10 раз
в) 7 раз

7. Профессионализм включает как самоопределение личности, так и:
а) привыкание
б) “вливание”
в) адаптацию

8. Деформация личности включает понятия психической усталости и такой напряженности:

а) эмоциональной
б) физической
в) духовной

9. Определение перспективных и текущих целей при работе с кадрами, разработка необходимых мероприятий и их практическая реализация:
а) кадровая ротация
б) кадровая перестановка
в) кадровая политика

10. Одна из универсальных форм работы с клиентом, представляющая собой оказание различной помощи на дому:
а) социальная защита
б) социальный патронаж
в) социальное обслуживание

11. Экономические показатели, характеризующие уровень потребления населением продуктов питания и непродовольственных товаров, – это … потребления:
а) нормативы
б) формы
в) критерии

12. В России во второй половине 90-х годов XX столетия децильный коэффициент составил:
а) 20:1
б) 22:1
в) 12:1

13. К задачам социальной защиты населения не относится:
а) реклама промышленной продукции для населения
б) реализация установленных прав и гарантий
в) использование активных форм социальной поддержки

14. Предполагает различные виды консультирования и коррекции межличностных отношений, помощь в социальной реабилитации всем нуждающимся, призвана способствовать социальной адаптации личности функция:
а) психологическая
б) аналитическая
в) прогностическая

15. Термин «психологическое сгорание» был введен в:
а) 1974 г.
б) 1984 г.
в) 1994 г.

16. К реализации социально-медицинской функции социального работника не относится:
а) помощь в овладении санитарно-гигиеническими нормами
б) организация работы по рекламе лекарственных средств
в) содействие в подготовке молодежи к семейной жизни

17. Профессия “социальный работник” введена в РФ в:
а) 1956 г.
б) 2001 г.
в) 1991 г.

18. При постановке социального диагноза и определении методов компетентного вмешательства, социальной работы с конкретным клиентом социальный работник (социальный педагог) выполняет роль:
а) психотерапевта
б) эксперта
в) адвоката

19. Предусматривает пределы использования такого критерия, как установка временных границ разрешения проблемы, подход:
а) проблемно-оценочный
б) проблемно-разрешающий
в) проблемно-ориентированный

20. Коммуникативная функция не призвана:
а) помогать восприятию и пониманию другого человека
б) формировать ответственное отношение к репродуктивному поведению +
в) организовывать обмен информацией

21. Границы ответственности социального работника устанавливаются:
а) нормативными документами
б) совестью социального работника
в) кодексом социального работника

22. Профессиональной деформацией личности специалиста называется изменение:
а) профессиональных качеств специалиста
б) свойств личности под влиянием выполнения профессиональной

деятельности
в) профессиональных свойств специалиста под влиянием личностных особенностей

23. Собрание высшего духовенства Русской православной церкви, проходившее в Москве с участием Ивана Грозного и членов Боярской Думы и решившее создать богадельни, состоялось в:
а) 1451 г.
б) 1651 г.
в) 1551 г.

24. Выступал за усиление наказания, если оно не обеспечивает исправления преступника:
а) Платон
б) Аристотель
в) Гоббс

25. Технология социальной работы:
а) система знаний о регулировании социальных отношений
б) совокупность приемов и методов, направленных на достижение целей
в) отрасль социальной технологии

26. Тоффлер является основоположником:
а) социально-государственной модели
б) концепции знания как цели социальной политики
в) концепции среднего класса

27. Этап технологического процесса по организации воздействия включает в себя операцию по:
а) реализации оптимального варианта
б) выработке программы действий
в) организации взаимодействия

28. Умение анализировать свою деятельность, видеть свои ошибки и пути их исправления, давать беспристрастную оценку своим действиям и поведению называется:
а) саморегуляцией
б) самовоспитанием
в) самокритичностью

29. Учреждение социального обслуживания, предназначенное для временного проживания и социальной реабилитации безнадзорных и беспризорных детей и подростков:

а) социальный приют для детей и подростков
б) специальный дом-интернат
в) территориальный центр социальной помощи семье и детям

30. Лицо, закончившее высшее учебное заведение по профилю социальной работы:
а) работник социального учреждения
б) специалист по социальной работе
в) социальный работник

Итоговый тестовый контроль
Цикл ПК «**Социальный работник»**
250 учебных часа

Ф.И.О. обучающегося_____

подпись_____

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.
21.
22.
23.
24.
25.
26.
27.
28.
29.
30.