Содержание

Введение

Глава 1 Теоретический анализ проблемы профессионального риска в социальной работе

1.1 Сущность и содержание понятия профессиональный риск

1.2. Особенности социальной работы в России

Глава 2. Современное состояние проблемы профессионального риска в России и зарубежом

2.1. Факторы профессионального риска

2.2 Возможные пути решения проблемы снижения профессионального риска

Заключение

Список использованной литературы

Введение

Актуальность вопросов изучения профессиональных рисков в России в настоящее время резко увеличивается. Это в первую очередь связано со становлением страховых механизмов обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и формированием обязательных профессиональных пенсионных систем.

С другими видами (сегментами) социального страхования данные страховые институты объединяет общность целей, принципов организации, методов работы и выполнение важнейших функций по социальной защите: замещения утраченного заработка (в форме пенсий и пособий), предоставления медицинской помощи и восстановления(по мере возможности) поврежденного здоровья и утраченной трудоспособности, а также проведения профилактических мероприятий по снижению уровней профессиональных рисков. Задача создания предпосылок для становления и эффективного функционирования указанных страховых институтов требует решения ряда сложных проблем.

В этой связи определение факторов профессионального риска, фундаментальные и прикладные исследования их безопасных (и опасных) уровней воздействия на работающих, мониторинг здоровья и безопасности на рабочих местах, организация работы по изучению несчастных случаев и профессиональных заболеваний на государственном уровне и ряд других вопросов входит в круг задач по оценке профессионального риска.

Цель данной работы: определить сущность и содержание проблемы профессионального риска в социальной работе.

Глава 1. Теоретический анализ проблемы профессионального риска в социальной работе

1.1 Сущность и содержание понятия профессиональный риск

Профессиональный риск — вероятность повреждения (утраты) здоровья или смерти застрахованного, связанная с исполнением им обязанностей по трудовому договору (контракту) и в иных случаях, установленных Федеральным законом от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний". Россия ратифицировала Конвенцию Международной организации труда 1977 г. (№ 148) о защите трудящихся от профессионального риска, вызываемого загрязнением воздуха, шумом и вибрацией на рабочих местах. В 1994 г. Всемирная организация здравоохранения приняла Глобальную стратегию "Медицина труда для всех", в которой подчеркивается, что каждому должна быть предоставлена возможность активно участвовать в работе без риска для здоровья. Согласно ГОСТ Р ИСО/МЭК 51—2002 опасность — потенциальный источник возникновения ущерба; риск — сочетание вероятности нанесения ущерба и тяжести этого ущерба; ущерб — нанесение физического повреждения или вреда здоровью людей либо вреда имуществу или окружающей среде. Управление ситуациями, когда работники могут подвергаться опасности, называют анализом риска; он включает информацию о риске, оценку риска, управление риском (работников, работодателей и др.).

Различают предварительную и окончательную оценку профессионального риска. Предварительная оценка профессионального риска — оценка условий труда при аттестации рабочих мест. Аттестация рабочих мест по условиям труда является 1-м этапом оценки профессионального риска. Далее следуют Руководству по оценке профессионального риска для здоровья работников (Руководство Р 2.2.—2003), утвержденному Главным государственным санитарным врачом РФ 24 июня 2003 г. Критерием безопасных УТ является сохранение жизни, здоровья работников и здоровья будущих поколений. Используют данные о профессиональной и общей заболеваемости, инвалидности, смертности и др. Возможно прогнозирование профзаболеваний по стандартам ИСО. Заключительный этап оценки ПР — установление класса УТ в соответствии с Руководством Р 2.2.755—99 "Гигиенические критерии оценки и классификация условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса", а также категории доказанности риска в соответствии с Руководством Р 2.2.—2003. Мерой риска является класс УТ, мерой доказанности риска — его категория: 1А (доказанный), 1Б (предполагаемый) или 2 (подозреваемый).

Управление профессиональным риском в организации рассматривают как часть системы управления качеством на базе стандартов серии ИСО 9000. ГОСТ Р 12.0.006—2002 "Общие требования к управлению охраной труда в организации" основан на Руководстве по управлению системами профессиональной безопасности и здоровья (МОТ, 2001). Организация обязана регистрировать все несчастные случаи на производстве, профессиональные заболевания и др. происшествия. Федеральный закон от 27 декабря 2002 г. № 184-ФЗ "О техническом регулировании" предусматривает разработку технических регламентов в целях защиты жизни и здоровья граждан, охраны окружающей среды. Управление профессиональным риском осуществляется организационно-техническими, лечебно-профилактическими, административно-правовыми и экономическими мерами. Предпочтительны технические меры по предупреждению, устранению или уменьшению опасности в источнике образования, по пути распространения и на рабочем месте. Обязательное страхование от несчастных случаев и профзаболеваний — новый рычаг управления профессиональным риском. В зависимости от класса профессионального риска страховые тарифы на обязательное социальное страхование составляют от 0,2 до 8,5% начисленной оплаты труда по всем основаниям (доходу) застрахованных; с учетом состояния ОТ страховщик устанавливает страхователю скидки и надбавки к страховому взносу.

Cложность решения задач по оценке профессионального риска для нашей страны во многом обусловлена тем, что на протяжении практически 80 лет у нас доминировала архаичная доктрина "нулевого риска" для работающих, или "абсолютной безопасности" труда при условии достижения нормативных значений факторов производственной среды. Даже сам термин "риск" применительно к производственным условиям был под запретом.

Гигиенические нормативы пока остаются у нас основным инструментом оценки влияния вредных производственных факторов на здоровье работников. Их превышение рассматривается как нарушение санитарного законодательства и учитывается при установлении защищающих работников мер социального и экономического характера: сокращенные рабочий день и неделя, досрочный (на 5, 10 и более лет) выход на пенсию, увеличенная продолжительность ежегодного отпуска, доплаты за вредные условия труда, предоставление лечебно-профилактического питания и др. При этом акцент делается не на профилактике снижения уровней риска, а на компенсационных мерах. Такая политика способствует расширению масштабов предоставления так называемых льгот и компенсаций за работу в неблагоприятных условиях труда, право на которые имеют около 40% занятых в сфере материального производства.

Международный и отечественный опыт выявил тупиковость доктрины "нулевого риска", так как воздействие факторов профессионального риска, даже если они находятся в пределах нормируемых величин, способно вызывать нарушения здоровья работников. Кроме того, подавляющее число предприятий не в состоянии достичь безусловного соблюдения нормативных значений факторов риска.

Изучение их отдельных видов неизбежно приводило к фрагментарным и недостоверным оценкам со всеми вытекающими отсюда последствиями. Поэтому столь важно перейти к комплексному исследованию рисков в двух взаимосвязанных плоскостях:

* оценка условий труда на основе анализа факторов производственной среды (гигиенические и психофизиологические критерии факторов риска)[[1]](#footnote-1);
* установление медико-статистических критериев повреждения здоровья из-за производственно обусловленнной заболеваемости и степени утраты трудоспособности[[2]](#footnote-2).

При анализе профессиональных рисков чрезвычайно важно предусмотреть разработку нормативной базы мониторинга качества производственной среды, где применяются вещества, обладающие мутагенными и канцерогенными свойствами, а также способные аллергически и иммунологически воздействовать на организм работающего.

Доктрина, получившая признание на Западе в конце 60-х годов, исходит из тезиса о принципиальной невозможности полного исключения профессионального риска в процессе трудовой деятельности и требует, с одной стороны, оценки и определения уровней "приемлемого риска", с другой - принятия мер по исключению чрезмерного или "недопустимого риска". Для этого наблюдения за состоянием производственной среды и трудового процесса дополняются методами оценки здоровья, трудоспособности работников, установлением взаимосвязи между состоянием условий труда и вероятностью возникновения повреждающих эффектов. Приходится констатировать, что России еще только предстоит освоить такой подход.

Возможность работать и зарабатывать на полноценную жизнь, реализовывать с помощью трудовой деятельности потенциал творческой личности и достигать при этом желаемого социального статуса - одна из базовых ценностей современного общества. Поэтому сохранение здоровья человека, его профессиональной способности к труду - основная задача страховой защиты работников от рисков профессионального труда.

Как известно, профессиональный риск неравномерно распределяется между профессиональными группами работников, в результате общество и страны распадаются на "тех, кто производит риск", и "тех, кто находится под влиянием риска".

Так, работники творческого труда и занятые на высокотехнологичных производствах в десятки и даже сотни раз менее подвержены рискам профессиональных заболеваний, нежели те, кто трудится на предприятиях цветной и черной металлургии, тяжелого машиностроения и угольной промышленности. Соответственно, в странах, экономика которых базируется на добывающей промышленности и отраслях по первичной переработке сырья, включая производство химических, биологических и радиоактивных веществ, потенциал угроз здоровью и жизни значительных контингентов населения очень высок.

В этой связи представляется необходимым проведение комплексного анализа обусловливающих возникновение риска экономических и социальных процессов, результаты которого могут стать основой для построения модели системного управления профессиональным риском с учетом социальных, медицинских, экономических, организационных факторов и уровней уязвимости профессиональных групп работающих.

Мировой опыт свидетельствует, что не население, а социальные институты и организации способны объективно оценить приемлемый уровень профессионального риска с помощью инструментов публичного права. В США вопросы анализа и управления риском на национальном уровне находятся в ведении Совместной комиссии президента и Конгресса, а разработка и обоснование управленческого решения осуществляется в форме нормативного акта.

При этом определение степени риска (медицинские, социальные, экономические аспекты) и разработка соответствующих управленческих мероприятий регламентируется шестиступенчатой процедурой принятия и реализации решений:

* определяются альтернативные пути минимизации риска;
* выбирается оптимальный вариант решения с учетом экономических и социальных критериев эффективности предлагаемых мер;
* разрабатываются правовые и экономические механизмы регулирующих воздействий;
* осуществляется текущий контроль при проведении согласованных и упорядоченных во времени мероприятий;
* проводится уточнение и совершенствование управленческих воздействий с помощью оценки эффективности мероприятий (обратная связь и самонастройка)

Управление профессиональным риском невозможно без учета концептуальных положений теории воспроизводства рабочей силы, качества трудовой жизни и устойчивого развития.

Так, теоретические основы воспроизводства рабочей силы позволяют определить круг и объем затрат, необходимых в случаях утраты работниками здоровья и трудоспособности на производстве, а также требуемых для содержания нетрудоспособных членов их семей.

Недаром Конвенция МОТ № 102 (1952 г.) "О минимальных нормах социального обеспечения" рекомендует при возмещении дохода при трудовом увечье предусматривать и расходы на членов семьи потерпевшего работника.

Согласно Конвенции МОТ № 121 (1964 г.) "О пособиях в случаях производственного травматизма" в число соответствующих затрат и пособий включаются:

* затраты на медицинское обслуживание (врачебную помощь, включая неотложную, содержание в больницах пострадавших на производстве, отпуск необходимых медикаментов и т.д. - ст. 6-12), а также оплату услуг на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию;
* денежные пособия в случаях временной и постоянной утраты трудоспособности (ст. 6, 9, 13-16, 19, 20);
* пособия иждивенцам в результате смерти кормильца семьи (ст. 6, 18) и расходы на его похороны (ст. 18).

Одной из важнейших разработок МОТ является Концепция качества трудовой жизни (КТЖ), положения которой используются как методологическая основа при оценке базовых характеристик жизнедеятельности трудозанятого населения. Показатели здоровья, условий труда, состояния социальной защиты работников от профессиональных рисков включают в себя широкий набор научно обоснованных критериев, позволяющих системно оценить уровень и "сбалансированность" многих характеристик трудовой жизни работника.

Разработанная МОТ доктрина достойного труда включает в качестве неотъемлемых условий:

* формирование социальной безопасности для всех трудящихся, которая охватывает безопасность и гигиену труда, гарантии дохода и доступность государственных услуг, защиту против разного рода непредвиденных обстоятельств;
* гарантированный и широкий доступ к службам медицинского обслуживания.

Концепция устойчивого развития, подготовленная в рамках системы ООН, оперирует такими понятиями, как:

* допустимое или устойчивое (и недопустимое) развитие с позиции совместимости экономического роста и сохранения окружающей среды, которые призваны удовлетворять потребности настоящего времени, не ставя под угрозу способность будущих поколений удовлетворять свои потребности;
* устойчивое качество жизни, которое обеспечивает минимальные базовые потребности и превосходит их в той мере, в которой улучшает качество жизни (здоровый образ жизни, стабильная и здоровая окружающая среда, личная безопасность, доступность образования и медицинских услуг)[[3]](#footnote-3).

В системе управления профессиональными рисками можно выделить три группы этих подсистем, каждая из которых решает свои задачи:

* мониторинг (наблюдение и контроль за источниками профессионального риска - состоянием производственной сферы, техникой и технологией);
* профилактика (конкретные меры по снижению уровней риска);
* социальная защита потерпевших на производстве с помощью социального страхования.

Снижение уровня профессионального риска может быть достигнуто посредством мероприятий по безопасности (машины, станки и агрегаты должны проектироваться, изготовляться и эксплуатироваться с учетом требований техники безопасности, гигиены труда и эргономики, подвергаться контролю качества, включая проверку безопасности оборудования и его сертификацию; вещества, представляющие повышенную опасность, если это возможно, заменяются на менее опасные, а при работе с опасными веществами предусматриваются меры безопасности; трудовой процесс организуется с учетом медико-биологических требований, проводится соответствующий профессиональный подбор и подготовка персонала).

### 1.2. Особенности социальной работы в России

В 1991 г. Россия присоединилась к сообществу стран, в которых существует профессиональная социальная работа. Если подходить к вопросу формально, не отвлекаясь от терминологической оболочки, то получится, что социальной работы как таковой до 1991 г. в СССР не было, но если учитывать прежде всего содержание понятия, то станет ясно, что такого рода деятельность существовала в рамках социального обеспечения, педагогической работы по месту жительства, медико-реабилитационной работы и пр. Введение социальной работы как профессии явилось свидетельством отказа от идеологической мифологемы, согласно которой в развитом социалистическом обществе принципиально отсутствуют социально-экономические предпосылки для появления социально уязвимых и девиантных групп населения, а проблемы тех клиентов, которые обслуживаются в рамках социального обеспечения, связаны либо с «естественными» медико-биологическими причинами (старостью, болезнями и инвалидностью), либо с несчастными случаями, природными и техногенными катастрофами.

Происшедшие в постсоветской России глубокие социальные перемены, нестабильность политической и экономической ситуации, сопровождающие затянувшийся переходный период, привели к увеличению численности и расширению спектра социально незащищенных и уязвимых контингентов (малоимущие и безработные, учащаяся молодежь, неполные и многодетные семьи, семьи с хроническими больными и инвалидами, мигранты и беженцы и др.), а также социально девиантных контингентов и «групп риска» (алкоголики и наркоманы, несовершеннолетние правонарушители и проститутки, бомжи, профессиональные нищие и др.). Переход к новой системе социально-экономических отношений вызвал кризисные, сопровождающиеся стрессами изменения в условиях жизни людей и в их ценностных ориентациях и в целом привел к ухудшению социального здоровья общества, в частности всех основных параметров, характеризующих так называемое качество населения: образовательный и профессиональный потенциал, здоровье, духовно-нравственный потенциал. Все это явилось следствием характерного для нестабильных переходных периодов состояния аномии, т. е. временного разрушения нормативных структур, при котором люди, привыкшие руководствоваться традиционными нравами и обычаями, уже не могут жить по-старому, но еще не выработали или не освоили новых образцов действий, взаимодействия, поведения. В результате увеличивается численность маргинальных, неадаптированных членов общества, большинство которых не способно к самоорганизации.  
В этой связи социальная работа, идеологической сутью которой можно считать рациональный альтруизм, призвана помогать им как в плане их собственного выживания, так и в перспективе упорядочения более широкого социокультурного контекста, причем с упором не только и не столько на улучшение материального благосостояния нуждающихся в рамках государственной или частной благотворительности, но в первую очередь на их активную социализацию и адаптацию к меняющимся жизненным условиям[[4]](#footnote-4).

Как отмечает Е.И.Холостова, главными целями социальной работы является стремление улучшить как само качество социальных отношений, так и достичь большей социальной справедливости. Особую актуальность приобретает регулирующая роль государства в выработке и осуществлении мер, способных противодействовать явлениям стихийности и незащищенности, обеспечить социальную защиту граждан, достойный уровень их существования и жизнедеятельности в обществе. В то же время это является проблемой выработки стратегии социального развития в целях стабилизации социальных отношений и государственности как таковой, что и составляет основную цель социальной политики. Социальная политика, определяя содержание, направленность, нормативно-правовую базу социальной работы, является методологической, теоретической и практической предпосылкой осуществления этой работы в конкретных формах и конкретными методами. Социальная политика — составная часть внутренней политики государства, воплощенная в его социальных программах и практике и регулирующая отношения в обществе в интересах и через интересы основных социальных групп. По происхождению она вторична относительно экономики. Основные задачи социальной политики — гармонизация общественных отношений, создание социально гарантированных условий для жизнедеятельности граждан, обеспечение социальной справедливости в обществе. Социальную работу, в свою очередь, можно представить как организаторскую и исполнительскую деятельность по реализации социальной политики государства3; и на операциональном уровне социальная работа определяется как вид профессиональной деятельности по оказанию помощи отдельным людям, группам или сообществам для усиления или восстановления их способности социального функционирования и по воссозданию социальных условий, способствующих реализации этой цели.

В последней редакции (1994 г.) тарифно-квалификационной характеристики должности «специалист по социальной работе» выделяются следующие его функции:

* аналитико-гностическая (выявление и учет на территории обслуживания семей и отдельных граждан, в том числе несовершеннолетних детей, нуждающихся в различных видах и формах социальной поддержки, и осуществление патронажа над ними);
* диагностическая (установление причин возникающих у граждан трудностей);
* системно-моделирующая (определение характера, объема, форм и методов социальной помощи);
* активационная (содействие активизации потенциала собственных возможностей отдельного человека, семьи и социальной группы);
* действенно-практическая (помощь в улучшении взаимоотношений между отдельными людьми и их окружением; консультации по вопросам социальной защиты; помощь в оформлении документов, необходимых для решения социальных вопросов; содействие в помещении нуждающихся в стационарные лечебно-оздоровительные учреждения; организация общественной защиты несовершеннолетних правонарушителей и др.);
* организаторская (координация деятельности различных государственных и негосударственных учреждений, участие в работе по формированию социальной политики, развитию сети учреждений социального обслуживания);
* эвристическая (повышение своей квалификации и профессионального мастерства)4. Фактически предполагается, что социальный работник должен быть способен выступать в качестве социального статистика, администратора и менеджера; обеспечивать разного рода социальное обслуживание; помогать в воспитании детей; осуществлять психологические и правовые консультирование и экспертизу; проводить просветительскую работу по самым разным вопросам, в том числе таким, как здоровый образ жизни, планирование семьи, профилактика правонарушений и др[[5]](#footnote-5).

### Социальная работа относится к «помогающим профессиям», и в мировой практике одним из ее фундаментальных методологических и организационных принципов является подход, который обозначается как системно-комплексный, целостный, или холистический. В контексте данного подхода конкретная личность или явление рассматриваются целостно и как нечто большее, чем сумма отдельных частей, а проблемы видятся в более широком спектре, чем на уровне специфических симптомов. В рамках системно-комплексного подхода осуществляется интеграция социальных, социокультурных, психологических и физических влияний на индивидуума5.

### Содержание самого понятия социальной работы предполагает взаимодействие между человеком и окружающей средой, поэтому клиента всегда необходимо рассматривать в его социальном окружении, социальной среде его обитания, и, как отмечает Е.И.Холостова, социальный аспект общественных отношений присутствует везде, где осуществляется социальная деятельность, возникают взаимодействия индивидов и групп индивидов. В практике социальной работы выделяются три уровня преобразовательной деятельности: внутри общества как целого (макроуровень); внутри сообществ и социальных институтов (мезоуровень); в рамках семей и индивидуумов (микроуровень). При этом, как указывает Х. Сведнер, важно всегда иметь в виду, что каждая попытка вмешательства в социальную систему ради проблем депривации и деструкции на индивидуальном уровне должна также быть атакой на структурные и текущие проблемы, находящиеся за этими индивидуальными проблемами. В противном случае последние будут возникать вновь и вновь, в то время как социальные перемены достигаются только благодаря преобразовательной работе, проводимой одновременно на макро-, мезо- и микроуровнях6.

### Социальная политика и социальная работа в условиях России идеологически во многом согласуются с общемировыми тенденциями, однако, естественно, существует специфика, обусловленная рядом социокультурных и экономических факторов.

### Социальная политика является по своей идеологии патерналистской. Патернализм по определению делит участников взаимодействия на покровителей и одариваемых, причем последние обязательно оказываются в униженном положении, независимо от того, какой практикуется вариант патернализма — либеральный (благотворительность, гуманитарная помощь) или строгий (карательный). Государственный статус социальной работы подразумевает возможность централизованного контроля над определением категорий и количества членов общества, нуждающихся в помощи, а также выделяемыми для ее оказания ресурсами. Социальный работник в качестве государственного служащего является проводником социальной политики, поэтому направленность и содержание его профессиональной деятельности, а также его собственные установки изначально во многом определяются ценностной, аксиологической концепцией отношения общества к определенным категориям объектов социальной работы. В этой связи можно сказать, что социальная политика и социальная работа в России идеологически тяготеют к так называемой медицинской, или административной, модели. Согласно этой модели, если какой-либо человек, по сравнению с другими, чего-то лишен и находится в невыгодном положении, то для него эта ситуация трагическая; ограниченные социальные возможности являются частью человека, принадлежат ему, и это как бы его собственная вина; человек должен приспособиться к обществу, а если он не такой, как все, то он должен подвергнуться процессу социального вмешательства, для того чтобы соответствовать статичным и консервативным социальным представлениям о «норме». Вследствие такого подхода часть людей оказываются отделенными от остального общества, их окружают профессионалами и считают, что из-за имеющихся ограничений по состоянию здоровья, малообеспеченности или по возрасту их способности принимать решения тоже ограничены. Наконец, идеология «административной модели» оказывает определенное влияние на законодательство, социальную политику и организацию социальных служб.

### Авторство «социальной модели» (иногда ее обозначают как «интерактивную модель», или «модель взаимодействия») принадлежит главным образом самим клиентам социальных служб, начавшим во многих странах постепенно объединяться в различные ассоциации и движения. В фокусе этой модели находится взаимосвязь между отдельным человеком и окружающей его средой (в том числе обществом), причем ограниченные возможности не рассматриваются как часть человека и как его вина: человек может стараться ослабить последствия, вытекающие из его проблем, но ощущение ограниченности своих возможностей вызвано главным образом позицией и поведением других людей и барьерами, существующими в окружающей среде (архитектурой, социальной организацией и психологическим климатом, в том числе стигматизацией и инвалидизацией).

### Одна из конечных целей социальной политики и социальной работы связана с концепцией независимой жизни, которая рассматривает человека и его проблемы в свете его гражданских прав, а не с точки зрения его личностных и социальных трудностей, и ориентируется на устранение физических и психологических барьеров в окружающей среде с помощью специальных служб, методов и средств. Очевидно, что именно в сфере социальной работы, предполагающей, по определению, профессиональную поддержку, защиту и помощь социально уязвимым и неблагополучным категориям населения, должны быть предоставлены условия для их социальной реабилитации, адаптации и интеграции.

### С другой стороны, независимая жизнь представляет собой наличие альтернатив и возможность выбора, который человек может сделать при помощи социальных служб, причем критерием независимости является не степень его дееспособности и самостоятельности в условиях отсутствия помощи, а качество жизни в условиях предоставляемой помощи. В свою очередь, понятие помощи включает в себя ее характер, способ оказания, контроль и результат.

### Иногда бывает трудно принимать помощь, но и не менее трудно успешно ее оказывать. В связи с вышеизложенным важны не только содержание и технологии социальной работы, но и ее психологическая окрашенность. Одним из самых распространенных и, по-видимому, наиболее адекватных для «помогающих профессий» типа социальной работы и недирективной консультативной психологии является гуманистический подход (К. Роджерс и др.). Согласно этому подходу, для нормального существования человека, что предполагает формирование его высокой самоценности, необходимы активизация внутренних ресурсов позитивного развития личности («личностного роста»), гуманность и возможность выбора. С другой стороны, с позиций экзистенциальной психологии одним из важнейших стремлений личности является обретение смысла своего существования, и для человека важнее не то, что с ним случилось, а свое отношение к случившемуся (В. Франкл).

### С этой точки зрения весьма важной задачей социального работника является перевод клиента из позиции объекта социального воздействия (социальная и личностная пассивность, внешний локус контроля, отказ от самостоятельного принятия решений и зависимость, стереотипичность мышления и поведения и пр.) в позицию способного к саморазвитию, активного и креативного субъекта социального воздействия7. В рамках двусторонних отношений «социальный работник — клиент» последний должен быть стимулирован на активный выбор в виде самостоятельного принятия решений. Но в условиях отечественной практики социальному работнику гораздо легче принимать решения самому, опираясь на существующие нормативы и формальные критерии, что приводит к возрастанию неуверенности клиента в своих силах и его зависимости от социального работника. Следует также отметить, что с новейшей историей России связана такая особенность значительной части менталитета населения, как виктимность. Многие люди ощущают себя жертвами «палача»-правительства или конкретных его персонажей, демонстрируют реакции агрессии или обиды и, в соответствии с механизмами системного психотерапевтического подхода, виктимизируют обидчика, вызывая у него чувство вины и становясь, в свою очередь, его «палачом» (яркая иллюстрация — «плачущие» премьер-министры, которым население обычно «мешает работать»).

### В связи с этим социальным работникам принадлежит жизненно важная роль в стимулировании людей на достижение их целей и обеспечении равного доступа к качественному и независимому образу жизни в обществе, что, в свою очередь, должно позволить социально уязвимым категориям населения (а также людям, подвергшимся тем или иным видам насилия) не чувствовать себя психологически стигматизированными и инвалидизированными жертвами. Наделение клиентов необходимой для этого силой включает в себя шесть ключевых элементов: контроль и выбор, идентичность, участие и консультирование, технология, информация и ресурсы.

### Конкретные усилия, согласно «социальной модели», должны быть направлены не только на помощь людям в борьбе с их проблемами, но и на изменения в обществе. Однако в отечественной практике социальная работа сводится в основном к сбору и первичному анализу данных об индивидуумах и семьях с особыми потребностями и распределению различных видов материальной помощи — денег, лекарств, еды, одежды и т.д. В результате многие психосоциальные потребности клиентов/семей часто удовлетворяются не в полной мере, а их личностные ресурсы не активизируются, что снижает возможности социальной адаптации и реабилитации.

### Кроме того, в отличие от многих стран, в отечественной теории и практике социальной работы фактически отсутствует в целостном виде профессиональный этический кодекс, в результате чего не эксплицируются важнейшие профессиональные ценности, в том числе антидискриминационная направленность социальной работы (т. е. борьба с эйджизмом, сексизмом, инвалидизмом и пр.). Недостаточно развиты специализированные практические направления и методы «социальной терапии» для таких, например, ситуаций, как пренебрежение детьми и насилие в семье, утрата и горе, девиантное и делинквентное поведение и пр., что частично обусловлено своего рода социальной мифологичностью и табуированностью данной тематики; практически отсутствуют групповые формы социальной работы, в том числе организация ассоциаций клиентов со сходными проблемами и групп самопомощи.

### Эффективность социальной работы (а также ее экономическая рентабельность) снижается и из-за того, что различные ее направления курируются чуть ли не десятком различных министерств и ведомств, имеющих свое собственное финансирование: так, Министерство общего и профессионального образования РФ занимается детьми с учебными трудностями, Министерство внутренних дел РФ — несовершеннолетними правонарушителями, Министерство здравоохранения РФ — больными, инвалидами и наркотически зависимыми людьми, Министерство по чрезвычайным ситуациям РФ — людьми, пострадавшими от природных и техногенных катастроф, Министерство труда и социального развития РФ — социальным обеспечением и поддержкой различных социально уязвимых групп населения. Сферы деятельности и объекты частично перекрываются (например, различными аспектами медико-социально-педагогической реабилитации детей-инвалидов занимаются как минимум три из вышеперечисленных министерств), однако говорить о целостном подходе и межведомственном взаимодействии пока еще рано, хотя в последнее время в этом плане наметились определенные позитивные тенденции и сдвиги.

### Необходимо отметить некоторые специфические аспекты практической социальной работы с людьми, которые можно условно обозначить как «производственные вредности»: навязанность общения, монотония и психическое пресыщение из-за рутинности запросов и психологической «типажности» объективно сложных клиентов, невозможность эмоциональной разрядки во время работы и необходимость всё время быть «в форме» (психологическая несвобода), большие объемы работы с вынужденным выходом за пределы служебных полномочий, наконец, постоянное соприкосновение с отчаянием, болью, страданиями и горем других людей, нередко воспринимающих социального работника как персонификацию государства-обидчика. Преодоление этих и других объективных трудностей, а также низкой престижности и малооплачиваемости социальной работы требует от социальных работников высокого уровня профессиональной мотивации, компетентности и психологической устойчивости[[6]](#footnote-6).

### Проблема усугубляется тем, что стремительно развивающаяся как профессия социальная работа испытывает острый недостаток в квалифицированных специалистах. Несмотря на то, что на сегодняшний день подготовка и переподготовка социальных работников осуществляются на базе примерно 80 государственных, а также большого числа негосударственных образовательных структур, из тридцати с лишним тысяч российских социальных работников, как было отмечено министром социальной защиты населения РФ на декабрьской (1995 г.) Всероссийской конференции по вопросам подготовки кадров для социальной сферы, пока еще только 6% получили специальную профессиональную подготовку. Обычно сотрудники социальных служб имеют какое-либо высшее образование (чаще всего гуманитарное) плюс прошли курсы переподготовки, в наиболее распространенном варианте носящие краткосрочный характер и ориентированные главным образом на организацию, финансирование и менеджмент социальных служб. Еще более остро эта проблема стоит в отношении сотрудников негосударственных благотворительных организаций, занимающихся, по сути, социальной работой.

### Подготовка специалистов в области социальной работы официально была учреждена в нашей стране вместе с введением специальности и начала осуществляться в 1991—1992 гг. В государственном образовательном стандарте представлены, на первый взгляд, все необходимые для качественной подготовки специалистов дисциплины, как общеобразовательные, так и специальные. Однако в условиях отсутствия целостного подхода в методологии самой социальной работы процесс обучения принимает эклектичный характер и не обеспечивает должного уровня междисциплинарных взаимосвязей.

### В образовательных программах для социальных работников и в самом учебном процессе отсутствует такой компонент, как подготовка к работе в многопрофильных бригадах (командах), не предполагается проведение междисциплинарных конференций и семинаров, что отражает межведомственную разобщенность в существующей практике социальной работы и не позволяет реализовать принципы системно-целостного подхода. Наконец, учебные планы, программы и сам процесс обучения носят академизированный характер, и удельный вес тренинговых занятий по отработке психосоциальных технологий работы с различными типами случаев, а также полевой практики чрезвычайно низок.

# Глава 2. Современной состояние проблемы профессионального риска в России и зарубежом

# 

# 2.1. Факторы профессионального риска

Анализ формирования в России системы обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональной заболеваемости свидетельствует о том, что на начальном этапе ее становления (1999-2002 гг.) в общих чертах удалось обеспечить реализацию компенсационной функции. Что касается двух других - превентивной и реабилитационной, то их еще только предстоит "отработать".

В этой связи следует выделить ряд моментов. В частности, в России выявляется крайне мало профессиональных заболеваний по сравнению с развитыми странами, где уровни профессионального риска ниже, а системы управления безопасностью и гигиеной труда выгодно отличаются по уровню эффективности от соответствующих отечественных показателей и характеристик. Например, уровень вновь выявляемых (новых) случаев профессиональных заболеваний в Австрии, ФРГ, Финляндии и США в 90-е годы составлял 30-60 случаев на 10 тыс. рабочих, что в 30-50 раз больше, чем в России.

Понятно, что последствия "недовыявляемости" профессиональной заболеваемости чрезвычайно опасны, поскольку заявляют о себе внезапно, заставая "врасплох", как трудно предсказуемый сход снежной лавины. Поэтому специалистам и соответствующим организациям следует предусмотреть предупредительные меры, попытаться заблаговременно взять "процесс" под контроль.

Сегодня одной из актуальнейших в мире является проблема увеличившегося риска раковых заболеваний. В настоящее время идентифицировано около 350 химических веществ-канцерогенов, с которыми люди сталкиваются на работе. В странах ЕС около 16 млн. человек (или более 10% работающих) подвержены влиянию вредных факторов, включающих, в том числе, и канцерогенные вещества; в США ежегодно выявляются около 20 тыс. случаев онкологических профессиональных заболеваний. В России, где численность занятых в неблагоприятных условиях труда значительно выше (около 30% всех работающих), случаев выявленных онкологических заболеваний с диагнозом "профессиональное" - считанные единицы.

Учитывая широкое применение химических веществ, в том числе и на небольших предприятиях, в лабораториях и мастерских, представляется целесообразным определить нормативный порядок ведения хозяйствующими субъектами реестров использования токсичных и особо вредных веществ.

### 2.2 Возможные пути решения проблемы снижения профессионального риска

### С учетом международного опыта представляется целесообразным создание системы превентивных мер, направленных на снижение уровней профессиональных рисков, в том числе:

* проведение классификации (по видам и уровням) профессиональных рисков с позиции допустимости для общества, государства и отдельных профессиональных групп в соответствии со следующей схемой: а) недопустимые ни при каких условиях; б) допустимые только в ограниченные временные периоды в экстремальных ситуациях (спасатели, водолазы, пожарные и т.д.); в) допустимые при наличии эффективных коллективных и индивидуальных средств защиты, регулярного биологического мониторинга состояния здоровья работающих и выполнения работодателями и работниками необходимых регламентных мер защиты персонала (аварийные и ремонтные работы на объектах повышенной опасности); г) приемлемые при соблюдении правил и инструкций по технике безопасности, гигиене труда и периодическом мониторинге состояния условий труда на рабочих местах и здоровья работающих;
* разработка методических основ комплексной оценки профессионального риска по состоянию факторов производственной среды, трудового процесса и медицинских признаков (ранних форм) нарушения здоровья работающих, определение перечня типовых рабочих мест по основным профессиональным группам с повышенным уровнем профессионального риска (500-800 рабочих мест) и организация на них постоянного мониторинга профессионального риска силами федерального научного центра оценки профессионального риска (необходимость создания которого очевидна) и крупных корпоративных центров медицины труда (позитивный опыт ВАЗа в этой области заслуживает широкого распространения);
* формирование службы экспертов по профессиональным рискам, обеспечивающих для страховщика оценку типовых (и нетиповых) рисков и разработку рекомендаций по снижению уровней рисков, оптимальному распределению степени их воздействия во времени (прогнозные оценки наступления рисков) и в пространстве (учет при проектировании технологических процессов, машин и оборудования, размещении их на производственных площадках), передаче и конвертации рисков контрагентам и специализированным организациям.

Что касается реабилитационных механизмов и развитой медицинской и социальной инфраструктуры реабилитации, то для этого, на наш взгляд, следовало бы разработать соответствующую государственную программу. Опыт развитых стран в этой сфере свидетельствует о целесообразности применения системного подхода при создании реабилитационных центров, в структуре которых можно было бы предусмотреть единые комплексы по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации.

Учитывая значительный вес в отечественной экономике добывающих отраслей и отраслей первичной переработки, значительные территориальные масштабы и развитую санаторно-курортную сеть (обладающую высоким реабилитационным потенциалом и развитой лечебной инфраструктурой), можно предложить регионально-кустовую модель формирования реабилитационных центров (около 10-15), оставляя за федеральным центром наиболее сложные медицинские функции по диагностике и проведению уникальных операций.

Существенным резервом совершенствования обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональной заболеваемости является актуарное оценивание данного института и выработка рекомендаций по улучшению функционирования важнейших его компонентов. Первоочередная задача при этом - сбор статистических данных и проведение расчетов по следующим направлениям:

* средний возраст наступления инвалидности вследствие трудового увечья или профессионального заболевания по их нозологиям и профессиональным группам работающих, средний период нахождения на инвалидности;
* численность и средний размер компенсационных выплат (включая пенсии) по инвалидности вследствие трудового увечья и профессионального заболевания, в том числе I, II и III групп, включая семейное положение потерпевших, их пол и возраст;
* численность и средний размер пенсий по случаю потери кормильца вследствие трудового увечья и профессионального заболевания, включая индивидуальные данные по полу и возрасту, отдельно для вдов, вдовцов, сирот и других иждивенцев, имеющих право на получение пенсии по случаю потери кормильца;
* общий объем расходов на выплату пенсий по их видам;
* объем расходов на реабилитацию по ее видам;
* объем расходов на проведение профилактических мероприятий по их видам.

Таким образом, для формирования эффективного института обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональной заболеваемости требуется решить комплекс проблем методического, страхового, лечебно-реабилитационного, профилактического и диагностического характера.

Другими словами, требуется создание многопрофильной системы защиты, круг функций которой значительно шире круга функций, выполняемых другими институтами страховой защиты (социального и личного страхования). Однако большинство ее механизмов (информационные, финансовые и правовые), а также инфраструктура (медицинская, реабилитационная и диагностическая) еще не созданы. Задачу, связанную с их формированием, необходимо решить в ближайшее время.

Для этого потребуется законодательное изменение правового статуса страховщика - Фонда социального страхования РФ. Нынешнее нормативное определение его статуса зауживает роль и функции этой структуры, сводя их в основном к распределению и перераспределению финансов. Формирование полноценного института страховой защиты от профессиональных рисков, осуществляющего весь круг функций, позволит значительно улучшить социальную защиту работников, что в конечном счете является его центральной задачей.

В контексте рассматриваемой темы требует решения и вопрос о социальной защите самозанятого населения. Его общая численность составляет более 8 млн. человек и имеет ярко выраженную тенденцию к росту. Помимо данной категории работников, в систему обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональной заболеваемости не включены и работники, выполняющие работу на основании гражданско-правового договора, если за них не уплачены страховые взносы. Общая численность указанных категорий ориентировочно оценивается в пределах 12-13 млн. человек.

Ряд отечественных ученых и специалистов предлагает разработать и принять федеральный закон "Об обязательном социальном страховании самозанятого населения". С этой целью можно воспользоваться английским опытом создания провидентных страховых фондов.

Данный вид страхования предусматривает сочетание обязательного характера страховых взносов с предоставлением страхующемуся лицу возможности выбора видов, условий и размеров будущих пособий, медицинских и реабилитационных услуг, что делает его достаточно дешевым и доступным для лиц с низкими и нерегулярными доходами. При этом в систему обязательного страхования включаются только несчастные случаи с тяжелым (инвалидным) исходом и сиротством, а также связанные с необходимостью проведения хирургических операций.

Придание данному виду страхования статуса социального позволит освободить страховые взносы от подоходного налогообложения, а провидентная форма будет привлекательной для застрахованных: по окончании страхового периода им возвращаются накопленные суммы.

Одной из разновидностей техногенных рисков выступает профессиональный риск, который связан с профессиональной деятельностью и является результатом действия комплекса различного рода причин: технологических, организационных, социальных и экономических.

Актуальность вопросов изучения профессиональных рисков в России в настоящее время резко увеличивается. Это в первую очередь связано со становлением страховых механизмов обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и формированием обязательных профессиональных пенсионных систем.

С другими видами (сегментами) социального страхования данные страховые институты объединяет общность целей, принципов организации, методов работы и выполнение важнейших функций по социальной защите: замещения утраченного заработка (в форме пенсий и пособий), предоставления медицинской помощи и восстановления(по мере возможности) поврежденного здоровья и утраченной трудоспособности, а также проведения профилактических мероприятий по снижению уровней профессиональных рисков. Задача создания предпосылок для становления и эффективного функционирования указанных страховых институтов требует решения ряда сложных проблем.

Во-первых, необходимо разработать принципиально новую для России систему организации проведения анализа профессиональных рисков, включающую основные ее компоненты: научный инструментарий оценки рисков, страховые механизмы их выявления, федеральные и региональные центры оценки и учета рисков, соответствующую научную и информационную инфраструктуру.

Во-вторых, требуется сформировать систему взаимоувязанных между собой организационных, медико-социальных, финансовых и правовых механизмов управления профессиональным риском.

Что касается первой проблемы - анализа профессиональных рисков, то крупный масштаб требующих своего решения вопросов обусловлен комплексом причин: сложной природой профессиональных рисков, значительным их многообразием, труднопредсказуемыми и длительными по времени последствиями. Например, специалисты Международной организации труда (МОТ) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) выделяют более 150 классов профессиональных рисков и приблизительно 1000 их видов, которые представляют реальную опасность для 2000 различных профессий. При этом считается, что данная классификация является неполной и охватывает только отдельные аспекты безопасности и гигиены труда[[7]](#footnote-7).

Столь широкое распространение профессиональных рисков объясняется высоким уровнем развития индустриального труда, когда активное применение техники и технологии, химических и биологических веществ, различных видов энергии и проникающего излучения приводит к тому, что практически все сферы жизнедеятельности людей (в том числе и непроизводственные) буквально пронизаны рисками. Многие ученые уже говорят о том, что полностью избежать (гарантированно “на 100 %”) рисковых ситуаций в процессе труде в сфере материального производства сегодня не может никто.

В этой связи определение факторов профессионального риска, фундаментальные и прикладные исследования их безопасных (и опасных) уровней воздействия на работающих, мониторинг здоровья и безопасности на рабочих местах, организация работы по изучению несчастных случаев и профессиональных заболеваний на государственном уровне и ряд других вопросов входит в круг задач по оценке профессионального риска.

Только с помощью современных методов изучения профессиональных рисков возможно получить правильное представление о субъектах социальной защиты, определить приоритеты государственной социальной политики, распределить финансовое бремя по организации социальной защиты между основными субъектами, разработать адекватную рыночным отношениям модель управления охраной труда.

Пространство профессионального риска должно охватываться всем спектром выработанных мировой практикой механизмов защиты: законодательной и контрольной функциями государства, организационно-технической работой предприятий, компенсационно-реабилитационной деятельностью систем социального страхования от несчастных случаев на производстве.

Кроме того, оценка макроэкономических последствий профессиональных рисков позволяет вырабатывать рекомендации при проектировании оборудования и технологических процессов (эргономический подход) и стратегических ориентиров при разработке инвестиционных программ.

Вопросы управления профессиональным риском представляют второй компонент проблем в данной сфере и включают в себя набор механизмов и институтов по управлению производственной средой, безопасностью, гигиеной труда и здоровьем работающих. Сфера действия управленческих воздействий при этом охватывает выбор приоритетов, решений и действий по предупреждению и устранению причин производственного травматизма и нарушения здоровья, профилактике несчастных случаев, профессиональной и производственно-обусловленной заболеваемости.

На уровне предприятий управление профессиональным риском включает набор различных средств: измерение концентрации пыли и уровня содержания химических веществ в воздухе рабочей зоны (например, бензола), определение повышенного риска с помощью биомаркерного мониторинга (например, повышенного уровня содержания свинца в крови), регистрация происшествий (пролив химикатов).

Если использовать язык практики страхования, то анализ риска включает в себя задачи по определению, идентификации и оценке (“взвешению”) по степени опасности профессиональных рисков, а управление риском - набор механизмов и институтов по снижению, компенсации и контролю риска.

Заключение

Возможность работать и зарабатывать на полноценную жизнь, реализовывать с помощью трудовой деятельности потенциал творческой личности и достигать при этом желаемого социального статуса - одна из базовых ценностей современного общества. Поэтому сохранение здоровья человека, его профессиональной способности к труду - основная задача страховой защиты работников от рисков профессионального труда Как известно, профессиональный риск неравномерно распределяется между профессиональными группами работников, в результате общество и страны распадаются на "тех, кто производит риск", и "тех, кто находится под влиянием риска".

Мировой опыт свидетельствует, что не население, а социальные институты и организации способны объективно оценить приемлемый уровень профессионального риска с помощью инструментов публичного права.

### Необходимо отметить некоторые специфические аспекты практической социальной работы с людьми, которые можно условно обозначить как «производственные вредности»: навязанность общения, монотония и психическое пресыщение из-за рутинности запросов и психологической «типажности» объективно сложных клиентов, невозможность эмоциональной разрядки во время работы и необходимость всё время быть «в форме» (психологическая несвобода), большие объемы работы с вынужденным выходом за пределы служебных полномочий, наконец, постоянное соприкосновение с отчаянием, болью, страданиями и горем других людей, нередко воспринимающих социального работника как персонификацию государства-обидчика. Преодоление этих и других объективных трудностей, а также низкой престижности и малооплачиваемости социальной работы требует от социальных работников высокого уровня профессиональной мотивации, компетентности и психологической устойчивости.

Управление профессиональным риском невозможно без учета концептуальных положений теории воспроизводства рабочей силы, качества трудовой жизни и устойчивого развития.

Снижение уровня профессионального риска может быть достигнуто посредством мероприятий по безопасности трудовой процесс организуется с учетом медико-биологических требований, проводится соответствующий профессиональный подбор и подготовка персонала.

Список использованной литературы:

1. Арнольдов А.С.”Живой мир социальной педагогики” М1996г
2. Василькова Ю.В. “Лекции по социальной педагогики”. М1998г.
3. Горячев М.Д. “Социальная педагогика” .Хрестоматия. Самара 1996г.
4. **Государственный доклад "Осанитарно-эпидемиологической обстановке в России в 1997 г."// Министерство здравоохранения РФ. - 1998.**
5. **Измеров Н.Ф., Капцов В.А., Денисов Э.И., Овакимов В.Г. Проблема оценки профессионального риска в медицине труда// Медицина труда и пром. Экология. - 1993. - N 3-4. - С. 1-4.**
6. **Измеров Н.Ф., Капцов В.А., Овакимов В.Г., Денисов Э.И. Концепция оценки профзаболеваний по категориям их риска и тяжести.// Медицина труда и пром. экология. - 1993. - N 9-10. - С. 1-3.**
7. **Измеров Н.Ф., Ткачев В.В., Соболев В.В. Расчет и регулирование пылевых экспозиционных доз с целью снижения уровня профессиональных заболеваний пылевой этиологии.// Медицины труда. - 1995. - N 5 - С 1- 12**
8. Колобов О.А. “Социальная педагогика как профессия”. Нижний Новгород1996
9. Куличенко Р.М. “Профессиональное становление и развитие института социальных педагогов и России”. М1998г.
10. Маслова Н.Ф. “Книга социального педагога”. Орел 1994г.
11. Мудрик А.В. “Введение в социальную педагогику”. М1997г.
12. Наше общее будущее: Доклад Международной комиссии по окружающей среде и развитию (МКОСР). М.: Прогресс. 1989, с.50
13. Рекомендация МОТ № 69 (1944 г.) "О медицинском обслуживании".
14. “Социальная работа в России: прошлое и настоящее”. Под ред. Бадя. М.1998г.
15. Семенов В.Д. “Взаимодействие школы и социальной среды”.М1986г
16. **Суворов Г.А., Денисов Э.И., Овакимов В.Г. Оценка вероятности вибрационной болезни от действия локальной вибрации с учетом сопутствующих факторов// Гиг. труда. - 1991. - N 5. - С. 6-10.**
17. Труд в мире. Международное бюро труда. Женева. Москва. 2001 г., с.3; Рекомендация МОТ (1944 г.) "Об обеспечении дохода"; Конвенции МОТ № 102, 103, 121, 128, 130.];
18. **Яковлева Т.П., Тихонова Г.И., Лескина Л.М., Шамарин В.Н, Ермаков С.Л. Влияние производственно-профессиональных факторов на продолжительность жизни металлургов. // Медицина труда. - 1995. - N 4. - С 1-4**
19. Хроменков Н.А. “Образование. Человеческий фактор. Общественный прогресс”.М1998г.
20. **Guide on risk assessment at work. - Luxemburg: European Commission Directorate - General V, 1996. - 57 pp. Royal Society Study Group. Risk assessment. - London: Royal Society, 1983.**

1. **Измеров Н.Ф., Капцов В.А., Денисов Э.И., Овакимов В.Г. Проблема оценки профессионального риска в медицине труда// Медицина труда и пром. Экология. - 1993. - N 3-4. - С. 1-4.** [↑](#footnote-ref-1)
2. Измеров Н.Ф., Капцов В.А., Овакимов В.Г., Денисов Э.И. Концепция оценки профзаболеваний по категориям их риска и тяжести.// Медицина труда и пром. экология. - 1993. - N 9-10. - С. 1-3. [↑](#footnote-ref-2)
3. Наше общее будущее: Доклад Международной комиссии по окружающей среде и развитию (МКОСР). М.: Прогресс. 1989, с.50 [↑](#footnote-ref-3)
4. Куличенко Р.М.  “Профессиональное  становление  и  развитие  института  социальных  педагогов  и  России”.  М1998г. [↑](#footnote-ref-4)
5. Маслова Н.Ф.  “Книга  социального  педагога”.  Орел 1994г. [↑](#footnote-ref-5)
6. Арнольдов А.С.”Живой  мир  социальной  педагогики”  М1996г [↑](#footnote-ref-6)
7. **Государственный доклад "Осанитарно-эпидемиологической обстановке в России в 1997 г."// Министерство здравоохранения РФ. - 1998.**  [↑](#footnote-ref-7)