

ОБЩЕСТВЕННАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА И ЗДОРОВЬЕ ЛИЧНОСТИ В СВЕТЕ ДЕКЛАРАЦИЙ И КОНВЕНЦИЙ ООН О ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА: ВОЗМОЖНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Э. И. Зборовский

*Государственный институт управления и социальных технологий БГУ, г. Минск
(кафедра социальной работы и реабилитологии)*

Eduard.zborovskii@mail.ru

Представлены показатели общественного здоровья и направления общественной социальной защиты личности в рамках образовательной модели социальной работы Республики Беларусь.

Presented indicators of public health and public areas of social protection of the individual in the educational model of social work the Republic of Belarus.

К л ю ч е в ы е с л о в а: общественное здоровье; социальная защита; факторы риска; достоинство; кардинальные добродетели; образование.

К e y w o r d s: public health; social protection; risk factors; dignity; the cardinal virtues; education.

В Республике Беларусь в последние годы отмечается высокая эффективность услуг по ряду важных направлений общественного здоровья:

— показатель младенческой смертности — один из самых низких в Европе; отсутствие материнской смертности;

— высокая выживаемость детей с онкогематологическими заболеваниями; устойчивые достижения в профилактике инфекционных заболеваний;

— достижения в лечении осложнений ИБС;

— успехи трансплантологии по разным направлениям.

Для примера: коэффициент младенческой смертности (на 1 тыс. родившихся живыми) в 1990 г. был 11,9, а в 2013 г. — 3,5. В абсолютных цифрах младенческая смертность в 1990 г. составила 1717 родившихся, в 2013 г. — 407.

В условиях современного научно-технического развития большое влияние имеют неблагоприятные факторы образа и условий

жизни. Они распределяются (по Лисицину) следующим образом: образ и условия жизни — 49,53 %; генетика, биологические факторы — 18,22 %; внешняя экологическая среда — 17–20 %; здравоохранение — 8–10 % [1].

Именно вследствие факторов образа жизни смертность по основным классам причин вызывает беспокойство структур государства и общества, вынуждает к поиску национальных программ демографической безопасности.

Так, за 10 лет в Республике Беларусь удельный вес умерших в трудоспособном возрасте по отношению ко всем умершим остался достаточно высок. Например, в 2002 г. он составил 23,55 %, в 2013 г. — 20,41 %. Численность умерших от всех причин, а также в трудоспособном возрасте в Беларуси демонстрирует необходимость поиска неординарных средств, чтобы существенно изменить гуманитарные и социальные последствия явления.

2002 г. — 146 655 — в трудоспособном возрасте — 34 540;

2005 г. — 141 857 — в трудоспособном возрасте — 35 224;

2010 г. — 137 132 — в трудоспособном возрасте — 32 070;

2013 г. — 125 326 — в трудоспособном возрасте — 25 578.

Каждый четвертый-пятый не успевает порадоваться пенсионному обеспечению. Основными причинами смерти на 2013 г. являются (в скобках трудоспособный возраст):

— болезни системы кровообращения — 66 208 (8440) человек;

— новообразования — 17 320 (4666);

— органов дыхания — 2138 (781);

— болезни органов пищеварения — 4176 (1804);

— внешние причины — 10 456 (7321). Одной из самых многочисленных групп внешних причин трудоспособный возраст составляет больше половины случаев. В структуре смертности от внешних причин: несчастные случаи, связанные с транспортными средствами 1118 (857); случаи, связанные с отравлением алкоголем — 1670 (1273); случаи утоплений — 576 (396); самоубийства — 1903 (1393); убийства — 396.

Высокий уровень смертности в трудоспособном возрасте в целом и от внешних причин, т. е. неестественных, свидетельствуют, что основные причины таковой находятся за пределами возможностей сложившейся традиционной системы здравоохранения, где холистический подход к охране здоровья человека как личности уступил место органам технологиям лечения болезни. Системы здравоохранения, социальной защиты, образования пока действуют в основном разобщенно,

что, возможно, удобно в управлении, но не эффективно в части формирования автономно существующей личности, нуждающейся с позиций холизма в единстве физического, психического и социального благополучия.

В каждой из приведенных выше групп потенциал снижения смертности, заложенный в образовании, пока используется недостаточно. Например, за 2013 г. в различных ДТП в Беларуси погибли 1118 человек, что составляет 11,8 случая на 100 тыс. жителей страны. В Великобритании этот показатель составляет 5,4, т. е. более чем в два раза ниже. Основным условием обеспечения безопасности британских дорог являются усвоенные с молоком матери каждым британцем правила безопасности. Специалисты Туманного Альбиона видят два основных условия успеха:

1) тесная взаимосвязь усилий правительства, учреждений полиции, общественных организаций и самих граждан;

2) обучение детей правилам безопасности с раннего возраста, когда они еще находятся в кресле пассажира.

В Республике Беларусь в 2011 г. в ДТП погибло 1200 человек (0,127 на 1000 жителей). В Швеции, близкой по численности населения к Беларуси, — 319 чел. (0,034 на тысячу). Надо полагать, что уровень образованности и культуры водителей и служб, проектирующих дороги и обеспечивающих качество транспорта, немаловажны в более чем трехкратном различии. Побороть одну из составляющих травматизма, злоупотребление алкоголем, как и курением, дающим около 90 % смертей от рака органов дыхания, невозможно мерами традиционной медицины. Настало время социальной медицины, образования, культуры.

В системе образования и воспитания находятся приводные ремни управления духовно-нравственным здравосозидающим образом жизни. Для нашей страны это важный ресурс, учитывая развитость и доступность системы образования. Она может изменить поведение населения на более безопасный стиль жизни посредством воздействия на поведенческие факторы риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНЗ), обуславливающих около 80 % социальных потерь общества вследствие болезней. **Поведенческие факторы риска ХНЗ**, принятые мировой наукой, — курение табака, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, нерациональное питание, избыточная масса тела, стресс. В процессе многолетних наблюдений за образом жизни и причинами болезни и смерти нами установлено, что факторы риска несут разный уровень угрозы для людей разных типов конституции.

Например, многолетняя гиподинамия несет в два раза больший риск новых случаев ишемической болезни сердца для мужчин мезоморфного (мышечного) телосложения в сравнении с лицами эндоморфного соматотипа. Это требует индивидуализации профилактических программ, развития условий для физической активности масс, что требует «познать самого себя».

Именно ХНЗ ныне определяют панораму смертности в трудоспособном возрасте, устойчиво низкий уровень ожидаемой средней продолжительности жизни. Она примерно на 10 лет ниже, чем в Европе. Век белоруса короче века японца примерно на 12 лет.

В 1990 г. средняя ожидаемая продолжительность жизни в Беларуси составила: среди мужчин — 66,3 года (в 2013 г. — 67,3 г.); среди женщин — 75,6 года (в 2013 г. — 77,9 г.).

Мужчины уходят из жизни раньше женщин на 10 лет, что создает ряд не только гуманитарных, но и экономических (замена дорогостоящих трудовых ресурсов) и социальных проблем (длительное одиночество женщин, затруднения с оплатой коммунальных услуг, обострение проблем взаимоотношений поколений, отсутствие взаимопомощи в критический период).

Невозможность обеспечения устойчивого развития без стабилизации социальной защиты населения, которое уязвимо в отношении конкуренции на общем рынке труда (инвалиды, безработные, пожилые, бывшие осужденные, страдающие зависимостями), требует создания полноценной системы **комплексной социальной реабилитации**, не ограничиваясь только медицинской, которая развивается с 1992 г., с передачей системы медико-реабилитационных комиссий Министерства социальной защиты населения в систему Минздрава.

Система МРЭК в соответствии с законами Республики Беларусь «О социальной защите инвалидов» (1991) и «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (1994) реорганизовалась в целях снижения инвалидности, восстановления трудовых ресурсов, придания системе реабилитации наряду с гуманитарной экономической эффективности. Однако по прошествии более 20 лет удельный вес инвалидов в стране с уровня около 4 % населения достиг 5,7 % в 2014 г. При этом общая численность инвалидов, получающих пенсии, составила 540 тыс. человек. Для сравнения следует заметить, что в начале 80-х гг. прошлого века, когда основную часть инвалидов составляли еще участники ВОВ, пенсионлируемая инвалидность составляла около 3 % населения БССР.

28 сентября 2015 г. Президентом Республики Беларусь подписан важный документ по ратификации Конвенции о правах инвалидов, принятой ООН в 2006 г. Законодательство Беларуси в основном приближено к требованиям Конвенции. Однако основное требование таковой о необходимости переноса фокуса реабилитационных мер с имеющихся нарушений функций на создание безбарьерной среды и адаптации личности к социуму требует реализации «Стандартных правил, обеспечивающих равноправное участие инвалидов в жизни общества» (ООН, 1994). Восстановление нарушенных функций всегда было, есть и не может не быть уделом восстановительной медицины. Но реабилитация — это прежде всего восстановление функционирования личности в обществе, включая занятость и уплату налогов, самообслуживание. Многолетний опыт работы над проблемой общественного здоровья и социальной защиты инвалидов позволяет утверждать, что для решения этой проблемы необходимо как минимум:

1) создание системы синхронного развития четырех направлений охраны здоровья, рекомендуемых ВОЗ: укрепление здоровья; профилактика заболеваний; лечение; реабилитация. На 2015 г. можно удовлетвориться системой профилактики инфекционных заболеваний и системой лечения по основным нозологиям в соответствии с достижениями науки. Остальные направления требуют укрепления;

2) развертывание системы социального просвещения общества, направленной на осознание проблем инвалидности и социальной защиты широкими слоями населения. Именно «углубление понимания проблемы» является первым правилом из 22, сформулированных ООН в документе «Стандартные правила, обеспечивающие равноправное участие инвалидов в жизни общества»;

3) приведение системы высшего и среднего образования к возможностям получения населением медико-биологических, социо-медико-психологических, социально-культурных знаний и навыков жизни в социуме, обеспечивающих развитие общественного здравоохранения и общественной социальной защиты населения.

Общественное здравоохранение (Public health) — наука и искусство профилактики болезней, продления жизни, укрепления психического и физического здоровья и необходимой результативности благодаря целенаправленным усилиям населения [2].

Общественная социальная защита — стратегии содействия обретению гражданами всех возрастов социо-медико-психологических компетенций, мобилизующих биологический, социальный, медицинский, психологический потенциал личности на защиту этических ценностей и самоактуализацию, которые формируют современное основанное на холистическом принципе охраны здоровья направление — **социальную виталогию**, т. е. защиту здоровья через защиту жизни социальными мерами.

К. Маркс в своей теории капитала признал исключительное значение для здоровья личности социальных условий жизни. Он писал: «Что такое болезнь, как не стесненная в своей свободе жизнь?» А что стесняет нашу жизнь в своей свободе, как не социальные детерминанты здоровья, на которые опираются социальная медицина, социальная работа, социовиталогия [5]?

Именно **социальные детерминанты здоровья** (адекватный затратам доход, занятость, образование, жизненные ценности, качество жизни в целом) запускают порочный круг бедности и болезни: бедность ведет к болезни, а болезнь не позволяет вырваться из удушающих объятий бедности.

Среди упомянутых социальных детерминант здоровья уровень образования является независимой и одной из важнейших переменных.

Наука сохранения общественного здоровья через защиту жизни требует пересмотра своих ценностей и ориентиров. Наряду с созданием средств, исцеляющих человека и делающих его жизнь более успешной, необходимо острие исследований направить на совершенствование духовно-нравственной сущности человека, на изучение самой человеческой науки — биосоциальной этики, чтобы научиться жить в мире, любви, дружбе, здоровье и счастье. Об этом выражена мысль в стихотворении «Венец творения» [3].

Человек сотворил чудеса:
Твердь земли постигает с блаженством,
Устремлен покорить небеса,
Только нравы грешат совершенством.

.....
Сотвори же себя человек,
Чтобы жизнь, что дана скоротечной,
Засияла в отпущенный век
И горела лампадою вечной!

В гармонизацию человека и природы и должны быть устремлены научные изыскания по социальной защите жизни. Приведу реальный пример жизни человека, который еще в середине XX в. не знал лекарств и врачей, прожил почти 118 лет, сохранив здоровый ум, уважение членов семьи и односельчан (1830—1948) [6].

ЖЫЦЦЁ ПА ПРЫРОДЗЕ

В. Ф. Ястрэмскаму — селяніну
Нараўляншчыны

Жыў годна, дбайна: па прыродзе,
Без хворасці, з сям'ёю ў згодзе.
Каса, сякера, луг і бор —
Ягоны хлеб і трэнажор.
Сто васемнаццаць год, дарэчы,
Меў вартасць, гонар чалавечы —
Каб у сусвет яго нашчадкі
Неслі прыродныя парадкі.

Решение задачи творения личности, способной к биологически обусловленной автономной жизни в социуме, без непомерной зависимости от посторонних служб, является велением времени и главнейшей задачей гуманитарного образования.

Необходимость активизации личностного потенциала полностью согласуется с современной биосоциальной этикой, которая базируется на трех основных биоэтических принципах известного в этике Белмонтского доклада 1978 г.: автономия личности; благодеяние; справедливость. Образовательными стратегиями, позволяющими решить задачу раскрепощения личности в сфере сохранения здоровья и жизни, нам видятся: ограждение человека от поведенческих факторов риска ХНЗ формированием природосообразного этического сознания, создание условий для самостоятельного управления социальными детерминантами здоровья на принципах автономии, благодеяния, справедливости.

Реализация условий формирования социально защищенной личности требует специалистов по социальной работе, владеющих профилактическими и реабилитационными технологиями. Таковые готовятся в БГУ с 1999 г., где разработана трехуровневая модель подготовки, которая определяет, что **социальная работа** — профессиональная деятельность по социальному обслуживанию населения и социальной защите отдельных людей и социальных групп, страдающих социальной недостаточностью или повышенным риском таковой посредством

мер профилактики ограничений жизнедеятельности личности в социальной среде; реабилитации и ресоциализации; социальной помощи и поддержки [4; 5].

В рамках стратегий указанной специальности вызывает интерес «общественная социальная защита», которая реализуется рядом направлений [3–6].

1. Усвоение спектра этических ценностей социальной работы, где в основе — **достоинство** личности и защита жизни в триединстве его онтогенеза: достойно родиться, в достоинстве прожить жизнь и достойно завершить ее.

2. Формирование этического сознания населения с ориентиром на **высший смысл жизни**, включающий духовно-нравственное совершенство личности на основе общечеловеческих христианских ценностей.

3. Формирование традиционных **семейных ценностей** при воспитании детей и молодежи на основе уважения рода, опыта и памяти предков, малой родины, патриотизма.

4. Формирование общечеловеческой морали «**богатства духа**», не нарушая меру «духа богатства».

5. Тренинг **мужества личности**, необходимого для ограждения себя от поведенческих факторов риска НИЗ, пороков души (высокомерие, жадность, зависть, гнев, леность, тревоугодие...).

6. Подготовка молодежи к **выбору профессии**, согласованной с индивидуальной природой личности, социализированной в известной триаде — «хочу, могу, надо».

7. Формирование **толерантности** и гармонии в отношении к людям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

8. Обучение населения **компетенциям управления социальными детерминантами здоровья**, противостоянию зависимостям и порочному кругу «бедности и болезни».

9. Обучение принципам и методам **реабилитации**, доступным в само- и взаимопомощи.

10. Обучение методам выбора, **природосообразных** моделей поведения, сохраняющих здоровье, на основе индивидуальной конституции, условий труда и быта.

Указанные технологии мобилизуют потенциал личности на самозащиту, а при необходимости и самореабилитацию. Их освоение требует мужества в управлении собой. Обрести необходимые силы можно через

осознание **кардинальных добродетелей**, давно признанных христианством, — **благоразумие; умеренность; мужество; справедливость**.

Некоторые из этих добродетелей предусматривались и в школьной дидактике Я. А. Коменского. К сожалению, ни в вузе, ни в школе по добродетелям выпускников не тестируют, хотя именно с них начинается социально полезная личность, способная автономно защищать и свое здоровье, и семью, и жизнь, проявляясь в обществе достоинством личности. А в социальной практике это еще и исцеляющий рецепт — ауто-тренинг словом как направление библиотерапии [6].

ГАЮЧЫ ГОНАР

Хто мае гонар чалавечы,
Той не спаўзе на дно галечы:
Ён знойдзе выйсце, ён не будзе
Сядзець у цемры, жыць у брудзе,
Марнець, прасіць у Бога смерці,
Бо варта жыць, каб годна ўмерці.

О том, как следует жить, чтобы не потерять человеческое достоинство, образно сказал Б. Шоу: «Даже самые утонченные физические или нравственные достоинства не могут искупить социального греха: участие в потреблении без участия в производстве». Этой цели служит реабилитация, которая стремится не к удлинению жизни в ущерб ее качеству, а к наполнению ближайших дней социальным смыслом и равными возможностями тем, кто их лишился и хотел бы помощи в обретении условий для жизни без социального греха, обеспечивая себя и семью участием в производстве.

Библиографические ссылки

1. *Лисицин Ю. П.* Теории медицины XX века. М. : Медицина, 1999.
2. *Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ.* ВОЗ, 1999.
3. *Зборовский Э. И.* Исцеление, или Сотвори себя: публицистика, стихи, поэма. Минск : Четыре четверти, 2010.
4. *Зборовский Э. И.* Этика здоровья: ценности социальной работы : учеб. пособие. Минск : ГИУСТ БГУ, 2011.
5. *Зборовский Э. И.* Социальная работа: введение в специальность : учеб.-метод. пособие. Минск : ГИУСТ БГУ, 2015.
6. *Збароўскі Э. І.* Сям’ёю квеціцца зямля: дыдактыка сучасных сямейных адносін : вучэб.-метада. дапам. Мінск : Чатыры чвэрці, 2015.