

АКТУАЛНИ
ПРОБЛЕМИ НА
СОЦИАЛНАТА
РАБОТА

АКТУАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА СОЦИАЛНАТА РАБОТА

Благоевград, 2021

Рецензенти:

проф. д-р Васка Станчева – Попкостадинова

доц. д-р Соня Будева

© Мая Чолакова – съставител и научен редактор

© Мария Стойкова – редактор

ISBN 978-954-00-0257-6

СЪДЪРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	5
М. Радкова, Т. Донова. Социалната значимост на "епидемията захарен диабет" при пациенти с коронарна артериална болест.....	8
Й. Цветанова. Дейности на социалния работник в контекста на палиативните грижи.....	23
М. Стойкова. Влияние на социалната подкрепа върху качеството на живот на възрастните хора с увреждания.....	31
Н. Христова - Михайлова. Ефективност на работата с родители на деца, настанени в услуги от резидентен тип и приемни семейства.....	43
М. Стойкова. Ефективност на социалните услуги за възрастни хора с увреждания.....	55
Е. Керанкова. Системи за регистриране на случаи на насилие над деца.....	72
И. Шалапатова. Образование и грижа в ранна детска възраст - политики и перспективи.....	88
И. Шалапатова. Прилагане политиките на Европейския съюз за образование и грижа в България през призмата на родителското участие.....	110
Й. Цветанова. Социалната работа във Франция - историческо развитие.....	128
В. Иванова. Обучението по социална работа в Румъния.....	144
А. Милошова. Адаптиран спорт при лица с физически увреждания.....	154
А. Фишбейн. Авторски модел на хуманно лидерство.....	167

TABLE OF CONTENTS

FORWARD.....	5
M. Radkova, T. Donova. The social significance of „epidemic diabetes mellitus” in patients with coronary artery disease.....	8
Y. Tzvetanova. Activities of the social worker in the context of palliative care.....	23
M. Stoykova. The influence of social support on the quality of life of adults with disabilities.....	31
N. Hristova – Mihaylova. Effectiveness of work with parents of children placed in residential services and foster families.....	43
M. Stoykova. Effectiveness of social services for people with disabilities.....	55
E. Kerankova. Systems for registration of cases of violence against children.....	72
I. Shalapatova. Early childhood education and care – policies and perspectives....	88
I. Shalapatova. The Implementation of the European ECEC Policies in Bulgaria from the parents’ participation discourse.....	110
Y. Tzvetanova. Social work in France – historical development.....	128
V. Ivanova. Social work education in Romania.....	144
A. Miloshova. Adapted sport for persons with physical disabilities.....	154
A. Fishbein. The AFIK Model of Humane Leadership.....	167

ПРЕДИСЛОВИЕ

„Актуални проблеми на социалната работа“ е сборник с публикации на преподаватели и докторанти към катедра „Медико-социални науки“, Факултет „Обществено здраве, здравни грижи и спорт“ на ЮЗУ „Неофит Рилски“, Благоевград.

След книжния сборник, публикуван през 2016 г. под съставителството на проф. д-р Васка Станчева-Попкостадинова, настоящата колекция е първото онлайн издание с едноименно заглавие. Причините за това са редица, между които и възможността за бърз и лесен достъп от страна на заинтересованите читатели. Част от публикуваните материали представят резултати от научни изследвания на докторанти в докторска програма „Организация и управление на социалните дейности“. Друга част представляват оригинални изследвания на преподаватели и професионалисти.

Разнообразието от теми, разисквани в сборника, демонстрира широкия обхват и многоликата природа на социалните дейности. Отличителното в тази втора част на поредицата „Актуални проблеми на социалната работа“ е акцентът върху изследователски въпроси, чиято интерпретация търси допирни точки и интегрира социалната работа с медицинските състояния, палиативните грижи, образованието и грижите в ранна детска възраст, комплексната рехабилитация, родителското участие и пр. Забележително е също така, че сборникът се появява в своеобразния „апогей“ на пандемията от Ковид – 19, която по убедителен начин напомни за един сравнително игнориран (поне в България) аспект от грижите за пациентите, а именно – взаимоотношенията и сложен характер на индивидуалните потребности, в които медицинско, психологическо и социално са тясно преплетени и който поради това изисква интегриран отговор.

В този контекст, оригиналното изследване на М. Радкова и Т. Донова ни припомня, че „епидемията захарен диабет“ при пациенти с коронарна артериална болест има както медицинска, така и огромна социална значимост, поради което следва да бъде третирана комплексно. Палиативните грижи като обхващащи физически, психологически и социални измерения на грижите за пациенти в терминален стадий на заболяването и подкрепата за техните семейства през функциите на социалния работник са фокус на статията на Й. Цветанова.

Ефективността на социалните услуги е тема, която освен приоритетна за системата, е обединяваща за изследователския интерес на докторантите в докторската програма „Организация и управление на социалните дейности“. В сборника тя е интерпретирана в няколко важни аспекта. Статиите на М. Стойкова обръщат внимание на собствените концепции за ефективна социална подкрепа на специалисти, работещи в социалните услуги за възрастни хора с увреждания в общността, както и на влиянието на тази подкрепа върху качеството на живот на техните потребители. В същата посока – ефективност - е изследването на Н. Христова-Михайлова, която разглежда в критичен план практиката на работа с родните семейства на деца, настанени в резидентни услуги и в приемна грижа. Е. Керанкова пък проследява доколко ефективни са системите за регистриране на случаи на насилие над деца у нас.

С фокус върху ранната детска възраст и образованието и грижите в този период като приоритет на политиките на ЕС и на България като страна-членка са статиите на И. Шалапатова. Историческото развитие на социалната работа във Франция с неговите проекции в съвременето и обучението по социална работа в Румъния с неговите исторически и настоящи специфики концентрират усилията на Й. Цветанова и В. Иванова.

Публикацията на А. Милошова хвърля светлина върху проблема за комплексната рехабилитация на възрастни хора с увреждания чрез занимания със спорт и в частност с играта Боча. Арие Фишбейн въвежда авторски модел на хуманното лидерство, приложим към съвременните организации.

Надяваме се, че читателската аудитория ще бъде заинтригувана от разнообразния спектър актуални проблеми и представените гледни точки. Всички материали, публикувани в този сборник, са подкрепени с декларации за оригиналност и автентичност, подписани собственоръчно от техните автори.

1 ноември 2020 г.

*доц. д-р Мая Чолакова – съставител и
научен редактор*

СОЦИАЛНАТА ЗНАЧИМОСТ НА „ЕПИДЕМИЯТА ЗАХАРЕН ДИАБЕТ“ ПРИ ПАЦИЕНТИ С КОРОНАРНА АРТЕРИАЛНА БОЛЕСТ

М. Радкова¹, Т. Донова²

¹д-р, дм, Клиника по кардиология, МБАЛ „Лозенец“, Медицински факултет, СУ „Св. Климент Охридски“, София; e-mail: radkova.maria@gmail.com

²проф. д-р, дм, дмн, Клиника по кардиология, МБАЛ „Лозенец“, Медицински факултет, СУ „Св. Климент Охридски“, София; e-mail: tdonova@abv.bg

Резюме: Коронарната артериална болест (КАБ) заема водещо място в общата смъртност, а комбинацията ѝ със захарния диабет (ЗД) увеличава 2 до 4 пъти този процент. Затова изследването на рисковия профил на пациентите с КАБ и ЗД тип 2 има важно медицинско и социално значение. Представяме данните ни от ретроспективно изследване на голям брой пациенти със ЗД тип 2 с и без КАБ и намерените прагови стойности на комплексни показатели, определящи риска от възникване на КАБ при тази група пациенти и показваме голямата социална значимост на проблема.

Ключови думи: коронарна артериална болест, захарен диабет, социална значимост

THE SOCIAL SIGNIFICANCE OF “EPIDEMIC DIABETES MELLITUS” IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

M. Radkova¹, T. Donova²

¹ MD PhD, Clinic of Cardiology, Hospital Lozenetz, Medical Faculty, University of Sofia “St. Kliment Ohridski”; email: radkova.maria@gmail.com

² MD, RhD, D.Sc. Clinic of Cardiology, Hospital Lozenetz, Medical Faculty, University of Sofia “St. Kliment Ohridski”; email: tdonova@abv.bg

Abstract: Coronary artery disease has a leading position as a possible cause of death, and its combination with diabetes increases this percentage by 2 to 4 times. Therefore, the study of the risk profile of patients with CAD and type 2 diabetes is of important medical and social significance. We present our data from a retrospective study of a large number of patients with type 2 diabetes with and without CAD and the found threshold values of complex indicators which determine the risk of CAD in this group of patients and we show huge social significance of the problem.

Keywords: coronary artery disease, diabetes mellitus, social aspects

Увод

Атеросклеротичните сърдечно-съдови заболявания, дефинирани като остър коронарен синдром (ОКС), предходен миокарден инфаркт, стабилна и нестабилна стенокардия, коронарна или друга артериална реваскуларизация, мозъчен инсулт, транзиторна исхемична атака и периферна артериална недостатъчност са водещи причини за болестност и смъртност при пациенти със ЗД.

Коронарната артериална болест (КАБ) и Мозъчно-съдовата болест заемат 21,9% от общата смъртност. Предвижданията са към 2030 г. този процент да нарасне на 26,3%. Ежегодно над 7 млн. човека умират в резултат на усложненията на КАБ (Fang, Shaw, & Keenan, 2011).

Рисковите фактори за КАБ са добре проучени. Един от важните такива е ЗД, като е доказана ролята му за увеличаване на риска от развитието на КАБ.

Честотата на разпространение на КАБ при младите пациенти на възраст под 45 год. е 1,2% (Egred, Viswanathan, & Davis, 2005), като все още няма точни данни за групата ЗД тип 2 – млада възраст – КАБ. Установено е, че наличието на тютюнопушене и затлъстяване при пациентите на възраст под 45 год. и КАБ водят до повишен риск от неблагоприятни сърдечно-съдови събития.

Всички тези данни потвърждават важната социална значимост на комбинацията от тези две заболявания, които не само имат по-висока честота сред най-активната част от населението, но и лечението им изисква голям финансов ресурс. Така например в САЩ лечението на пациентите със ЗД струва 760 милиарда долара годишно (Garber et al., 2017), което е около 10% от общата цена на здравеопазването за възрастните.

Ето защо изследването на рисковия профил на пациентите с КАБ и ЗД тип 2 чрез клиничен, лабораторен и инструментален анализ с цел изработване на прогностичен модел за възникване на КАБ при тази група пациенти има важна медицинска и социална значимост. Намирането на такъв подходящ прогностичен модел ще допринесе за намаляване на хоспитализациите и броя на проведените инвазивни изследвания на сърцето, защото още в амбулаторни условия ще има възможност за оценка на риска за възникване на КАБ и всичко това в крайна сметка ще има изразена икономическа ефективност.

Литературни данни

Според FREEDOM trial пациентите със ЗД тип 1 имат повече сърдечно-съдови усложнения в сравнение с пациентите със ЗД тип 2, както след PCI, така и след CABG (Fang et al., 2011; Tariq & El-Farra, 2016).

Още през 1998 год. Haffner et al. съобщават в *New England Journal of Medicine*, че пациентите със ЗД имат същият риск от бъдещ миокарден инфаркт, както пациентите с предходен миокарден инфаркт и без ЗД. Обаче систематичното преразглеждане и мета-анализ на данните, публикувани в *JAMA* през 2009 год. поставят под съмнение схващането, че „ЗД и КАБ са еквиваленти, т.е. че наличието на ЗД неотменно означава наличие на КАБ“ (Garcia, Mullagh, Merz, Buring, & Manson, 2016). Счита се, че при възрастните пациенти над 65 год. комбинацията КАБ и ЗД увеличава 2 до 4 пъти риска от смъртност в сравнение с тези без ЗД (Framingham study), но все още няма ясни доказателства, че ЗД увеличава риска от КАБ и при млади пациенти, т.е. на възраст под 45 год. (Garber et al., 2017). Пак според Framingham study болестността и смъртността при жените със ЗД е по-висока в сравнение с тази при мъжете (Garcia et al. 2016). Понастоящем след актуализиране на цялостния рисков профил за КАБ тези показатели са изравнени за двата пола, когато имат ЗД (Garber et al., 2017).

Наблюдава се тенденция за нарастване процентът на КАБ при пациенти под 45 год. с фамилна анамнеза за КАБ в млада възраст в сравнение с общата популация (35% ср. 14%) (Egred et al. 2005).

Данните от 2010 год. на American Heart Association, базирайки се на прогнозите на Framingham study показват, че разпространението на КАБ във възрастовата група 18 – 44 год. е 1,2%, за групата 45 – 64 год. е 7,1% и респективно при възрастните над 65 год. този процент съответно е 19,8% (Mahmood, Levy, Vasan, & Wang, 2014).

Епидемиологичните данни за Великобритания, публикувани през 2000 год. посочват наличие на КАБ при 0,5% от мъжете и 0,18% от жените на възраст между 35 и 44 год. (Garcia et al., 2016).

Съобщава се, че според направено проучване в Южна Корея върху 112 асимптомни пациенти на възраст под 40 год. КАБ е намерена в 11% от тях - изследването е проведено с коронарна СТ ангиография (Egred et al., 2005).

Средната възраст на първа изява на КАБ в Югоизточна Азия е 53 год. в сравнение с Европа, където тази възраст е 63 год.

В Южна Азия и особено Индия се съобщава за повишен риск от КАБ в младата възраст – 5 до 10%, като в други етнически групи от тази част на света процентът е между 1 и 2%. Тази голяма вариабилност може би се дължи на начина на живот, заобикаляща среда и генетични фактори.

Средната възраст на изява на КАБ при жените под 45 год. е по-висока в сравнение с мъжете. Според регистъра за миокарден инфаркт на Сингапур в групата мъже под 65 год. е налице 4 пъти по-висок риск за КАБ в сравнение с жените в тази възрастова група (García et al., 2016). В Азия 9,7% мъже и 4,4% жени са имали първи епизод на МИ на възраст под 40 год. (Egred et al., 2005).

Захарният диабет е болест, позната на човечеството още от древността, като медицинското разбиране за нея е преминавало през различни фази – откривателство – пренебрегване – преоткриване.

Захарният диабет е споменат още в Edwin Smith Papyrus (Ebers Papyrus) – най-старият и важен медицински документ (папирус) в Древния Египет, датиращ от 1550 пр.Хр.

Според данните на IDF (Garber et al., 2017) се наблюдава тенденция към нарастване на заболяемостта от ЗД в света – към 2011 год. около 360 млн. човека са имали ЗД, от които 95 % ЗД тип 2, а предвижданията са, че към 2030 год. този брой ще нарасне на 552 млн., като половината от тези пациенти няма да знаят за своята диагноза. Най-уязвимата възраст за първа изява на ЗД тип 2 е 40 – 59 год.

По-голяма част от новите случаи на ЗД тип 2 се обуславят от т.нар. “западен“ начин на живот - хранителен режим с високо съдържание на мазнини и намалената физическа активност, водещи до затлъстяване, еугликемична инсулинова резистентност, компенсаторна хиперинсулинемия и в крайна сметка недостатъчност на бета клетките на панкреаса и развитие на ЗД тип 2 (пак там).

Тези данни са от много голяма социална значимост, защото при разработване на правилен диагностичен и терапевтичен алгоритъм може да се очаква намаляване на общата заболяемост от ЗД тип 2. Провеждането на добре разработена и мащабна профилактична дейност по отношение на това заболяване би довело и до значими положителни икономически ефекти – спестяване на средства за лечение от пациента и неговото семейство, запазване на социалната и професионална заетост на пациента и в крайна сметка намаляване на броя хоспитализациите от значимите усложнения, свързани със ЗД тип 2.

Материал и методи

За период от 5 години (януари 2012 год. – декември 2016 год.) в Кардиологична клиника на УБ „Лозенец“ – София е проведен ретроспективен анализ на последователно постъпили за изследване и лечение 841 пациенти със ЗД тип 2 с и без КАБ.

Пациентите са разпределени в три групи:

I гр. – 350 пациенти със ЗД тип 2 и ангиографски доказана КАБ

II гр. – 191 пациенти със ЗД тип 2 и без ангиографски данни за КАБ, но с рисков профил за КАБ

III гр. (контролна група) – 300 пациенти с рискови фактори за КАБ, без ЗД и без КАБ

Пациентите от първите две групи – 541, се разпределят съответно:

- 356 (65,8%) мъже и
- 185 (34,2%) жени (фиг. 1)

Средната възраст е $64,08 \pm 10,11$ год. в интервала между 32 и 86 год.

При контролната група пациенти половото съотношение е както следва:

- 166 (55,3%) мъже
- 134 (44,7%) жени (фиг. 2)

Средната възраст на участниците в контролната група е $59,02 \pm 12,93$ год. в интервала между 33 и 87 год.

И при трите групи пациенти са използвани клинични методи (анамнеза, физикален статус), лабораторна диагностика (ПКК, КЗП, гликиран хемоглобин, креатинин, пикочна киселина, липиден профил, hs-CRP), инструментални неинвазивни методи на изследване (ЕКГ, трансторакална ЕхоКГ), инвазивна оценка на коронарната морфология и статистически методи на обработка на данните.

Резултати

1. Демографска характеристика

При изследваните пациенти със ЗД тип 2 с и без КАБ не се установява статистически значима разлика по отношение средната възраст (табл. 1), но е налице сигнификантна разлика по отношение половата принадлежност в групата със ЗД тип 2 и КАБ в сравнение с

тази на ЗД тип 2 без КАБ – съответно преобладаване на мъже в първата група и жени във втората група (табл. 2).

2. Рисков профил за КАБ

В групата ЗД тип 2 и КАБ сигнификантно значима е комбинацията артериална хипертония, тютюнопушене и фамилна обремененост, а в групата ЗД тип 2 без КАБ – комбинацията артериална хипертония и фамилна обремененост (табл. 3).

3. Хемодинамични параметри

В двете изследвани групи ЗД тип 2 с и без КАБ под 45 год. възраст преобладава синусовия ритъм, а над 45 год. съответно предсърдно мъждене (табл. 4).

4. Лабораторни данни

Сравнителният анализ на групата пациенти със ЗД тип 2 и КАБ по показателя гликиран хемоглобин в зависимост от пола и клиничната изява на КАБ установи наличието на сигнификантна разлика при пациентите с ОМИ, със значимо по-висока средна стойност в подгрупата на жените (табл. 5). За разлика от това сравнителният анализ по отношение на стойностите на общия холестерол, LDL-C, hs-CRP и пикочна киселина, показва липса на сигнификантна разлика. Установи се статистически значимо по-висока стойност на креатинина за групата пациенти със ЗД тип 2 и КАБ във всичките ѝ клинични форми (табл. 6).

5. Продължителност на ЗД тип 2 и тип антидиабетна терапия

Доказва се статистически значимо, че при мъжете тежестта на коронарната морфология на КАБ корелира с по-голяма продължителност на ЗД тип 2, както и с прилагане на инсулинолечение, докато при жените такава зависимост липсва (табл. 7).

6. Прагови стойности

За установяване на рисковите фактори за възникване на КАБ и тяхната количествена оценка бе приложен бинарен логистичен регресионен анализ. Като първа стъпка по метода на ROC curve анализа беше проверено за наличие на прагови стойности при количествените показатели:

- продължителност на ЗД тип 2 – за такава се определя ≥ 8 год. (фиг. 3)
- ВМІ - за такава бе определена ≤ 30 (фиг. 4)
- гликиран хемоглобин - прагова стойност $\geq 6,5\%$ (фиг. 5)

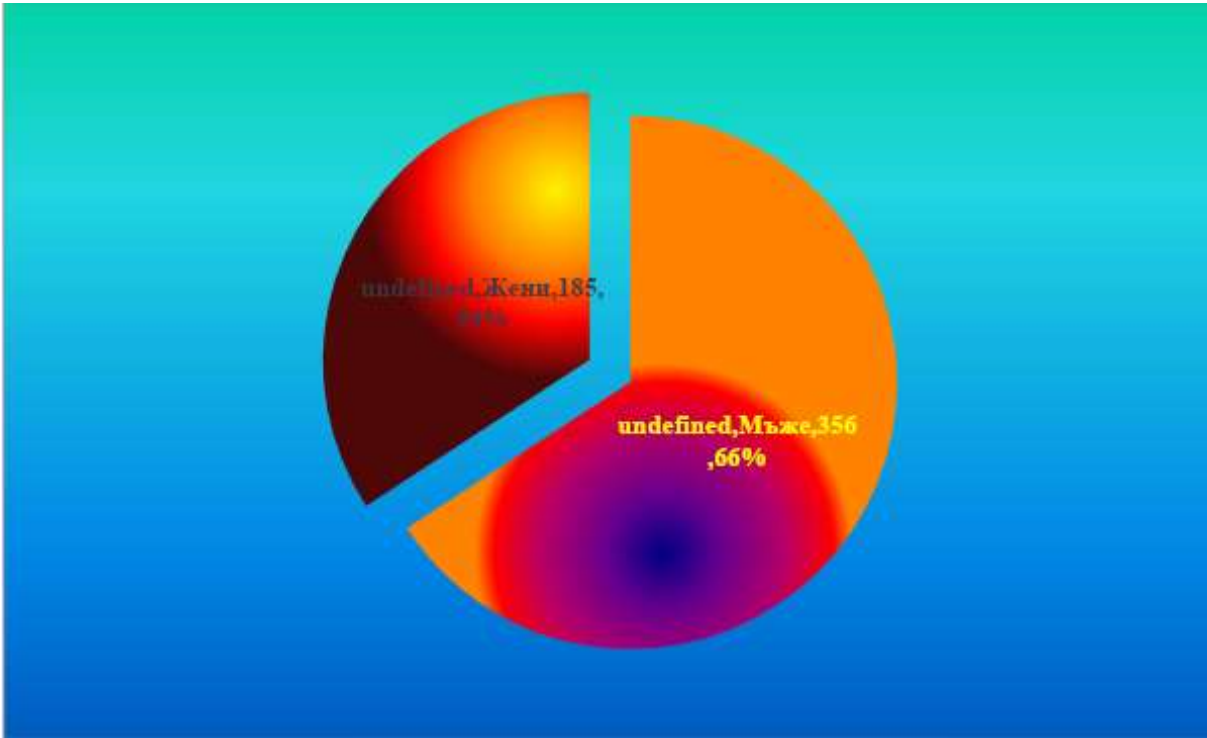
- кръвна захар на гладно - за прагова стойност с приема ≥ 7 mmol/l (фиг. 6)
- общ холестерол - прагова стойност ≥ 5 mmol/l (фиг. 7)
- HDL-C - прагова стойност $\leq 1,07$ mmol/l (фиг. 8)
- за LDL-C, 3-глицериди, креатинин, пикочна киселина и hs-CRP не се установяват прагови стойности

Обсъждане

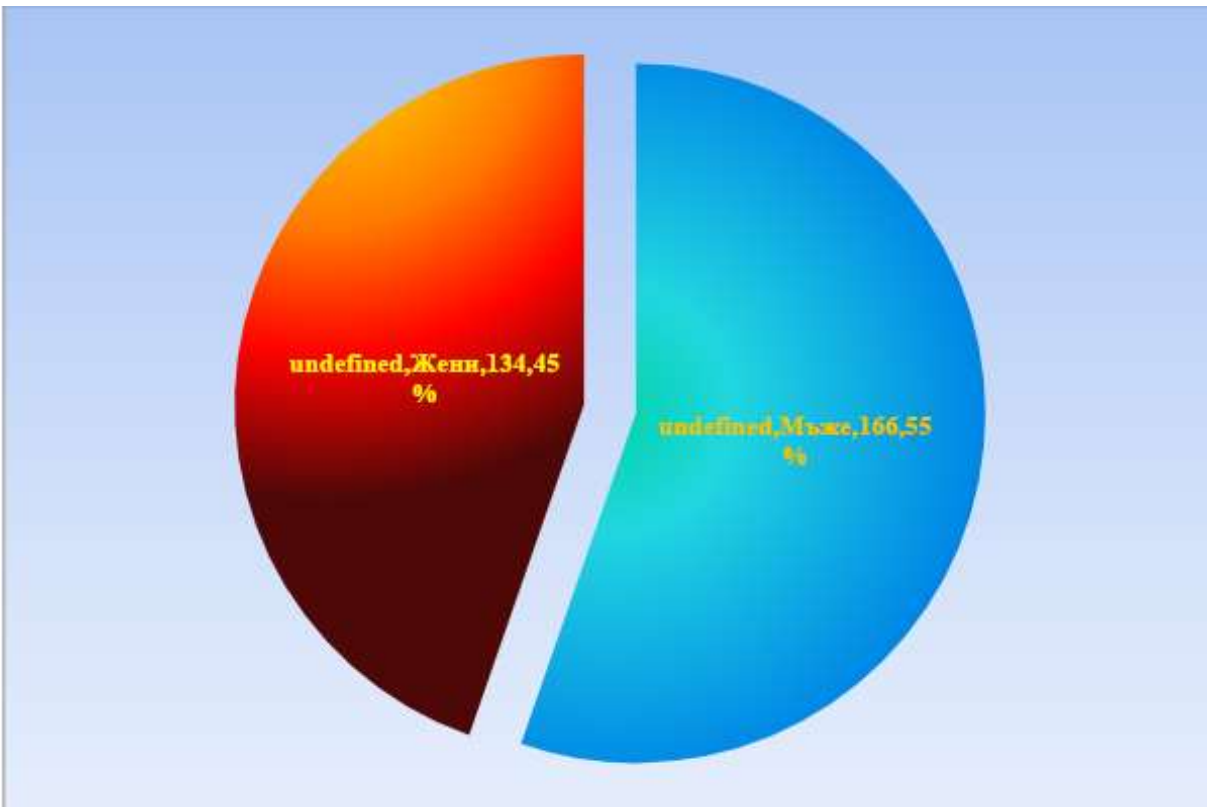
Поради важната социална значимост на КАБ и предвид увеличаващата се заболяемост и смъртност от нея в световен мащаб, се отделя все по-голямо внимание на търсенето на комбинации от рискови фактори, както и на клинични, лабораторни и инструментални показатели, които да определят с по-голяма вероятност риска от това заболяване.

Намерените от проучването ни прагови стойности на комплексните показатели позволиха създаването на прогностичен модел за възникване на КАБ при пациенти със ЗД тип 2. Това има важно значение при работата с тази група от обществото, както от медицинска, така и от социална гледна точка.

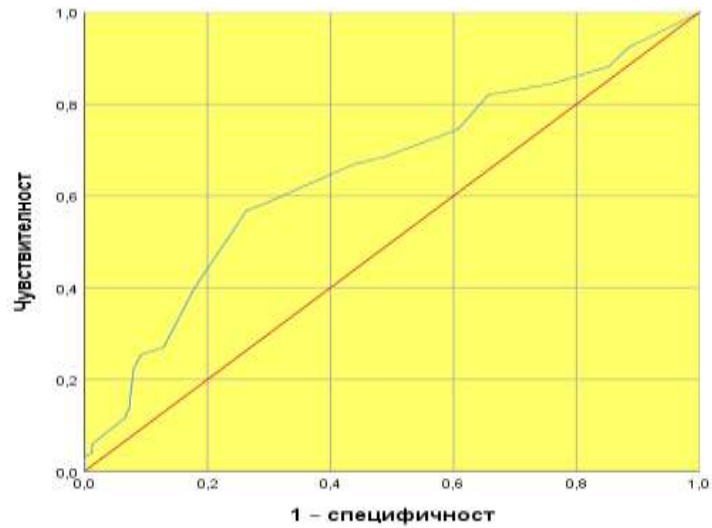
Поради това усилията трябва да бъдат насочени към търсене на подходящ скрининг за своевременно откриване на болестта, както и разработване на цялостна програма за първична и вторична профилактика на усложненията, свързани със ЗД тип 2 и особено за намаляване на общия и сърдечно-съдовия риск. Постигането на успех ще бъде възможно само с общи и еднопосочни действия на обществото, лекарите, социалните работници, както и всеки отделен пациент и неговото семейство.



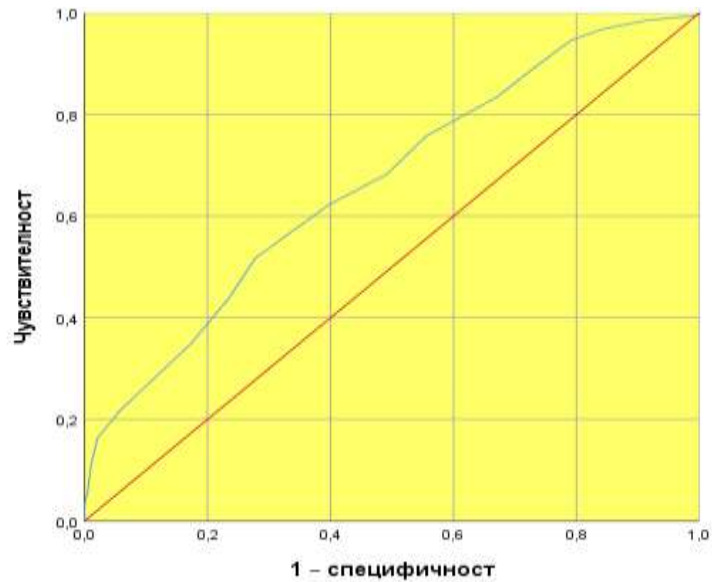
Фигура 1: Честотно разпределение на изследвания контингент ЗД тип 2 с и без КАБ по полова принадлежност



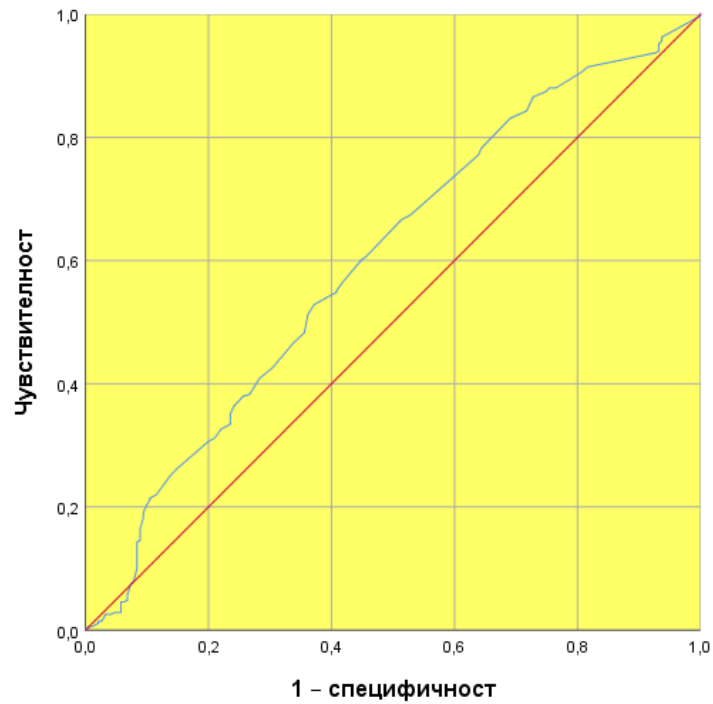
Фигура 2: Честотно разпределение на групата пациенти с РФ за КАБ без ЗД и без КАБ по полова принадлежност



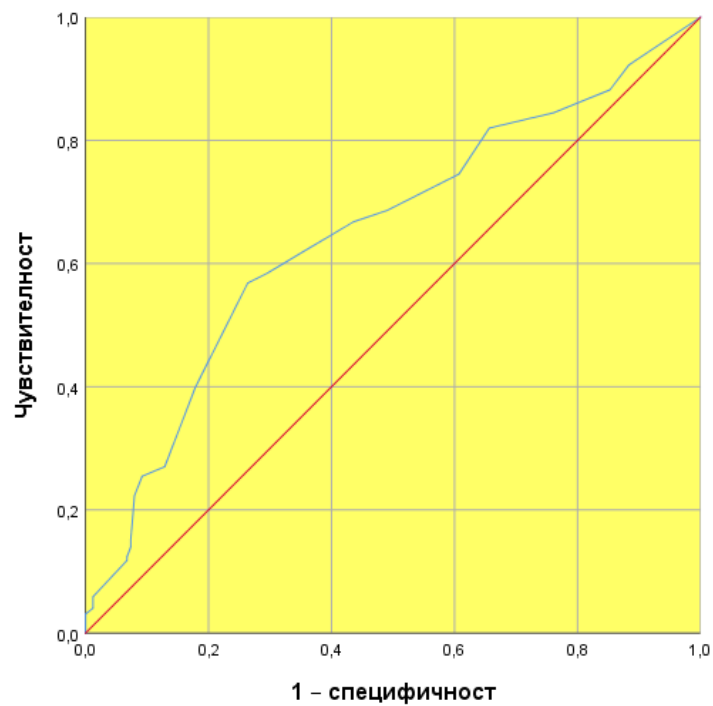
Фигура 3: ROC крива на продължителността на ЗД тип 2 за определяне праговата му стойност при пациентите със ЗД тип 2 за отграничаване наличие от липса на КАБ (площ под кривата 0,649, $p < 0,001$)



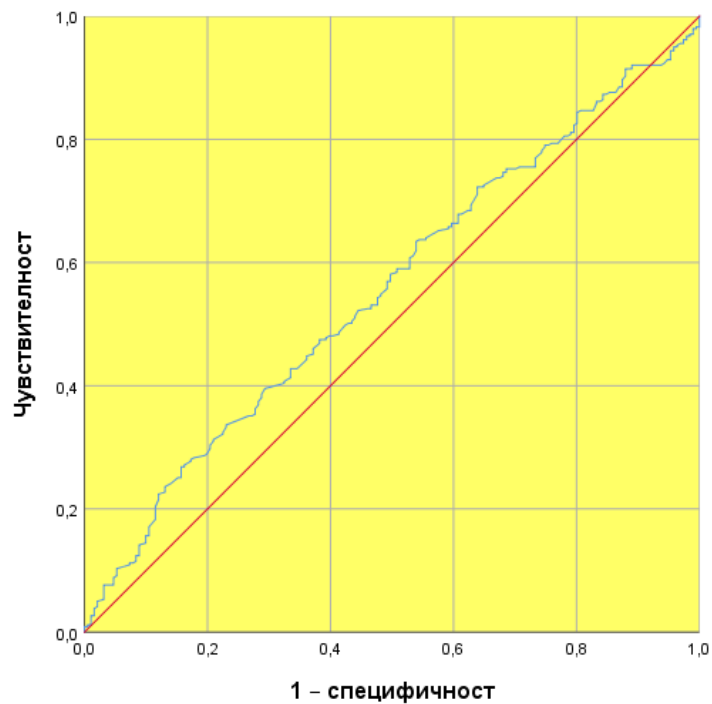
Фигура 4: ROC крива на BMI за определяне праговата му стойност при пациентите със ЗД тип 2 за отграничаване наличие от липса на КАБ (площ под кривата 0,665, $p < 0,001$)



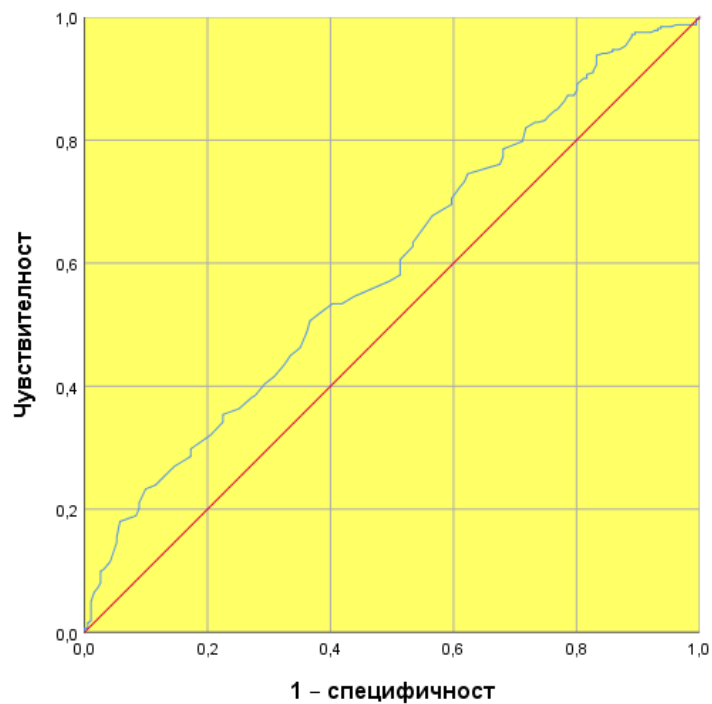
Фигура 5: ROC крива на гликирания хемоглобин за определяне праговата му стойност при пациентите със ЗД тип 2 за отграничаване наличие от липса на КАБ (площ под кривата 0,600, $p < 0,001$)



Фигура 6: ROC крива на кръвната захар на гладно за определяне праговата му стойност при пациентите със ЗД тип 2 за отграничаване наличие от липса на КАБ (площ под кривата 0,577, $p = 0,003$)



Фигура 7: ROC крива на общия холестерол за определяне праговата му стойност при пациентите със ЗД тип 2 за отграничаване наличие от липса на КАБ (площ под кривата 0,557, $p=0,029$)



Фигура 8: ROC крива на HDL-C за определяне праговата му стойност при пациентите със ЗД тип 2 за отграничаване наличие от липса на КАБ (площ под кривата 0,595, $p<0,001$)

Таблица 1: Сравнителен анализ на групите с и без КАБ според възрастта

Показател	Без КАБ			С КАБ			P
	n	\bar{X}	SD	n	\bar{X}	SD	
Възраст (години)	191	63,29	9,94	350	64,51	10,19	0,166

Таблица 2: Сравнителен анализ на групите с и без КАБ според половата принадлежност и възрастовите групи

Показател	Без КАБ		С КАБ		P
	n	%	n	%	
Пол					<0,001
Мъже	100	52,4	256	73,1	
Жени	91	47,6	94	26,9	
Възrastови групи					
30 – 39	2	1,0	2	0,6	0,995
40 – 49	17	8,9	26	7,4	0,652
50 – 59	42	22,0	75	21,4	0,958
60 – 69	80	41,9	132	37,7	0,387
70 – 79	44	23,0	98	28,0	0,246
80 – 89	6	3,1	17	4,9	0,443

Таблица 3: Сравнителен анализ на групите с и без КАБ според рисковите фактори

Показател	Без КАБ		С КАБ		P
	n	%	n	%	
Рискови фактори					0,001
АХ	114	59,7	182	52,0	0,103
АХ + тютюнопушене	26	13,6	71	20,3	0,068
АХ + фамилна обремененост	26	13,6	22	6,3	0,007
АХ + тютюнопушене + фамилна обремененост	25	13,1	75	21,4	0,024
ВМІ					<0,001
Нормален	11	5,8	76	21,7	<0,001
Наднормен	65	34,0	142	40,6	0,156
Затлъстяване	115	60,2	132	37,7	<0,001

Таблица 4: Сравнителен анализ на групите с и без КАБ според рисковите фактори, при пациенти под и над 45 год.

Рискови фактори за КАБ	Възраст под 45 год.				P	Възраст над 45 год.				P
	ЗД тип 2 – КАБ		ЗД тип 2 + КАБ			ЗД тип 2 – КАБ		ЗД тип 2 + КАБ		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
АХ	8	42,1	5	17,9	0,137	106	61,6	177	55,0	0,188
АХ + тютюнопушене	4	21,1	5	17,9	0,917	22	12,8	66	20,5	0,045
АХ + фамилна обремененост	2	10,5	2	7,10	0,902	24	14,0	20	6,2	0,006
АХ + тютюнопушене + фамилна обремененост	5	26,3	16	57,1	0,074	20	11,6	59	18,3	0,071
ВМІ										
Нормален	0	0,0	7	25,0	0,052	11	6,4	69	21,4	0,023
Наднормен	7	36,8	9	32,1	0,984	58	33,7	133	41,3	0,569
Затлъстяване	12	63,2	12	42,9	0,285	103	59,9	120	37,3	0,042

Таблица 5: Сравнителен анализ на групата ЗД тип 2 с КАБ според стойностите на гликирания хемоглобин при различните форми на клинична изява и пола

Показател	Мъже			Жени			P
	n	\bar{X}	SD	n	\bar{X}	SD	
Клинична изява на КАБ							
САП	142	7,30	1,89	49	7,09	1,58	0,753
НАП	77	7,31	1,62	26	7,95	2,21	0,266
ОМИ	31	7,04	1,46	16	8,01	1,68	0,029
Тиха исхемия	5	6,20	1,63	3	8,17	1,88	-
Общо	255	7,25	1,76	94	7,52	1,83	0,176

** - групите без статистическа представителност не участват в анализа

Таблица 6: Сравнителен анализ на групите ЗД тип 2 с и без КАБ според стойностите на креатинина при различните форми на клинична изява

Показател	Без КАБ			С КАБ			P
	n	\bar{X}	SD	n	\bar{X}	SD	
Клинична изява на КАБ							
САП	25	87,80	41,63	187	93,22	35,08	0,049
НАП	21	74,19	19,38	102	97,61	44,70	0,002
ОМИ	0	-	-	46	92,96	31,82	-
Тиха исхемия	145	83,12	34,31	8	113,50	77,64	0,558
Общо	191	82,75	34,09	343	94,97	39,09	<0,001

Таблица 7: Анализ на зависимостта между клоновост на КАБ при пациентите със ЗД тип 2 и КАБ според прилаганата антидиабетна терапия

Пол	Клоновост на КАБ	Честота	Терапия на ЗД тип 2			
			Диета	Медикаменти	Инсулино-лечение	Медикаменти + инсулино-лечение
Мъже	Ствол	Брой	0	5	1	0
		%	0 ^a	3,0 ^a	1,9 ^a	0
	Едноклонова	Брой	12	43	6	0
		%	35,3 ^a	25,9 ^a	11,3 ^b	0
	Двуклонова	Брой	11	49	16	2
		%	32,4 ^a	29,5 ^a	30,2 ^a	66,7
	Триклонова	Брой	11	69	30	1
		%	32,4 ^a	41,6 ^{ac}	56,6 ^b	33,3
Жени	Ствол	Брой	0	3	0	

		%	0 ^a	4,8 ^a	0 ^a	
Едноклонова	Брой		6	25	7	
	%		66,7 ^a	39,7 ^a	31,8 ^a	
Двуклонова	Брой		1	17	4	
	%		11,1 ^a	27,0 ^a	18,2 ^a	
Трикклонова	Брой		2	18	11	
	%		22,2 ^a	28,6 ^a	50,0 ^a	
Ствол	Брой		0	8	1	0
	%		0 ^a	3,5 ^a	1,3 ^a	0
Общо	Брой		18	68	13	0
	%		41,9 ^a	29,7 ^{ac}	17,3 ^{bc}	0
Двуклонова	Брой		12	66	20	2
	%		27,9 ^a	28,8 ^a	26,7 ^a	66,7
Трикклонова	Брой		13	87	41	1
	%		30,2 ^a	38,0 ^a	54,7 ^b	33,3

* - еднаквите букви по хоризонталите означават липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава ($p < 0,05$)

** - групите без статистическа представителност не участват в анализа

Библиография:

- Egred, M., Viswanathan, G., & Davis, G. K. (2005). Myocardial Infarction in Young Adults. *Postgrad Med J*, 81 (962), 741-5.
- Fang, J., Shaw, K., & Keenan, N. (2011). Prevalence of Coronary Heart disease--United States, 2006-2010. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21993341/>, 60(40), 1377-81.
- Garber, A. J. et al. (2017). CONSENSUS STATEMENT BY THE AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS AND AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY ON THE COMPREHENSIVE TYPE 2 DIABETES MANAGEMENT ALGORITHM - 2017 EXECUTIVE SUMMARY. *Endocr Pract*, 23(2), 207-238.
- Garcia, M., Mulvagh, S. L., Merz, C. N., Buring, J. E., & Manson, J. E. (2016). Cardiovascular Disease in Women: Clinical Perspectives. *Circulation research*, 118(8), 1273–1293. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.307547>
- Mahmood, S., Levy, D., Vasan, R., & Wang, T. (2014). The Framingham Heart Study and the Epidemiology of Cardiovascular Diseases: A Historical Perspective. *Lancet*, 383(9921), 999-1008.
- Tariq, A. R., & El-Farra, A. B. (2016, May, 13). The FREEDOM Trial: Revascularization in Diabetics with Multivessel Disease: A Population-Based Evaluation of Outcomes. *American College of Cardiology*. Retrieved 08/08/2019 from <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2016/05/12/08/27/the-freedom-trial>.

ДЕЙНОСТИ НА СОЦИАЛНИЯ РАБОТНИК В КОНТЕКСТА НА ПАЛИАТИВНИТЕ ГРИЖИ

Й. Цветанова

Главен асистент, доктор, Катедра „Медико-социални науки“, Факултет „Обществено здраве,
здравни грижи и спорт“, ЮЗУ „Неофит Рилски“; e-mail: ytzvetanova@swu.bg

Резюме: В статията е представена философията на палиативните грижи, която е базирана на схващането за придружаване (подкрепа) на болния. Специфичните дейности на социалния работник са признати и в крайна сметка се оказват съществени в този контекст.

Ключови думи: социален работник, палиативни грижи.

ACTIVITIES OF THE SOCIAL WORKER IN THE CONTEXT OF PALLIATIVE CARE

Y. Tzvetanova

Assist. prof., Ph.D., Department of Medico-Social Sciences, Faculty of Public Health, Health Care and
Sport, „South-West University “Neofit Rilski“; e-mail: ytzvetanova@swu.bg

Abstract: The article introduces the philosophy of palliative care, based on the understanding and overall support of the person in need. The specific activities of the social worker are widely recognized as being successful in this context.

Keywords: social worker, palliative care.

Едно общество се оценява и по грижите за най-уязвимите слоеве на населението. Един от тях е групата на пациентите, които се нуждаят от палиативни грижи, и техните семейства. Правото на тези грижи е неотменно човешко право и то е признато в редица международни документи. Осигуряването на адекватна грижа в края на живота е белег за уважение и зачитане на личността и показва нивото на обществена зрялост и чувствителност към потребностите.

Поемането на грижи за хората в терминален стадий/в края на живота е познато още от 17-ти век с развитието на хосписите, а зараждането на палиативните грижи е пряко свързано с 1967 година и основаването на Сейнт Кристофър хоспис в Лондон. Трима известни лекари очертават историята на палиативните грижи:

Dr Cicely Saunders - Сисли Сондърс, Великобритания

Dr Elisabeth Kubler Ross - Елизабет Кюблър Рос, САЩ

Dr Balfour Mount - Балфур Маунт, Канада

Сисли Сондърс и Сейнт Кристофър хоспис - Лондон

Д-р Сисли Сондърс (1919 – 2005) е смятана за пионер в палиативните грижи. Заинтересована от страданието на хората в края на живота им, тя работи всеотдайно в болницата Сейнт Люк, специализирана в прием на онкоболни и туберкулозни, където открива иновативни практики относно спецификата на грижите в края на живота: работа в екип, контрол на болката чрез адаптирана доза опиятни аналгетици. Нейният опит, срещите ѝ с хора в терминален стадий са довели до въвеждане на понятието „тотална болка“, като страдание с множество аспекти - както нравствени, физически, социални, психологически, така и духовни.

Водена от желанието си да бъде признато значението на смъртта и да се отдаде специално внимание на края на живота, Сисли Сондърс се впуска в търсене на фондове и създаване на сплотен колектив за основаването на Сейнт Кристофър хоспис, където да бъдат развити палиативните грижи - „сливане на техническите условия с помощта/подкрепата“. Хосписът Сейнт Кристофър е бил (и все още е понастоящем) модел за развитие на приемни единици за хора в края на живота си, както във Великобритания, така и в останалата част на света. През целия си живот Сисли Сондърс се е посветила на уважението към живота до край и развитието на палиативните грижи. (www.soinspalliatifs.be/les-pionniers.html).

Д-р Елизабет Кюблър Рос, САЩ

Елизабет Кюблър Рос (1926 –2004), психиатър и професор, отваря път към придружаването на умиращите. Тя е въвела в своите лекции понятието за смъртта като отделен етап от житейския цикъл и е подготвила своите студенти за изслушване и емпатия при поемането на медицинските грижи. Една от предложените от нея теории – „Последните моменти на живота“ – представя последователността на преминалите етапи

в края на живота (отричане, гняв, депресия, спазаряване, приемане). (<https://www.ekrfoundation.org/elisabeth-kubler-ross>), етапите на скръб по самия себе си. Елизабет Кюблър Рос е в основата на първите произведения, посветени на скръбта и е допринесла много за пораждането на движението за палиативни грижи.

Д-р Балфур Маунт, Канада

Д-р Балфур Маунт (роден в Отава, 1939) е по специалност хирург, но се преориентира в началото на 70-те години към въпросите, отнасящи се до края на човешкия живот, след като открива произведенията на Е. Кюблър Рос. Изводите му от проведено изследване разкриват, че често хората в края на живота си са изоставени, страдащи и действията на лекуващия персонал са неподходящи. След посещението на Сейнт Кристофър хоспис, д-р Маунт създава отделение за палиативни грижи в Кралската болница Виктория в Канада. Този пилотен проект включва един мултидисциплинарен екип, звено за придружаване в скръбта и подкрепа при посещенията вкъщи. (www.soinspalliatifs.be/les-pionniers.html).

Ще продължим с проекцията на тези идеи в социалната работа.

Според настоящата дефиниция на СЗО за палиативните грижи: "Палиативните грижи са подход, който подобрява качеството на живот на пациентите и техните семейства, изправени пред проблема, свързан с животозастрашаващи заболявания, чрез превенцията и облекчаване на страданието чрез ранна идентификация и безупречна оценка и лечение на болката и други проблеми, изически, психосоциални и духовни. Палиативна грижа не трябва да зависи и/или да бъде ограничавана от диагноза или прогноза. Палиативната грижа облекчава болката и други симптоми на страдание; утвърждава живота и смъртта като нормален процес; няма намерение нито да ускорява, нито да отлага смъртта; интегрира психологическите и духовните аспекти на грижата за пациента; предлага система за подкрепа, която да помогне пациентите да живеят възможно най-активно до смъртта; предлага система за подпомагане, която да даде възможност на семейството да се справя по време на заболяването на пациентите; използва екипен подход, който да отговори на нуждите на пациентите и техните семейства, в това число консултиране при насилие, ако е посочено; подобрява качеството на живот и може също да окаже положително влияние върху хода на заболяването; приложима е рано в хода на заболяването, заедно с други терапии, предназначени да удължат живота, като химиотерапия или лъчева терапия, и включва изследванията,

необходими за по-добро разбиране и управление на клинични усложнения". (www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf).

Тълкувайки посочената дефиниция, би могло да се направи извода, че: първо и най-важно, палиативните грижи се определят като *активни* грижи, които не са свързани единствено с терапевтични действия, а преди всичко представляват структура, в която се действа, когато лечебната медицина не е най-удачната терапевтична перспектива за пациента. Палиативните грижи имат ясна позиция за живота (граничещ със смъртта): ориентирани са към индивида и личността, не към болестта; личността е тази, която трябва да бъде подкрепяна до края на живота и тази подкрепа трябва да бъде толкова по-голяма, колкото по-голяма необходимост има от нея. Определението набляга на факта, че палиативните грижи поемат хората в напреднала или потенциално смъртоносна фаза на заболяването и че палиативните грижи са винаги от страната на живота. Важно би било в тази официална дефиниция да се уточни понятието живот, или поне да се смята болния за жив, тъй като това е философската и етическа основа, която позволява пациентът да бъде възприет винаги като лице, което се вписва в определена история, очаквания и бъдещи цели. Определението насочва и към концепцията за смъртта като естествено явление, което е част от живота и което не трябва да бъде нито предизвиквано, нито забавяно. Така тази концепция предпазва от инструментализацията на агонията, терапевтичното престараване и разбира се, евтаназията. Това въвеждане на понятието нормалност на смъртта е интересно, тъй като то уточнява мястото на човека във възрастта (времето), когато той става „господар и притежател на природата“. В действителност, човекът може да въздейства върху природата и природните явления, той има техническите средства да забавя или предизвиква смъртта. Обаче твърдението за нормалния и естествен характер на смъртта означава, че тя не зависи от нас. Тази перспектива би могла да бъде възприета като вид „модерен стоицизъм“. Човекът може да реагира пред лицето на смъртта, да направи агонията по-лека, симптомите по-поносими, но приемайки все пак, че по никакъв начин не трябва да взима крайното решение.

Следното определение е одобрено от общото събрание на Международната федерация на социалните работници и общото събрание на Международната асоциация на училищата по социална работа през 2014 г.: „Социалната работа е практическа професия и академична дисциплина, която стимулира социалните промени и развитие, социалното сближаване и овластяването и освобождаването на хората. Принципите на

социалната справедливост, правата на човека, колективната отговорност и зачитането на многообразието имат основополагащо значение за социалната работа. Въз основа на теории, свързани със социалната работа, социалните и хуманитарните науки и знанията на коренните народи, социалната работа си взаимодейства с хора и структури с цел преодоляване на житейските предизвикателства и повишаване на благосъстоянието. Обхватът на горното определение може да бъде разширен на национално и/или регионално равнище“. (<https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>)

Позовавайки се на тези две дефиниции е трудно да се надцени ролята на социалния работник в контекста на палиативната грижа. Самата философия на палиативните грижи е базирана на схващането за подпомагане/подкрепа на болния. Според Етю (1989) да подпомогнеш/подкрепиш един човек в палиативна фаза означава: „[...] основно да си ангажиран в едно междуличностно отношение с друго човешко същество [...]. Главно, това налага да му помогнеш да достигне до оптимално задоволяване на неговите физически, психологически и духовни потребности, като се има предвид възможностите и ограниченията, наложени от физическото му състояние и околната среда, както и възможностите и ограниченията на неговите близки“ (Hétu, 1989, с. 117-118).

В този смисъл Петрова-Димитрова пише за „помагащото отношение“ на специалиста при работата по случай. „Все повече работата със случай се разбира като отношение на помагане, т.е. клиниката описва както проявите на „болестта“, така помагащото отношение, но и когато се говори за ситуация, става дума, че е необходимо да се изгради отношение на взаимодействие между потребителя и интервенанта, отношение на обмен и на договаряне, т.е. социалното в клиничната социална работа е и раздялата с класическия медицински модел и преминаване към т.нар. контрактен модел.“ (Петрова-Димитрова, 2014, с. 30).

Палиативните грижи са ценни за изграждане основите на едни балансирани отношения, като уважение и хуманно признаване на другия, страдащия. Когато животът е към своя край и вече няма надежда за изцеление, пациентът и неговите близки се изправят срещу реалността на смъртта. Поставянето на пациента в центъра на заниманията и въвеждането на специално отношение в грижите позволява да се обособи пространство за изслушването на страданията и физическите болки, за да им се отговори

по най-добрия начин. И като се има предвид, че мисията на социалните работници е главно да действат, приемайки всяко човешко същество в неговата заобикаляща среда и във всички аспекти на неговото здраве и социален живот, именно те се явяват *предпочитаните* специалисти за овладяване на страданията в края на човешкия живот.

В настоящето изложение се прави опит за съсредоточаване на вниманието към възможните дейности на социалния работник в контекста на палиативните грижи, които могат да се реализират в различни условия: в дома на болния, лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, в лечебни заведения за болнична медицинска помощ, комплексни онкологични центрове, социални домове, хосписи, дневни центрове и в други лечебни заведения. Социалният работник играе специфична роля по отношение на физическите, емоционалните и духовните потребности на пациента и семейството му и дава своя принос в рамките на една холистична перспектива. Работата на социалния работник обикновено е насочена както към персонала, така и към пациентите и роднините (Нунев, 2009). В задачите на социалния работник влизат:

- подпомагане на членовете на екипа за разбиране на социалните и емоционалните фактори, свързани с терминалното заболяване;
- оценка на ресурсите;
- участие в разработването на плана за грижи;
- оползотворяване на обществените ресурси;
- включване на семейството в плана за грижи и др. (Кръстева, 2005).

Социалният работник извършва следните дейности, насочени към удовлетворяване на социалните нужди на болния и семейството му, когато помага на такъв тип специфична клиентела:

- изготвя социална оценка на пациента и семейството му, събира точни сведения и въз основа на събраната информация се взимат адекватни решения и се улеснява планирането и предоставянето на грижи в много важни аспекти, свързани с нуждите на пациента и неговото семейство;
- участва в изработването на индивидуален план за удовлетворяване на социалните нужди на болния, който интегрира съществуващата мрежа от социални служби и услуги в общността;

- съдейства за разрешаване на имуществени, финансови, юридически и др. въпроси за осигуряване на социална помощ при инвалидизация, транспорт, храна, приютяване.
- оценява дейността си в сътрудничество с клиента и неговите близки, както и с другите членове на интердисциплинарния екип, за да подобри и осигури качество на грижите. Одобряването на ефикасността на действията е важна, тъй като ситуациите в крайния стадий на живота са сложни и са белязани от постоянни промени;
- оценява семейните връзки и взаимоотношения, извършва оценка на битовите условия, извършва оценка за достъп до социални дейности и услуги, програми за подкрепа и други;
- оказва помощ на умиращия и неговите близки при овладяване на конфликти, които може да възникнат между тях: неподходяща враждебност или съперничество, засилили се от стреса, но без да предприема стъпки към възстановяване на семейната система;
- оказва помощ на близките за справяне с мъката, гнева, чувството за вина и страховете им;
- съгласува понякога противоречивите представи за собствения образ и исканията и очакванията на умиращия, на близките, на другите обгрижващи и на институцията;
- подпомага близките в приемане неизбежността на смъртта;
- представлява интересите, решенията/избора и правата на пациента и неговото семейство в края на живота му. Защитата на интересите се реализира на микро, мезо и макро равнище;
- предоставя надеждна информация на болния в терминален стадий;
- извършва важни дейности, свързани с образованието и изследванията в областта на палиативните грижи като внася една психосоциална гледна точка в изработването и прилагането на интердисциплинарни изследователски и образователни инициативи в самата социалната работа.

Направеният преглед, без претенция за изчерпателност, представя един поглед за социалната работа с пациенти в палиативна фаза на заболяване. В процеса на проучване ролята на социалния работник се констатира висока степен на автономия и отговорност в професионалната му дейност. От такъв аспект е целесъобразно в рамките на обучението на социалните работници да се дефинират ключови компетенции и съвместно с интегриране усилията на държавата - да бъдат приети стандарти за палиативни грижи за деца и възрастни, за да могат пациентите и техните семейства да получат висококвалифицирана грижа в съответствие с изискванията и стандартите за добра практика и грижа. Реализирането на концепцията е в състояние да подобри качеството на живот на този вид пациенти и е верният път към удовлетворяването на тези належащи потребности.

Библиография:

Кръстева М. (2005). *Палиативни грижи. Ръководство за обучение на медицински сестри акушерки*. Пловдив: Летера.

Нунев, С. (2009). *Антидискриминационна и антипотискаща социална работа. Съвременна теория и практика*. София: Парадигма.

Петрова-Димитрова, Н. (2014). *Социална педагогика или педагогика на социалната работа*. София: Карина – Мариана Тодорова.

Héту, J.-L., (1989). *Psychologie du mourir et du deuil*. Montréal, Québec : Éditions du Méridien 13.

<https://www.ekrfoundation.org/elisabeth-kubler-ross>

<https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

<https://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf>

www.soinspalliatifs.be/les-pionniers.html

ВЛИЯНИЕ НА СОЦИАЛНАТА ПОДКРЕПА ВЪРХУ КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ НА ВЪЗРАСТНИТЕ ХОРА С УВРЕЖДАНИЯ

М. Стойкова

Асистент, доктор, Катедра „Медико-социални науки”, Факултет „Обществено здраве, здравни грижи и спорт“, ЮЗУ „Неофит Рилски“; e-mail: m_stoikova@swu.bg

Резюме: Статията е посветена на актуалния проблем за взаимовръзката между социалната подкрепа и качеството на живот на хората с увреждания. Проучването на публикувани изследвания в тази област показва, че: социалната подкрепа е ключово условие за социалното включване и повишаване качеството на живот на хората с увреждания; влиянието на социалната подкрепа се определя от качеството на взаимоотношенията и личностните особености на лицето с увреждания; социалната мрежа, формална и неформална, може да бъде източник и на негативно влияние; ефектите на социалната подкрепа върху качеството на живот минават през самоопределянето и овластяването.

Ключови думи: качество на живот, благополучие, социална подкрепа, увреждания, лица с увреждания

THE INFLUENCE OF SOCIAL SUPPORT ON THE QUALITY OF LIFE OF ADULTS WITH DISABILITIES

M. Stoykova

Assistant Professor, PhD, Department of Medico-Social Sciences, Faculty of Public Health, Health Care and Sport, South – West University “Neofit Rilski”; e-mail: m_stoikova@swu.bg

Abstract: The article stresses the important contemporary issue of the relationship between social support and quality of life of people with disabilities. The study of the published research in this area demonstrates that social support is a key condition for improving social inclusion and quality of life of people with disabilities; the impact of social support is determined by the quality of relationships and personal characteristics of individuals with disabilities; social networks, both formal and informal, can be a source of negative influence; the effects of social

support on the quality of life closely related to self-determination and empowerment of people with disabilities.

Keywords: quality of life, well-being, social support, disabilities, persons with disabilities

Въведение

През последните няколко десетилетия, в резултат на промяната в парадигмата за увреждането и в нагласите и отношението на обществото към хората с увреждания, проблемът за качеството на техния живот става все по-актуален. Постигането на по-добро качество на живот за хората с увреждания е цел на множество политики на различни нива на обществената организация (Costanza et al, 2008).

В основата на дискусиата за качеството на живот на хората с увреждания стои ICF моделът на увреждането, приет от СЗО през 2001 г., който разглежда увреждането като резултат от взаимодействието на биологичните фактори с факторите на личността и на средата. По този начин увреждането се дефинира като динамичен резултат, определян от личностните фактори и характеристиките на средата, които могат да бъдат повлиявани и променяни, и се разглежда от гледна точка на възникнали ограничения във функционирането на индивида и участието му в общността на равна основа с другите (WHO, 2001; World Report on Disability, 2011)

Конвенцията за правата на хората с увреждания, приета от Общото събрание на ООН на 13 декември 2006 г. и ратифицирана със закон от 41-то НС на Република България на 26.01.2012 г., възприема био-психо-социалния модел и приема за основни принципите на зачитане на достойнството, самостоятелността и личния избор на индивида, забрана за дискриминация, пълноценно и ефективно участие и включване в общността, равни възможности и достъпност. Правото на независим живот и включване в общността, определено от Конвенцията, е свързано с достъпа до услуги, до помощ и подкрепа, които да осигуряват това право.

Във връзка с посоченото по-горе се увеличава актуалността на проблема за качеството на живот на хората с увреждания и възможностите за подобряването му чрез предприемане на необходимите мерки на различни нива в обществения живот. В литературата и практиката се изследва връзката между качеството на живот и социалната подкрепа, получавана от формални (социални и здравни услуги) и неформални

(семейство, приятели) източници (Zunzunegui, Alvorado, Del Ser, & Otero, 2003; Sharir, Tanasescu, Turbow, & Maman, 2007; Cohen & Janicki-Deverts, 2009; Yadav, 2009; Costa, Sá & Calheiros, 2012; Milan-Calenti, Sanchez, Lorenzo-Lopez, Cao, & Maseds., 2013; Chronister, Chou, Kwan, Lawton, & Silver, 2015).

Изследванията се фокусират върху зависимостта между социалната подкрепа и качеството на живот, както и механизмите на въздействие. Знанията в областта дават възможност за създаване на социални мрежи и насочване към позитивно повлияване на социалната подкрепа върху благополучието и качеството на живот на хората с увреждания.

Концепцията за качество на живот се използва като критерий за измерване на качеството на социалните и здравни услуги за хората с увреждания (Quality approaches in social services at the European level, 2011)

Общи измерения на качеството на живот

Качеството на живот като многоизмерно понятие съвместява редица обективни и субективни елементи. Неговото измерване включва едновременно измерване на „субективното благополучие“, свързано с преживяването на щастие и удовлетвореност, и на обективни социални, икономически и здравни показатели (Costanza et al., 2008). Усещането за личностно развитие и целенасочена дейност, едновременно със субективната оценка за физическо, психическо, социално и емоционално благополучие, очертават концепцията за качество на живот (Sharir et al., 2007). В тази концепция се включват едновременно двата основни елемента: обективната ситуация и субективното възприемане на тази обективна ситуация (Тилкиджиев, 2006). Субективното благополучие, като съществен елемент от качеството на живот, се определя от обективните условия, субективните възприятия и преживявания, пречупени през личностните характеристики на индивида (Левтерова, 2014). Субективното благополучие на хората с увреждания се свързва със социума и социалното функциониране, отношението на хората с увреждания към общността и на общността - към хората с увреждания (пак там).

Социална подкрепа и качество на живот

Значението на социалната подкрепа за индивида е широко обсъждан въпрос в литературата (Lakey & Cohen, 2000; Cohen, 2004; Cohen & Janicki-Deverts, 2009). Редица

изследвания доказват връзката между социалната подкрепа, социалната интеграция и здравето и благополучието на личността (Lakey et al., 2000, Cohen, 2004), между социалната подкрепа и качеството на живот (Cohen et al., 2009). Социалната интеграция е свързана със социалните връзки на хората, които въздействат върху тяхната оценка за средата и са източник на позитивни или негативни мисли и емоции (Lakey et al., 2000). Социалната интеграция е определяща за личността не само чрез броя на социалните връзки, но и чрез тяхното качество (пак там). Въпреки че естеството и качеството на социалните връзки са в строга зависимост със здравето и качеството на живот на възрастните хора, тази зависимост се пречупва през социалните и културни особености, ценностите и религията на отделните общества (Belanger, Ahmed, Valaie, Curcio, Phillips, & Zunzunegui, 2016).

Изследвания откриват влиянието на етнокултурните фактори и личностните особености на индивида върху ефективността на социалната подкрепа, получена от различни източници, и върху качеството на живот (пак там). Личностните характеристики на индивида като екстровертност и невротизъм са пряко свързани с психологическото благополучие (Librán, 2006). Те повлияват емоционалните преживявания, начина на възприемане на средата и преживяванията на удовлетвореност, което е пряко свързано с качеството на живот (пак там) и с увреждането от гледна точка на ограниченото функциониране.

Резултатите от изследване на връзката между социалната мрежа и социалната ангажираност и когнитивния упадък, проведено сред възрастни хора в Испания, показват, че ограничените социални връзки и ниската степен на социална ангажираност прогнозира по-ранен и по-висок когнитивен упадък в напреднала възраст, както и повлияване на тази взаимовръзка в зависимост от пола (Zunzunegui et al., 2003). Тези данни се подкрепят и от резултатите от изследване на връзката между когнитивните увреждания и депресивната симптоматика и социалната подкрепа, които доказват значението на социалната подкрепа за менталното здраве на възрастните хора. Получените резултати подчертават значението на качеството на социалните връзки по отношение на депресивната симптоматика (Milan-Calenti et al., 2013). Данните в литературата по отношение на връзката между размера на социалната мрежа и когнитивните увреждания са противоречиви, но еднозначни за положителното влияние на качеството на социалните взаимодействия по отношение на когнитивните нарушения и депресивната симптоматика (пак там).

В литературата съществуват данни за двупосочната връзка между симптомите на депресия и тревожност, социалната подкрепа и качеството на живот (Rogers, Brotherton, Plaza, Dugan, & Altamar, 2015). По-високото качество на живот се свързва с по-висока степен на социална и емоционална подкрепа, социална ангажираност и включване в дейности с други хора и по-ниско ниво на депресивни и тревожни симптоми при лица с определени заболявания (пак там). Удовлетвореността от живота и социалните връзки, свързана с получаваната емоционална и социална подкрепа, рефлексират върху придържането към схемите на лечение и рехабилитация, подобряването на общото здравословно състояние при редица заболявания, и се определят като предиктори на качеството на живот (Reblin & Uchino, 2008; Rogers et al, 2015). Ефективната подкрепа насърчава здравното поведение и мотивира промяна към по-добро психично здраве на индивидите (Reblin et al., 2008).

Качеството на живот на хората е в пряка зависимост и от степента на участие в общността. Придобиването на умения за взаимодействие в общността, за комуникация и вземане на решения повишава възможностите на хората с интелектуални увреждания за социално включване. Резултатите от провеждане на обучения в социални и граждански умения на хора с интелектуални увреждания посочват подобряване на качеството на живот чрез повишаване на възможностите за социално включване и предотвратяване на социалното изключване (Isonary, Ciucurel, 2013).

Социалното включване от перспективата на хората с увреждания се свързва с: признаването на индивида отвъд увреждането, наличието на удовлетворяващи лични взаимоотношения, участие в дейности, подходящи условия на живот, трудова заетост, наличието на формална и неформална подкрепа (Martin, Cobigo, 2011).

Възприеманата социална подкрепа има защитен ефект срещу вредното влияние на стреса, негативните влияния на социалната среда и социалните взаимоотношения (Cohen et al., 2009). Въпреки тази категорична връзка, има значение начинът на оказване на социална подкрепа и ефектите ѝ върху качеството на живот. Възприеманата емоционална и социална подкрепа, изразена в усещането на индивида, че е разбран, значим и може да разчита на помощ, може да бъде по-ефективна от получаваната социална подкрепа. Последната може да бъде неефективна и свързана с възникване на чувство на задълженост, зависимост и неравенство у лицето, която я получава, да се възприема като заплаха за самочувствието, което налага необходимостта от умение и такт при предоставянето на подкрепата (Bolger & Amareb, 2007).

Социалната работа и формалната социална подкрепа е от съществено значение за социалното включване на хората с увреждания. В тази връзка нейният фокус са проблемите на средата и социалните и психологически проблеми на личността по отношение на възстановяването, свързано с приемането на увреждането и придобиването на ново чувство за себе си (Buckle, 2005). Необходимостта от умения при предоставянето на подкрепата и помощта е свързана със защитата на личността от придобиването на чувство на зависимост и неефективност в резултат на получаваната помощ (Bolger et al., 2007). В този аспект подходът на социалната работа и формалната социална подкрепа, базиран на принципите на самоопределянето и самонасочеността, позволява да се максимализират уменията за функциониране на индивида в общността (Patchner, 2005), което е свързано с обективните и субективни конструкти на качеството на живот.

Съществуват данни в литературата, които посочват самоопределянето като предиктор на качеството на живот по отношение на хората с увреждания. Самоопределянето позволява на индивида да взема решения за собствения си живот и е тясно свързан с личностно-центрирания подход при планирането на услугите (Wehner, 2005). Вземането на решения от самото лице или от друго лице, но с отчитане на желанията, ценностите, уменията и предпочитанията на човека с увреждане, е начин на подкрепа за действие, базирано на собствената воля (пак там). Самоопределянето при хората с увреждания се свързва с правото им сами да контролират собствения си живот, което е в пряка връзка с овластяването – увеличаване на възможностите им да осъществяват този контрол (Wehner, 2005; Beaulaurier & Taylor, 2001).

Социалната работа и формалната социална подкрепа, базирана на принципите на овластяването и самоопределянето, позволяват на хората с увреждания да разширят своя опит, да развият необходимите умения, за да бъдат по-ефективни във взаимоотношенията си в общността, с професионалистите и е пряко свързана с активното социално включване и участие в общността. Този подход води до увеличаване на самооувереността, вярата в собствените достойнства, ценност, умения, повишава чувството на принадлежност към обществото, свързано и с увеличаване на личната отговорност (Beaulaurier et al., 2001).

Специфични особености на връзките между социалната подкрепа и качеството на живот при хората с увреждания

Процесът на деинституционализация и промяната на парадигмата за увреждането и хората с увреждания са свързани с усилията за подобряване на качеството на техния живот (Nøttestad & Linaker, 1999; Miyamoto, Koichi, Akiyama, & Takamura, 2014). Това поставя редица предизвикателства към социалните услуги в общността и към общността като цяло, за да се посрещнат специфичните им потребности (Nøttestad et al., 1999; Sharir et al., 2007; Miyamoto et al., 2014). От друга страна, социалната мрежа, чрез предоставянето на ефективна неформална и формална социална и емоционална, възприемана и получавана подкрепа и възможности за социално включване, води до подобряване на качеството на живот на хората с увреждания.

Изследване на връзката между социалната подкрепа и специфичните потребности на жени с тежка психична болест установява, че основен източник на подкрепа за тези жени са други жени с психични заболявания, на фона на наличието на малък брой взаимоотношения с хора без увреждане (Chernomas, Clarke, б.г.). Нуждата от социална подкрепа се свързва с потребностите от информация, социална защита от насилие и злоупотреби, потребност от социални и здравни услуги, както и от компетентна помощ от професионалисти за достъп и избор на ресурси на социална подкрепа, достатъчно материални ресурси за достъп до подкрепяща среда. Същото изследване установява и необходимостта от обучение и подкрепа за семействата и приятелската среда за оказване на ефективна подкрепа на техните близки с тежка психична болест (пак там). Данните се подкрепят и от изследване на особеностите на потребностите от социална подкрепа на хората с психични заболявания (Chronister et al., 2015). Резултатите показват нуждата на хората с психични заболявания от емоционална и инструментална подкрепа. Тези два вида подкрепа включват: потребностите от информация и знания, свързани със заболяванията; потребности от отношение на приемане, обич и уважение; зачитане на достойнството; подкрепа на надеждата, възможности за развитие и възстановяване от последиците от увреждането за функционирането на личността; подкрепа в ежедневието живот, свързано с общуване с близките и семейството, справяне със симптомите, достъп до социални и здравни услуги и информация. Определена е и необходимостта от материална помощ и подкрепа за задоволяване на основни жизнени потребности от храна, дрехи, пари и транспорт (пак там).

Резултати от изследване на връзката между социалната подкрепа и качеството на живот на лица с психични заболявания, ползващи услуги в общността от резидентен тип, показват позитивна връзка между общата социална подкрепа и обективните и

субективни области на качеството на живот (Sharir et al., 2007). Социалната подкрепа, изразяваща се в осигуряване на жилище, лично пространство и защитени финанси има значителна роля за преживяване на добро качество на живот. Резултатите показват положителна връзка между семейния статус и удовлетвореността от живота, но липса на значима такава с общото качество на живот. При лицата с ниско качество на живот и ниска степен на удовлетвореност от живота и благополучие са налице ниски нива на възможностите за поддържане на взаимоотношения със значим друг (пак там).

В дискусиата по отношение на влиянието на различните видове подкрепа, предоставяна от различни формални и неформални източници, от семейство и от близки и познати се очертава широк обхват на потребностите на хората с увреждания, на които е необходимо да се отговори чрез подкрепа от различни източници и чрез различни механизми, които да служат като посредници в процеса на повишаване качеството им на живот (Yadav, 2009). Такива механизми са надеждата (пак там), овластяването и самоопределянето (Wehneger, 2005).

Увреждането влияе не само на качеството на живот на хората с увреждания, но и на техните семейства (World report on disability, 2011; Michalik, 2015). Резултатите от изследване на качеството на живот на семейства, грижещи се за лице с увреждане, което е член на семейството, показват намалени спокойствие и оптимизъм за живота, увеличено чувство на умора, загуба на умение за развлечения, загуба на перспектива за личен живот, увеличена изолация, които са пряко свързани с качеството на живот (Michalik, 2015). Категорично определена е необходимостта от подкрепа, получавана от социалните услуги и свързана с материална помощ и подкрепа в грижите за лицето с увреждане, което ще рефлектира върху качеството на живот (пак там). Нуждите от подкрепа се свързват със сътрудничество при планиране на бъдещето, обогатяване и разнообразяване на живота на лицето с увреждания, което представлява и предизвикателство за услугите, предоставящи формална подкрепа и грижа (Mooney, Lashewicz, 2014).

Заклучение

Социалното включване и пълноценното участие в общественият живот за хората с увреждания и равен достъп до всички ресурси на средата на равна основа с останалите е основно човешко право. Реализирането му е свързано с повишаване на качеството на живот и със социалната подкрепа. Категорично доказана е връзката на социалната

подкрепа с качеството на живот, като се отчитат факторите, които определят нейното влияние и механизмите на взаимодействие.

Библиография:

- Левтерова, Д. Ст. (2014). Субективно благополучие и персонална идентичност при хора с увреждания, Седми национален конгрес по психология, 1015-1028.
- Тилкиджиев, Н. 2006. “Качество на живот и щастие: европейски ренесанс на една традиция”. В: *Отвъд дисциплинарните (само) ограничения*. (Сборник в чест на проф. Елена Михайловска), София: Университетско издателство „Св. Климент Охридски”, 122-144.
- Конвенция за правата на хората с увреждания на ООН (2006). Достъпна на 22 Септември 2016 г. от:
<http://www.mlsp.government.bg/index.php?section=CONTENT&I=647>
- Beaulaurier, R. L., & Taylor, S. H. (2001). Social Work Practice with People with Disabilities in the Era of Disability Rights. *Social Work in Health Care*, 32(4), 67-91.
- Bélangier, E., Ahmed, T., Vafaei, A., Curcio, C. L., Phillips, S. P., & Zunzunegui, M. V. (2016). Sources of social support associated with health and quality of life: a cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults. *BMJ Open*, 6(6), e011503. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011503>.
- Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(3), 458-475. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.92.3.458>
- Buckle, D. (2005). Social work in a secure environment: towards social inclusion. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 1 (1), 37-43.
- Chernomas, W. M., D. E. Clarke. (б.г.) Social support and women living with serious mental illness. Retrieved July 14, 2016 from <http://www.pwhce.ca/pdf/socialSupport.pdf>
- Chronister, J., Chou, C. C., Kwan, K. L., Lawton, M., & Silver, K. (2015). The meaning of social support for persons with serious mental illness. *Rehabilitation psychology*, 60(3), 232–245. doi:10.1037/rep0000038
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>

- Cohen, Sh., & Janicki-Deverts, D. (2009). Can We Improve Our Physical Health by Altering Our Social Networks? *Perspect Psychol Sci.*, 4(4), 375–378. doi: 10.1111/j.1745-6924.2009.01141.x
- Costa, D. C., Sá, M. J., & Calheiros, J. M. (2012). The effect of social support on the quality of life of patients with multiple sclerosis. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 70(2), 108-113. <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2012000200007>
- Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., Danigelis, N. L., Dickinson, J., Elliott, C., Farley, J., Elliott Gayer, D., MacDonald Glenn, L., Hudspeth, T. R., Mahoney, D. F., McCahill, L., McIntosh, B., Reed, B., Abu Turab Rizvi, S., Rizzo, D. M., Simpatico, T., & Snapp, R. (2008). An Integrative Approach to Quality of Life Measurement. Research and Policy. Retrieved September 15, 2016 from <https://journals.openedition.org/sapiens/169>
- Iconary, E.I., & Ciucurel, C. (2013.) Developing social and civil competencies in people with intellectual disabilities from a family center through an adopted training module. *Science Direct Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 116, 3303 – 3307.
- Lakey, B., & Cohen, Sh. (2000). Social Support Theory and Measurement. Retrieved 2016 September 25 from <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/Lakey%20%26%20Cohen%20>
- Librán, E. C. (2006). Personality dimension and subjective well-being. *The Spanish Journal of Psychology*, 9 (1), 38-44.
- Martin, L., Cobigo, V. (2011). Definitions matter in understanding social inclusion. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disability*, 8(4), 276-282.
- Michalik, J., (2015) Quality of life for people caring for family members with disabilities. *Science Direct Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 458-464.
- Milan-Calenti, J.C., Sanchez, A., Lorenzo-Lopez, L., Cao, R., & Maseds, A. (2013). Influence of Social Support on Older Adults with Cognitive Impairment, Depressive Symptoms, or both Coexisting. *International Journal of Aging and Human Development*, 76(3), 199-214. <https://doi.org/10.2190/AG.76.3.b>
- Miyamoto, Y., Koichi, R., Akiyama, M., & Takamura, S. (2014). Social support and health-related quality of life among mental health service users in Japan, *SOJ Psychology*. Retrieved August 01, 2016 from <http://www.symbiosisonlinepublishing.com/psychology/psychology18.pdf>
- Mooney, L. R., Lashewicz, B. (2014). Voices of Care for Adults with Disabilities and/or Mental Health Issues in Western Canada: What Do Families and Agencies Need from Each Other? *Health and Social Care in the Community*, 22(2), 178-186.

- Nøttestad JAa., Linaker, O. M..(1999). Psychiatric Health Needs and Services before and after Complete Deinstitutionalization of People with Intellectual Disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43 (6), 523-530.
- Patchner, L. S., (2005). Social Work Practice and People with Disabilities: Our Future Selves. *Advances in Social Work*, 6 (1), 109-120.
- Reblin, M., & Uchino, B. N. (2008). Social and Emotional Support and its Implication for Health. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(2), 201–205. <http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f3ad89>
- Rogers, H.L., Brotherton, H. T., Plaza, S. L. O., Duran, M. A. S., & Altamar, M. L. P. (2015). Depressive and anxiety symptoms and social support are independently associated with disease-specific quality of life in Colombian patients with rheumatoid arthritis. Retrieved September 13, 2016 from http://www.scielo.br/pdf/rbr/v55n5/en_0482-5004-rbr-55-05-0406.pdf
- Sharir, D., Tanasescu, M., Turbow, D. &Maman, Y. (2007). Social Support and Quality of Life among Psychiatric Patients in Residential Homes. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 11(1). 81-91.
- Wehmeyer, M. L. (2005). Self-Determination and Individuals with Severe Disabilities: Re-examining Meanings and Misinterpretations. *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 30(3), 113-120.
- Yadav, S. (2009, December 11). Perceived social support, Help, and quality of life of persons living with HIV/AIDS: a case study from Nepal. Retrieved 06 July, 2016 from <http://www.iss.it/binary/gend/cont/pubmed.pdf>
- Zunzunegui, M.-V., Alvarado, B. E., Del Ser, T., & Otero, A. (2003). Social Networks, Social Integration, and Social Engagement Determine Cognitive Decline in Community-Dwelling Spanish Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), S93–S100.
- Quality approaches in social services at the European level, 2011. Retrieved August 17, 2016 from http://www.epr.eu/images/EPR/documents/policy_documents/Paper%20on%20QUALITY%20APPROACHES%20IN%20SOCIAL%20SERVICES.pdf
- World Health Organization (WHO). (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Geneva.
- World report on disability World health organization, The world bank, 2011

ЕФЕКТИВНОСТ НА РАБОТАТА С РОДИТЕЛИ НА ДЕЦА, НАСТАНЕНИ В УСЛУГИ ОТ РЕЗИДЕНТЕН ТИП И ПРИЕМНИ СЕМЕЙСТВА

Н. Христова – Михайлова

Докторант, Катедра „Медико-социални науки“, Факултет „Обществено здраве, здравни грижи и спорт“,
ЮЗУ „Неофит Рилски“; e-mail: nh_michaylova@abv.bg

Резюме: Статията представя проучване на модела на работа с родители на деца, настанени извън биологичните си семейства. Анализът на данните е направен от гледна точка на ефективността на подкрепата, която получават техните родители. Дефинирането на понятието ефективност се прави през областите на качество на социалните услуги, сред които условия и процес на предоставяне, резултати и промени за клиентите. Поставя се акцент върху промяната на парадигмата за грижа в резидентните услуги и приемните семейства от ориентирана към детето към ориентирана към семейството и работа с цялата семейна система. Основните характеристики на този подход са: работа с цялото семейство, партньорство с родителите и участие на родителите в живота на социалната услуга. Прилагането му е предпоставка за повишаване качеството и ефективността на подкрепата.

Представеното проучване е осъществено като част от изследователска програма, насочена към анализ на ефективността на работата с родители в услуги в общността. В настоящата статия фокус са услугите от резидентен тип като Център за настаняване от семеен тип, Преходно и Наблюдавано жилище и Приемна грижа, които според действащото българско законодателство са услуги в общността. Проведени са 21 полуструктурирани интервюта с ръководители и професионалисти, работещи в социални услуги от резидентен тип и приемни родители. Данните са анализирани чрез качествен анализ на съдържанието.

Данните показват, че въпреки демонстрираната нагласа и идентифицирана потребност от страна на професионалистите в резидентните услуги и приемните родители, не са създадени условия и предпоставки, няма модели и практика за работа със семейната система. Настаняването извън биологичните семейства често води до продължително прекъсване на контактите с родителите, които не са въввлечени в процеса на предоставяне на грижа и губят постепенно родителската си отговорност. Степента на ефективност на

работата с тях е ниска, настаняването често води до продължителна раздяла, не са констатирани модели за повишаване капацитета на семейството, което да доведе до успешна реинтеграция на децата.

Ключови думи: социална работа, работа с родители, резидентни услуги, приемна грижа, ефективност

EFFECTIVENESS OF WORK WITH PARENTS OF CHILDREN PLACED IN RESIDENTIAL SERVICES AND FOSTER FAMILIES

N. Hristova – Mihaylova

PhD Student, Department of Medico-Social Sciences, Faculty of Public Health, Health Care and Sport”, South – West University “Neofit Rilski”; email: nh_michaylova@abv.bg

Abstract: The article presents a research of the model of work with parents of children placed outside their biological families. The data analysis is made in terms of the effectiveness of social support for their parents. The term effectiveness is defined by the areas of the quality of social services like conditions and process of provision, outcomes, and changes in the lives of the clients.

The article puts an emphasis on the paradigm shift in the residential services and foster care from child-centered towards family-oriented and work with the whole family system. The main characteristics of this approach are: work with the whole family, partnership with parents, parents’ participation in everyday life. The implementation of this approach is the key precondition towards the enhancement of the quality and effectiveness of support.

The presented study is accomplished as a part of a research program aimed at the analysis of the effectiveness of social work with parents in the services in the community. The current article is focused on residential services like Family-type homes, Transitional and Observed homes, and Foster services defined as services in the community according to the Bulgarian legislation. Twenty one semi-standardized interviews are conducted with managers and professionals from residential services and foster parents. The data is analyzed by using qualitative content analysis.

The analysis shows that there are no conditions, models, and practices for working with the family system although professionals and foster parents demonstrated the attitude and identified the need for it. The placement outside the biological family leads to prolonged interruption of

the contact with parents, which are not involved in the care process and thus they gradually lose their parent responsibility. The level of effectiveness of the work with them is low, the placement in a residential service often leads to prolonged separation, there are no models for family capacity enhancement which would enable reintegration.

Keywords: social work, work with parents, residential services, foster care, effectiveness

Въведение

Социалната работа е насочена към подкрепа на уязвими групи с различни проблеми и цели развитие и формиране на умения за разрешаването им, така че да се улесни успешното им функциониране в общността. По повод нейното място и цели са налице морални и политически дебати относно правата и задълженията, свободата и справедливостта (Cheetham, Fuller, McIvor, & Petch, 1992, p.1). Според някои автори, тези дебати обикновено са представени без рефериране към системна информация за ефектите от социалната работа върху индивидите и въздействието върху групите и организациите (пак там, стр.1).

Постигането на положителни промени в социалните системи се обуславя от необходимостта да се анализира степента на ефективност на социалните услуги. Въпреки че тази тема е дискутирана широко, измерването на ефективността е предизвикателство за изследователите (Bardauskiene & Pivoriene, 2016, p.1). Причините за това са свързани с множество вътрешни и външни фактори, които оказват влияние и натиск върху дефинирането и изследването на ефективността на социалната работа и социалните услуги. Сред вътрешните фактори могат да се открият тези, свързани с нуждата на доставчиците на услуги, неправителствените организации, социалните работници и клиентите, които се нуждаят от информация и анализ на това доколко услугите постигат целите си, свързани с подобряване на качеството на живот на потребителите (Cheetham et al., 1992, p.3-5). Външните фактори са свързани с планирането и реализирането на ефективни и ефикасни услуги на ниво политика и начина на изразходването на публичните средства (пак там, стр. 5).

Едно от най-често цитираните определения на ефективност в социалната работа е: „Метод за определяне степента, в която планираната програма постига желаните цели. Успехът на социалните услуги се измерва със степента, в която техните цели са постигнати, т.е. степента, в която нуждите на клиентите са посрещнати“ (пак там, стр.11).

Дефинирането и измерването на ефективността на социалната работа трябва да вземе под внимание комплексността на интервенциите и често различните перспективи на потребителите (например, деца, родители, близки), вземащите решения и социалните работници, както и ресурсите (пак там, стр.6). В допълнение е необходимо да се вземе пред вид и това, че ефективността на социалната работа винаги се свързва със специфичен начин на мислене и конкретен контекст и услуга (пак там, стр.9).

Измерването на ефективността на социалните услуги е труден и комплексен процес. Това се дължи на факта, че една част от услугите са насочени към помощ и подкрепа, а други - към грижа (пак там, стр.12). Когато услугите осигуряват подкрепа, е налице възможност за идентифициране на резултати за клиентите и ясни дейности, чрез които тези резултати се постигат. Когато, обаче услугата е насочена към грижа, е вероятно промените да са свързани с трудно измерими отношения, с несигурни и невидими промени (пак там).

Понятието ефективност в социалната работа се свързва директно с разбирането за качеството на услугите. В Европейската рамка за качество на социалните услуги от общ интерес (Common Quality Framework for Social Service of General Interest, 2010), то се определя по отношение на:

- Контекст за предоставяне на услугите
- Организация и функциониране
- Процес на предоставяне на услугите
- Резултати/промени в живота на клиентите.

В допълнение, основните фактори, които оказват влияние върху качеството на услугите, са ясните и конкретни структури на услугите, базовите умения и ценности в социалната работа и професионалното овладяване на промените за клиентите (Morris & Shephred, 2000, p. 175).

Основните параметри на предложената от Уницеф аналитична рамка за услугите в подкрепа на семействата е подобна на европейската и включва:

- Характеристиките и чертите на политиката и предоставянето на услуги
- Контекста, в който се предоставят услугите
- Водещите влияния при предоставянето на услугите
- Резултатите и въздействието за клиентите (Daly, Bray, Bruckauf, Burne, Margaria, Pesnik & Samms-Vaughan, 2015, p. 10).

Ефективността на предоставянето на услугите се приравнява към четвъртата област от европейската рамка за качество и на рамката, предложена от Уницеф, а именно резултатите/промените в живота на клиента или степента, в която социалните услуги допринасят за подобреното качество на живот на потребителите.

Ефективността на семейно ориентирани услуги е свързана със степента, в която постигат промяна на ролята на специалистите, центрирани са към семейството, а не само към детето, зачитат родителските права и отговорности и са ориентирани към развитие на капацитета и силните страни на семейството (Petr, 2003).

Данни от редица изследвания показват, че информация за резултатите и въздействието на услугите, ориентирани към подкрепа на семейството и подкрепа на родителите, не е налична и областите на въздействие не са изследвани в достатъчна степен (Daly et al., 2015, p.30-32). Това е особено релевантно в случаите, когато говорим за работа със семейства в риск, когато професионалните социални услуги все още не могат да осигурят безопасна и здравословна среда за детето и те се настаняват извън семейната среда. Рисковите семейства обикновено имат много проблеми и изискват системен подход от професионалния екип (Bardauskiene & Pivoriene, 2016, p.1).

Семейното благосъстояние обикновено не се разглежда като резултат от съвременните услуги за деца, но трябва да се смята като резултат от прилагането на програми и услуги за деца и семейства, които засяга не само въздействието на услугите върху децата, но и върху всеки член на семейството. В този смисъл семейното благополучие означава, че едно семейство има способността да се грижи за децата си и да изпълнява основните си образователни, здравни, социални, културни, духовни и жилищни нужди. Това би означавало, че социалните услуги носят отговорност както за благополучието на детето, така и на неговото семейство (Pecora & Harrison-Jackson, 2010, p.166).

През последните години се разработва концепция за промяна на парадигмата от фокусирана към детето към фокусирана към семейството резидентна грижа. Авторите ѝ Garfat & McElwee (2001) и Hansen & Ainsworth (1983) определят няколко основни характеристики на тази промяна, сред които водещо място има процеса на предоставяне на резидентната услуга: дефиниране на клиента, възприемане на родителя и цел на контакта, участие на семейството в предоставянето на услугата. Фокусираната към семейството резидентна услуга предоставя възможности като организация, модел на работа, екип от професионалисти, взаимодействие с родителите, запазване на

родителската отговорност, така че да осигури условия за връщане на детето в семейна среда (Гюгс, Ферхеер, Христова, Ташкова, Райкова, Воденичарова, Данчева, 2011).

Създадените през годините модели на социални услуги в общността в България обхващат широка гама от възможности за подкрепа на деца в риск, така че да се осигури качество на живот и социално включване. Социалните услуги за деца, според Правилника за приложение на Закона за социално подпомагане, се разделят на социални услуги в общността и социални услуги в специализирани институции.

От своя страна, сред услугите в общността има и услуги от резидентен тип, които се развиват основно в резултат на процеса на деинституционализация и закриването на специализираните институции. Номенклатурата от социални услуги в общността обхваща както услуги, които осигуряват консултативна подкрепа (Център за обществена подкрепа, личен асистент), дневни и почасови услуги (Дневен център, Център за социална интеграция и рехабилитация), така и резидентни услуги (Център за настаняване от семеен тип, Кризисен център, Преходно жилище, Наблюдавано жилище, Център за временно настаняване).

Целите, задачите, целевите групи, обхватът и основните дейности на тези услуги се описват в методики за предоставянето им, които макар и да нямат задължителен характер, са препоръчителни за спазване от доставчиците на социални услуги.

Съществуващите стандарти и критерии (Наредбата за критерии и стандарти за социални услуги за деца) задават изискванията за качество на услугите, но са ориентирани предимно към процеса на предоставяне на услугите и посъщността си задават рамка и критерии, на които доставчиците на социални услуги трябва да отговорят. Спазването на най-добрия интерес на детето е гарантиран само частично (Mihaylova, 2017). Причините за това са липсата на ориентация към резултатите за децата, ниското ниво на участие на семействата в процеса на оценка и планиране, както и на гарантиране на подкрепа за живот в семейна среда (пак там)

Цел

Целта е проучване и анализ на ефективността на работата с родители в услуги от резидентен тип и приемни семейства.

Методи

Настоящото проучване е част от по-голямо изследване на ефективността на работата със семейства на деца, ползващи социални услуги в общността. Проведени са 21 полуструктурирани интервюта с ръководители на услуги от резидентен тип и приемни родители в София, Велико Търново, Стара Загора и Враца. Изборът на тези населени места е направен при прилагането на няколко основни критерия, свързани с наличието на голям брой резидентни услуги и приемни семейства за деца над 14 годишна възраст, наличие на различни доставчици на тези услуги и разнообразие на услугите за настаняване на деца извън биологични семейства. В тези услуги са настанени както деца с увреждания, така и без увреждания над 14 годишна възраст. Организацията на проучването включва осъществяване на контакт с доставчиците на услуги, представяне на целите и задачите, начина на провеждане, както и използване на данните. Разработено е ръководство за дълбочинно интервю, чиято цел е събиране на информация относно работата с родители в услугите по отношение на основните параметри, свързани с качеството и ефективността: организация и процес на предоставяне на услугите, резултати и промени в живота на децата и техните семейства. Събраната информация е анализирана чрез качествен анализ.

Резултати и анализ

Анализът на данните е направен в основните области на качество на услугите, според Европейската рамка. Наличната информация показва, че не е налице *контекст за предоставяне на услугите*, в рамките на които да са създадени условия за работа и подкрепа на родителите на децата, настанени в резидентни услуги. Ръководителите на услуги споделят, че работата с родители изглежда не е техен ангажимент, поне според наличните методики на резидентните услуги. Разработените методики на услугите, които са ангажимент на доставчиците, не съдържат визия и методи за мотивиране и въвличане на родителите на настанените деца. Нещо повече, техните опити да установят връзки с родителите често се тълкуват като намеса в работата на другите социални служби. По този начин естествено се стига до разделяне на работата с детето, която се осъществява от резидентните услуги и приемните семейства, и работата с родителите, която се осъществява от социалните работници в Отделите за закрила на детето (ОЗД). Данните показват, че това разделяне на работата пречатства прилагането на системен подход, при които социалната работа да се осъществява с цялото семейство. Нещо

повече, според получената информация, често е налице разминаване в целите на работата с детето и с неговото семейство.

„Искахме да работим с родителите, но не се получи, това е задача на ОЗД“ (интервю, професионалист, ЦНСТ за деца без увреждания)

По отношение на *организацията и функционирането на услугите* и ориентацията към семейството, данните показват наличие на нагласа за промяна, но липса на модел и оттук липса на практика по прилагането му.

„Нямаме никакъв модел за работа с родителите, а може би трябва“ (интервю, професионалист, ЦНСТ за деца с увреждания)

Ръководителите на услуги споделят, че няма специално определен и обучен професионалист или професионалисти, чиято задача да е свързана конкретно с подкрепата на семействата. В допълнение, те информират, че не са налични обучения на персонала на услугата за работа с биологични родители или ако такива са провеждани, те са по-скоро изключение. В работното време на персонала не са включени часове за посещение в дома на биологичните родители или работа извън услугата (работа с институции, биологични семейства, близки родственици). Воденето на случай в услугите от резидентен тип, доколкото се осъществява ефективно, е задача на социалните работници, но оценката на потребностите и планирането на дейностите се отнася само за живота на детето в услугата и не включва интервенции по възстановяване на контактите с неговото семейство.

Мненията на професионалистите относно *процеса за предоставяне на услугата* са свързани основно със задоволяване на базови потребности, образователни потребности и понякога формиране на умения за самостоятелен живот след напускане на услугата. Въпреки, че данните, предоставени от тях, показват, че настанените извън семействата си деца имат родители и близки, работа с тях не се осъществява целенасочено.

„Повечето от децата имат родители, но с тях се работи трудно или не се работи“ (интервю, професионалист, ЦНСТ за деца без увреждания)

Една от причините за тези трудности е фактът, че настаняването извън семейна среда разкъсва връзките на децата с техните родители, възстановяването на които е сериозна професионална задача. Тази професионална задача трябва да включва редица условия, сред които, според интервюираните, е разработване на модел на резидентната

услуга, чиято цел да бъде насочена към възстановяване на връзките със семейството чрез работа както в резидентната услуга, така и в семейна среда. Този модел трябва да насочи професионалните усилия към възстановяване на връзки и отношения, прекъснати за дълъг период от време или с конфликтен характер.

„Много малко деца идват от семейства, повечето са настанени от други институции или резидентни услуги“ (интервю, професионалист, ЦНСТ за деца с увреждания)

„Тези деца, които идват от семейства, са основно разсиновени и имат тежки конфликти“ (интервю, професионалист, ЦНСТ за деца без увреждания)

Освен това, задачите на резидентните услуги, според интервюираните, са по-скоро ориентирани към подготовка за самостоятелен живот в общността. В допълнение, участниците споделят, че често те „заместват“ родителите, като вземат решения вместо тях за различни аспекти от живота на децата, разписват документи, избират училища, лични лекари и т.н. Не са налични данни дали и доколко родителите се информират за промени в бита и всекидневието на децата и дали присъстват в живота на резидентната услуга.

Данните показват, че опитът в резидентните услуги „да се предложи семеен модел“ често се разбира като заместване на семейството, а не работа с него (интервю, професионалист, ЦНСТ за деца без увреждания). Нещо повече, няма идентифицирани модели за запазване или предаване на родителската отговорност, за договаряне на правилата на престой и съобразяване на живота в резидентната услуга или приемната грижа със семейния модел. Липсата на контакти на професионалистите и родителите често води до затруднения при въвличането им в живота на детето, дори в случаите, когато е налице възможност за такова.

Участието на семействата на настанените деца в процеса на оценка на потребностите и планиране е ограничено. От една страна, прекъснатите връзки пречат за участието, поради липса на информация за това къде живеят родителите и дали биха желали да се включат в тези срещи, а от друга, липсата на отношения и отчетата родителска отговорност водят до пасивно участие. Дори да присъстват на срещите по планиране родителите не участват с мнение относно целите и дейностите в плана. Данните показват, че родителите се съгласяват без коментар с всички предложени дейности и рядко инициират промяна.

„Родителите не идват в услугата, дори когато ги каним, ние правим оценка и план без семейството...“

„Децата често се срамуват от родителите или се разочароват от тях“

„Ние ги каним, но те не идват“ (интервюта, професионалисти, ЦНСТ за деца без увреждания и ПС).

Вследствие на този процес на предоставяне на услугите от резидентен тип и настаняването извън биологичното семейство, *резултатите* за децата и родителите често са свързани с продължителна раздяла. Наличните данни показват, че работата със семейства не е приоритет в тези услуги, няма модел за формиране на родителски умения, сроковете на престой зависят от възрастта на децата (навършване на пълнолетие), реинтеграциите са малко.

В резултат на тази прекъсната връзка, изземване на отговорност, липса на модел на работа, децата рядко се връщат в биологичните си семейства. Данните показват, че реинтеграциите на деца над 14 годишна възраст в биологичните им семейства са много малко и намаляват с нарастване на възрастта на децата.

„Децата обикновено напускат приемните семейства, когато навършат пълнолетие, и не се връщат при родителите си“ (Приемен родител)

„Нито едно дете не се е върнало при родителите си“ (Приемен родител)

В услугите от резидентен тип и приемна грижа не е създадена система за събиране и анализ на данни относно резултатите от престоя и промените в живота на децата и семействата. Доколкото се събират данни, те са предимно количествени и отразяват броя на потребителите и времето на престой. Връщането на децата в биологичните семейства не се проследява от гледна точка на устойчивост.

Заключение

Проучването показва, че работата с родители не е част от модела на предоставяне на резидентни услуги и приемната грижа. Налице е разбиране и нагласа у професионалистите за важността на работата с родителите на настанените деца, но липсата на модел за осъществяване, както и разделянето на работата по случай между различните социални служби препятства осъществяването и. Тя не е ясно дефинирана като цели, задачи и подход на осъществяване и като резултат настаняването в резидентна услуга често води до трайна раздяла на децата и техните родители. Родителите не се

възприемат като партньори при подкрепа за развитието на децата и често резидентната услуга се мисли като „дом“, а приемното семейство - като „семейство“.

Данните показват, че е налице тенденция резидентните услуги и приемните семейства да заменят биологичните семейства и вместо да работят за подкрепа на връщането в родната семейна среда след разрешаване на проблемите, довели до извеждането на децата, те създават алтернатива на семейната система.

Библиография:

- Гюте, Е., Ферхеер, М., Христова, Н., Ташкова, Д., Райкова, Р., Воденичарова, З., Данчева, Ю. (2011). *Ръководство за работа с родители*. София: Нидерландски институт за младежта, ФИЦЕ България.
- Наредба за критериите и стандартите за социални услуги за деца, достъпна на 20.07.2020 г от :<https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135474534>
- Правилник за приложение на Закона за социално подпомагане, достъпен на: 20.07.2020 г. от: <http://www.lex.bg/bg/laws/ldoc/-13038592>
- Bardauskiene, R., & Pivorienė, J. (2016). The effectiveness of social work services for families whose children are in temporary custody, *Int. Conf. Society. Health. Welfare, SHS Web of Conferences* 40, 01003
- Cheetham, J., Fuller R., McIvor G., & Petch, A. (1992). *Evaluating social work effectiveness*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Common Quality Framework for Social Service of General Interest. (2010). Brussels retrieved on 20.07.2020 from: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6140&langId=en>
- Daly, M., Bray, R., Bruckauf, Z., Burne, J., Margaria, A., Pesnik, N., & Samms-Vaughan, M. (2015). *Family and parenting support: Policy and Provision in a Global Context*, Innocenty Insight, UNICEF Office of research, Florence
- Garfat, T., & McElwee, C.N. (2001). The changing role of family in child and youth care practice. *Journal of child and Youth care Work*, 15, 236-248.
- Hansen, P. & Ainsworth, F. (1983). Family and parenting analogies in Australian residential childcare. *Australian Child and Family Welfare*, 8, 3-5.
- Mihaylova, N. (2017). *Reviewing Existing Quality Mechanisms in Child Protection*. National Report Bulgaria, retrieved on 20.07.2020 from: <https://childhub.org/en/node/29636>
- Morris, K., & Shephred, C. (2000). Quality social work with children and families, *Child and family social work* 2000, 5 (2), 169-176.

- Petr, C. (2003). *Social work with children and their families: Pragmatic foundations*, Second edition. New York: Oxford University Press, Inc.
- Pecora, P., & Harrison-Jackson, M. (2010). The Challenge of Improving Children's Well-Being and Measuring Outcomes: An American Perspective. In McAuley C. and W. Rose *Child Well-Being. Understanding Children's Lives*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

ЕФЕКТИВНОСТ НА СОЦИАЛНИТЕ УСЛУГИ ЗА ВЪЗРАСТНИ ХОРА С УВРЕЖДЕНИЯ

М. Стойкова

Асистент, доктор, Катедра „Медико-социални науки“, Факултет „Обществено здраве, здравни грижи и спорт“, ЮЗУ „Неофит Рилски“; e-mail: m_stoikova@swu.bg

Резюме: Статията представя резултати от проучване мнението на специалисти, работещи в социални услуги в общността, като част от изследване на ефективността на тези услуги. Специалистите дават висока оценка на ефективността на услугите, в които работят, като същевременно оценяват най-ниско контрола, който потребителите имат над собствения им живот. В концепциите за ефективна социална подкрепа на изследваните лица най-често присъстват елементите: постигане на резултати за потребителите; настъпване на промени за потребителите; осъществявана от квалифициран и мотивиран персонал подкрепа, базирана на комплексна оценка на потребностите. Като фактори, имащи най-голямо влияние върху ефективността на услугите, са идентифицирани следните: инфраструктура и локализация на услугите; взаимоотношения между персонала и потребителите; качество и адекватност на услугата; работа в екип, мултидисциплинарен и междусекторен подход; ориентиране към резултатите; подкрепа в ежедневието и здравето; квалификация и мотивация на персонала; материална база и финансиране на дейностите; осигуряване на достъп до услуги за потребителите и дейности в общността, извън самата услуга; индивидуалната грижа, базирана на комплексна оценка на потребностите, и своевременност на интервенциите.

Ключови думи: хора с увреждания, социална подкрепа, социални услуги, ефективност

EFFECTIVENESS OF SOCIAL SERVICES FOR ADULTS WITH DISABILITIES

M. Stoykova

Assistant Professor, PhD, Department of Medico-Social Sciences, Faculty of Public Health, Health Care and Sport”, South – West University “Neofit Rilski”; e-mail: m_stoikova@swu.bg

Abstract: The article presents the results of a study of the opinions of the employees at community social services about the effectiveness of these services. The results show that the professionals who participated in this study highly value the efficiency of the services they work in while giving the lowest evaluations of the control that consumers have over their own lives. In the concepts of effective social support of the participants, the following elements are most often present: outcomes for the consumers; changes occurring for the users; support realized by qualified and motivated staff and based on a comprehensive needs assessment. The following factors have been identified as having the greatest impact on service effectiveness: infrastructure and location of the services; relationships between the staff and the consumers; quality and adequacy of the service; teamwork, multidisciplinary and cross-sectoral approach; outcomes orientation; support in everyday life and health; qualification and motivation of the staff; facilities and financing of activities; providing access to services and community activities outside the service itself; individual care, based on a comprehensive assessment of needs and timeliness of interventions.

Keywords: people with disabilities, social support, social services, effectiveness

Въведение

Международната класификация на функционирането, увреждането и здравето (ICF) определя увреждането като термин, който обхваща физическите увреди, ограниченията в дейностите и ограниченията в участието, които са резултат от взаимодействието между здравословния проблем, факторите на средата и личните характеристики (WHO, 2013, р. 5). Тази перспектива поставя фокус върху индивидуалния подход, който е основен както в процеса на оценка на увреждането и функционирането, така и при планиране и осъществяване на необходимите интервенции, обединяващи медицински, социални, психологически и други методи. Поставя се акцент върху спазването на човешкото достойнство и насочване на обществените усилия към създаване на условия за постигане на равнопоставеност и пълноценно участие на хората с увреждания заедно с останалите членове на обществото (Паризов, 2002).

Въпреки признаване на правото на хората с увреждания на самостоятелност, личен избор, независимост, пълноценно и ефективно участие и включване в обществото, равни възможности, защита от дискриминация и уважение към различието (Конвенция за правата на хората с увреждания, 2006), тази група все още среща редица ограничения

и бариери пред своето пълноценно участие в общността (www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/).

Разглеждането на увреждането като динамичен резултат от взаимодействието на човека с неговата среда определя важната роля на социалната работа, на подкрепата и услугите за хората с увреждане.

Социалната работа, в своите различни форми и прояви, е насочена към разрешаване на общочовешки проблеми, свързани с преживяването на някакво човешко нещастие (Cheetham, Mullen, Soydan, Tengvald, 1998), и има за цел да посредничи между индивида и важните за него системи и да съдейства за ефективната му адаптация към тези системи за преодоляване на възникнали проблеми (Сотирова, 2011). Тя предполага партньорски отношения с клиента (Радев, 2016), които насърчават участието и самоопределянето му и признава основната му роля за постигане на желаната промяна (Harms & Connolly, 2013). Свързана е с повишаване на независимостта, организиране и мобилизиране на потенциалните възможности на индивида (Паризов, Сотирова, 2012). Помагащите взаимоотношения в социалната работа предполагат насърчаване и стимулиране на потенциала на индивида да бъде „субект на собственото си развитие и активен участник в двустранния процес“ (Чолакова, 2016, с. 19), при които той „не е предмет на интервенция, а съотборник на решения“ (Радев, 2018, с. 15).

Социалните услуги се определят като „специфична проява на взаимоотношенията между обществото и неговите членове, с фокус върху социалните потребности на индивидите и отделните групи“ и „изпълняват обществена мисия, работейки на базата на включването, участието и благополучието в обществото чрез пълното признаване на водещия принцип на човешкото“ (Common Quality Framework for Social Services of General Interest, 2010).

Всичко това определя фокуса върху ефективността на социалната подкрепа, социалната работа и социалните услуги. В този аспект най-общите определения за ефективност я свързват със степента, до която са постигнати поставените цели (Productivity Commission, 2013; Cheetham, Fuller, McIvor, & Petch, 1992; EVALSED, 2008). Отнасяйки ефективността към програмите и услугите за социална подкрепа, тя може да бъде „мярка за това доколко резултатите от дадена програма или услуга постигат посочените цели (желаните последствия) на тази програма или услуга“ (Productivity Commission, 2013, p.13). Ефективността е свързана не само със степента на постигане на

поставените цели, но и с получените резултати, успехите, трудностите, взетите решения, както и влиянието на външните фактори (EVALSED, 2008). Тя се отнася до ефектите от определена програма, политика, услуга, осъществявана в реални, а не оптимални условия (Flay, 1996). Ефективността на услугите се съотнася с генерираните промени в системите, свързани с клиентите, с компетентното прилагане на методи и подходи за постигане на поставените цели и с удовлетвореността на клиентите (Patti, 1987). При определяне на ефективността на социалните услуги се отчитат различни гледни точки (Kolev, 2017). От гледна точка на потребителите на социална работа ефективността е свързана с постигнатите резултати и ползи за тях самите и с това, което те получават (Cheetham et al., 1992). Разглеждана от позицията на доставчиците, ефективността е свързана с „постигане на целите и задачите на организацията или на социалната услуга, изпълнение на служебните задължения и т. н.“ (Kolev, 2017, с.27)

Оценката на работещите в социалните услуги, които предоставят социална услуга, е елемент от изследването на ефективността. Както Corey (1996, р. 124) казва: „по-голямата част в базата от знания в социалната работа възниква в резултат на ежедневните оценки на практическия опит на работещите“.

Ефективността на социалните работници се отнася до тяхното умение да комбинират роли, включващи оценка, знания за местната общност и способност да предоставят консултиране или непрекъсната подкрепа (Moriarty & Manthorpe, 2016). Персоналът е един от факторите, които влияят на качеството и ефективността на социалните услуги. Както е подчертано в европейските и национални документи, квалификацията на персонала е критерий за качество. От друга страна, създаването на условия за работа, включително работна среда, управление на натовареността, създаване и прилагане на необходимите стандарти, подкрепа за професионална квалификация, защита на професионалната сигурност и пр., насърчават ефективната и етична социална работа (IFSW, 2012).

Цел на изследването

Изхождайки от позициите, че социалната подкрепа в услугите се основава на взаимодействието между потребителите и специалистите, целта на изследването е да проучи оценката на работещите специалисти за ефективността на социалната подкрепа за възрастни хора в услуги в общността. Настоящото проучване е част от по-голямо

изследване на общността, оценяващо ефективността от различните гледни точки и перспективи.

Методи на изследването

Емпирични данни са събрани чрез използване на качествени (дълбочинно полуструктурирано интервю) и количествени методи („Анкетен лист за изследване на мнението на служителите и специалистите, предоставящи подкрепа на възрастни хора с увреждания в услугите в общността, по отношение на ефективността на предоставяната подкрепа”). Анкетният лист е изработен за целите на изследването и съдържа една обща скала за ефективност и 7 суб скали: „Ефективност на услугата и собствена ефективност”; „Постигнати резултати за потребителите”; „Работа в екип”; „Контрол, който потребителите имат над живота си”; „Професионална подготовка и мотивация”; „Взаимоотношения с потребителите”; „Взаимоотношения с близките на потребителите”. Включени са и два въпроса за оценка на възможността за повишаване на ефективността и за оценка на влиянието на услугата върху качеството на живот на потребителите. При определяне областите на изследване са използвани стратегически документи, приети на европейско ниво (Common Quality Framework for Social Services of General Interest, 2010; Quality approaches in social services at the European level, 2011; Disability High Level Group Discussion Paper, 2006; Quality of social and health services Social NGOs' recommendations to EU decision makers, 2008). Включени са общо 41 въпроса, 29 от които са от затворен тип, с рангово подредени отговори. Разбирането на включените в проучването лица по отношение на факторите, свързани с ефективността или изясняващи причините за определено поведение, се изследва с 6 въпроса от отворен тип. Полът, възрастта, образователно- квалификационната степен и трудовият стаж се изясняват с 6 въпроса.

Чрез дълбочинно полуструктурирано интервю са изследвани следните области: потребности на потребителите; постигнати резултати; лична концепция за ефективност; трудности и бариери; овластяване на потребителите; работа със семействата. Изследваните области оформят концепцията за ефективност от гледна точка на хората, предоставящи подкрепа за лица с увреждания, както и основните бариери и фактори, които ѝ влияят.

Участници

В изследването са включени 132 лица, работещи в социални услуги в общността, от които 87 лица са изследвани чрез анкетна карта, а 45 лица - чрез метода на интервюто. Обхванати са общо 24 социални услуги, 12 от които са услуги в общността /Дневен център и Център за социална рехабилитация и интеграция/ и 12 са услуги в общността от резидентен тип /Защитено жилище и Център за настаняване от семеен тип/, в 7 общини в Югозападен регион.

Организация на изследването

Изследването е осъществено в периода м. май 2017 – м. март 2018 година. Анкетните карти за проучване мнението на заетите специалисти са предоставени на лицата, които в момента на провеждане на изследването са на работа в съответната услуга. Попълването им е отнело между 15 и 25 минути. Всеки самостоятелно и напълно анонимно в удобно за него място и време в рамките на деня, е попълнил анкетната карта и я е предоставил на изследващото лице в затворен плик. Продължителността на всяко проведено интервю е между 30 и 40 минути. На всеки участник в изследването е предоставена предварително подробна информация за целите и организацията на изследването, както и за правото на отказ от участие на всеки един етап. Участието в изследването е напълно доброволно и не е допусната никаква степен на принуда. На част от интервютата са направени аудиозаписи, за всеки от които е поискано и получено писмено съгласие. При останалата част изследователят е водил подробни записки.

Резултатите от проведеното проучване чрез анкетни карти са обработени с SPSS програма за обработка на данни. Първоначално, като основа за всички следващи анализи, е направен анализ на надеждността на въпросника, чрез изчислен коефициент на Кронбах. Получените резултати показват висока степен на надеждност - $\alpha = 0.844$. Използван е клъстърен анализ за изследване връзките между съответните скали и субскали на анкетния лист. Чрез конвенционален контент-анализ са обработени данните, получени от проведените интервюта, както и отговорите на въпросите от отворен тип в анкетните листове.

Представяне и анализ на резултатите.

- 1. Резултати от проведено изследване чрез метода на дълбочинно полуструктурирано интервю.**

За да оценим ефективността на услугите, изследваме концепциите за ефективност на специалистите, които предоставят подкрепа, и на техните ръководители. Резултатите показват, че в тези концепции най-често присъстващите елементи са: постигане на резултати за потребителите; настъпване на промени за потребителите; осъществявана от квалифициран и мотивиран персонал подкрепа; базирана на комплексна оценка на потребностите.

В няколко интервюта се поставя акцент върху постигането на резултати за самите потребители. Дефинират се няколко категории, свързани с ефективността на услугите: организация на услугите и дейности; управление на персонала; взаимоотношения потребители – подкрепящи; прилагане на подходите на овластяване и самоопределяне.

По отношение на организацията на услугите основните теми, които се появяват при контент-анализа на данните, са: инфраструктура на социалните услуги, локализация на услугите, взаимодействие между услуги и предлагане на мултидисциплинарен и междусекторен подход, материална база и финансиране на дейностите, участие на потребителите в дейности в и извън услугите.

За да се отговори на потребностите на потребителите, е необходимо да се постига голяма степен на релевантност между услуга и потребности. За целта се оформя необходимостта от изпълнението на две условия. Едното от тези условия е свързано с оценката на потребностите на лицето преди ползване на услугите и насочването му към подходящата услуга. Другото условие е наличието на базисни (общо достъпни) социални услуги, които да могат да отговарят на потребностите на населението. Данните от изследването показват необходимостта от разкриването на резидентни услуги, от една страна, и на мобилни услуги, от друга:

„Много е страшно, когато майката е сама и трябва да иде на операция, няма къде да го остави и е много трудно.” (интервю, психолог, дневен център)

„...Ние работим с лица с тежки затруднения и фактически идва моментът, в който тази дневна форма не може да ги удовлетвори” (интервю, ръководител, дневен център)

„Липсват мобилни услуги, а тези хора се нуждаят от различни неща, да му се купят лекарства, да се заведе някъде и др.. Сега разкриха мобилна услуга, но тя не е

това, което трябва да бъде.... Истинска мобилна услуга няма в България” (интервю, ръководител, дневен център).

В този аспект релевантността между услуга и потребности на потребителя се появява като съществен фактор, който пряко влияе върху ефективността на услугите. Постигането на положителни резултати за потребителите зависи от степента, в която ползваната услуга отговаря на неговите потребности: *„След две години нищо не се случва, защото там обикновено не попадат тези, които са подходящи, целевата група. Працат такива хора само и само да се запълни капацитета, които са обгрижвани и си остават там завинаги. Това е парадоксално. Това вече не е защитено жилище. Няма изведени*” (интервю, ръководител, дневен център), както и от това до каква степен лицето се нуждае от тази услуга и от това, което тя предлага, каква е нейната цел.

В повечето интервюта се идентифицира потребността от адекватна комплексна оценка на потребностите, преди ползване на определена услуга: *„Много е важно подборът на потребителите и че трябва да отговаря услугата на потребителите. Ролята на оценката е да бъде пълна и изчерпателна, но за кратък период не може да бъде направена цялостна оценка*” (интервю, социален работник, дневен център), както и активното участие на потребителите в тази оценка. В тази връзка в анализа на данните се очертава и необходимостта от промяна на нормативната уредба, определяща начина на изготвяне на тези оценки, както и промяна на начина на финансиране на самите услуги: *„ и това, което се говори напоследък, ама в България скоро няма да стане, да се определи индивидуален бюджет*” (интервю, ръководител, дневен център). Индивидуалните бюджети ще осигурят индивидуализиране и дозиране на подкрепа спрямо индивидуалните потребности и личен избор на лицето. При създадена основна инфраструктура индивидуалните бюджети са средство и за контрол на потребителя над услугата.

Локализацията на услугите, работата в мултидисциплинарни екипи и използването на междусекторен подход също се появяват като фактори на ефективност.

Участието в дейности е идентифицирано като потребност на потребителите, следователно е фактор, който влияе на ефективността по отношение на удовлетворяване на потребностите им. От друга страна, участието на лицата в дейности не се заключава само в изпълнението на вече планирани от някого дейности, а в целия процес, което позволява на определената дейност да повлиява върху лицето по най-пълноценен и

ефективен начин: „Основно е включването на потребителите в процеса на планиране и организиране на дейностите на услугата.” (интервю, социален работник, защитено жилище). Друго идентифицирано необходимо условие за постигането на ефективност е дейностите да са както в услугата, така и извън нея, особено при резидентните услуги: „да ползват жилището само като жилище и да имат повече дейности извън него” (интервю, ръководител, защитено жилище).

Финансирането също се свързва с възможностите да се организират дейности: „Първо искаме да се увеличи стандартът, защото така можем да увеличим дейностите, да ги разнообразим” (интервю, ръководител, дневен център). Материалната база, макар и рядко, се идентифицира като необходимо условие: „и материалната база за осигуряване на по-голямо усамотяване и индивидуалност.” (интервю, социален работник, защитено жилище).

По отношение на квалификацията на персонала се появяват и двата вида фактори, които определят ефективността, а именно професионалната квалификация и личностните качества. Квалификацията е един фактор, който не може да бъде пренебрегван: „Всякакви хора дойдоха в услугите, да, работата учи, но университетът, това, което е дадено там, не мога да го науча” (интервю, ръководител, защитено жилище). От друга страна, личностните качества не могат да бъдат пренебрегвани: „Критерият за мене е най-важен - да го приемат другите /потребителите/ този човек. Каквито и квалификации да има, ако не го приемат, значи не е за тук този човек. Има такива случаи, в които хора са си тръгвали по тази причина, че не го приемат другите.” (интервю, ръководител, дневен център).

Работата в екип, супервизията и поддържащите обучения са осъзнати потребности както от ръководителите, така и от работещите специалисти. Появяват се във всички интервюта, както и при анализа на отговорите на въпросите от отворен тип в анкетните листове. Организирането на поддържащи обучения, супервизии, тиймбилдинг и други форми на подкрепа за екипите не е еднакво застъпено във всички изследвани услуги, въпреки че необходимостта от такива се подчертава от всички участници. Идентифицираната от данните в изследването потребност от продължаващо обучение е дефинирана и в литературата като обучение през целия живот или като процес „от люлка до гроб” (Радев, Будаева, 2005, с. 53).

В повечето интервюта се декларират високи нива на мотивация за работа, въпреки че в определени случаи се заявява ниска такава. Факторите, които се появяват най-често като мотивиращи, са: взаимоотношенията с потребителите, постигнатите резултати, лидерските умения на ръководителите. Взаимоотношенията с потребителите са един от елементите на процеса на предоставяне на социална подкрепа, който влияе на ефективността и резултатите, но се оказва, че създаването на добри работни взаимоотношения има мотивиращ ефект върху работещите: *„Аз се питам мен какво ме мотивира, но тези хора ме промениха, много по-смирена съм”* (интервю, психолог, дневен център), *„потребителите ни мотивират”* (интервю, социален работник, дневен център). Трудовото възнаграждение, възможностите за развитие и статутът на професията са фактори, които имат демотивиращо въздействие върху работещите: *„Нашата мотивация е ниска поради много ниските заплати. Липсва система за развитие. Обученията, които имаме, са недостатъчни”* (интервю, социален работник, дневен център). Налице са много емоционални изказвания, свързани с възможностите за развитие, които работата предоставя: *„Тук развитие няма, стоиш на едно и също място.”* (интервю, трудотерапевт, дневен център), *„Не, какво развитие?! От кого да чакаме признателност?! Единствено от хората и техните близки, няма от кой друг да чакаме признателност.”* (интервю, социален работник, дневен център). Взаимоотношенията между подкрепящи и подкрепяни заемат централно място в услугите. Те са фактор, който влияе не само на мотивацията на специалистите, но и имат пряка връзка с очакваните резултати и ефективността. Опасността от създаване на зависимости между предоставящите и получаващите подкрепа също се идентифицира от участниците. Темата за взаимоотношенията със семействата, като елемент от подкрепата и нейната ефективност, се появява като многокомпонентна по отношение на нагласи и практическо прилагане: нагласите по отношение на ролята на семействата в процеса на подкрепа; разбиране на партньорските отношения; възприемане на семействата като ресурс за подкрепа, който се нуждае също от подкрепа и насърчаване и семействата като изпълнители на определени дейности за подкрепа. Сътрудничеството между семейство и специалисти е необходимо за самите специалисти, но трудно на практика осъществимо: *„Много малко са тези, които да дойдат, да обсъдим, да кажат - искаме, нашето дете иска, може ли да се случи, или пък доволен съм, или не съм доволен.”* (интервю, социален работник, дневен център). Друг компонент е програмите за работа със семейства и дейностите, чрез които се осъществява взаимодействието между услуги и семейства: *„В ЦРСИ е заложено, но не го правят много добре. Ние работим*

поединично, когато има проблем..., работата с родителите е по-тежка, отколкото с потребителите” (интервю, ръководител, дневен център). Барьерите пред осъществяването на ефективно взаимодействие между предоставящите подкрепа на хората с увреждания и техните семейства могат да са в няколко аспекта: разбираня за взаимодействие; нагласи за сътрудничество; умения за създаване и поддържане на такива; неидентифициране на взаимодействието с близките като задължителен елемент от предоставяната подкрепа.

По отношение на нагласите на предоставящите подкрепа, свързани с овластяването и самоопределянето на хората с различни видове увреждания, анализът на данните от настоящото изследване установява различна степен на наличие на такива нагласи. Индивидуалните нагласи варират от пълно отричане възможността на хората с увреждане, най-вече на тези с тежка степен, да имат контрол над живота си, да взимат решения и да правят избори: *„повечето от тях са тежка степен и те не могат да взимат сами решения*” (интервю, социален работник, дневен център), до убеденост, че хората с увреждане трябва да бъдат подкрепяни и насърчавани да имат възможно най-голям контрол над живота си: *„Целта е не ние да вземаме решение вместо тях, а да ги подкрепим те да вземат правилното решение, защото ако ние вземаме решенията вместо тях, те ще станат зависими от нас, а това не го искаме*” (интервю, социален работник, дневен център). Увреждането е фактор, посочван от изследваните специалисти, който е определящ за контрола над живота. В значителна степен преобладават нагласите, които поставят хората с увреждания в пасивна и подчинена позиция, като обект на подкрепа и грижа, а не субект на такава.

2. Резултати от проведено изследване чрез анкетни листове.

Участниците дават високи оценки на ефективността по всички суб скали, както се вижда от фиг. 1. Суб скалата „Контрол, който потребителите имат над живота си” е с най-ниска обща оценка. Подобни високи оценки на ефективността са получени и в други изследвания (Corey, 1996). В литературата съществуват данни, че при изследване мнението на заетите в услугите за тяхната ефективност е необходимо да се има предвид, че тяхната самооценка се базира на техните субективни стандарти и те са склонни да дават по-високи оценки за собствената си ефективност (пак там). Въпреки това, самооценката на заетите в услугите е важен фактор за качеството на услугите (Nota, Ferrari, & Soresi, 2007). По-голямата увереност на работещите в собствените им умения позволява по-добра работа в екип и постигане на по-добри резултати (пак там).



Фигура 1: Оценка на ефективността на услугата

Тези данни показват, че изследваните лица, заети в обхванатите социални услуги, дават високи оценки за ефективността на тези услуги.

Чрез клъстърен анализ на отделните скали и субскали изследваме начина на възприемане на областите от нашите респонденти. Получените резултати са показани на Фигура 2.



Фигура 2. Клъстърен анализ на 1 скала, 7 субскали и 2 въпроса от анкетния лист за изследване мнението на работещите специалисти в услугите

Както се вижда на фигура 1, много близко възприемани са общата самооценка за ефективност със самооценката на работата в екип. Към тази група се добавят и взаимоотношенията с потребителите. Макар и разделени, те се прикрепят към начина, по който се оценява работата в екип, където освен взаимоотношенията, се включват и обсъждането на програмите, получаването на подкрепа от колеги и ръководство. Оценката на взаимоотношенията с потребителите обхваща създаването и поддържането на работни отношения, където потребителите са включени и участват в процеса на предоставяне на подкрепа. Ефективността на програмите и собствената ефективност се възприемат много близко със скалата, оценяваща самооценката на постигнатите резултати.

Получените чрез клъстърен анализ резултати показва много тясна връзка в начина, по който изследваните специалисти, заети в услугите, възприемат ефективността като обща оценка и работата в екип. В литературата работата в екип е свързана с общите цели, с обединяването на знания и умения, както и позитивни нагласи, координация за постигането на обща цел (Sharma & Вајра, 2014). В тази клъстърна група също се наблюдава и голяма свързаност между ефективност, работа в екип и взаимоотношения с потребителите. При оценката на взаимоотношенията с потребителите се включва степента им на участие в процеса на планиране, организиране и оценка на резултатите в услугите. Работата в екип, с включване на самото лице, което е потребител, се определя като фактор, който води до постигане на по-добри резултати за потребителя на услугите (Bamford, 2011).

Както бе вече подчертано, ефективността е свързана с постигнатите резултати за потребителите (Cheetham et al., 1992; Patti, 1987). Изследваните лица свързват ефективността на услугата и собствената си ефективност с постигнатите резултати за потребителите, което показва една насоченост и ориентираност към постигане на резултати. Тези резултати се потвърждават и от проведеното качествено изследване чрез метода на полуструктурираните интервюта.

Също важна е и връзката между това как се оценяват възможностите за подобряване на ефективността и оценката на контрола, който потребителите имат върху живота си. Тази връзка е отделена от ефективността и останалите области. Едно от

обясненията е, че овластяването се оценява като важен елемент от подкрепата, който обаче е по-труден за постигане, но е свързан с подобряване на ефективността.

Резултатите от направения контент-анализа на отговорите на въпросите, изследващи факторите, които влияят на ефективността на подкрепата за възрастни хора с увреждания в услугите в общността; факторите, влияещи на удовлетвореността на работещите в тези услуги, и областите, в които работещите имат необходимост от подкрепа, поддържащо и допълнително обучение, показват:

- Участниците в това изследване посочват с най-голяма честота следните фактори, които те определят като съществени за ефективността на социалната подкрепа за хората с увреждания, предлагана в услугите в общността: взаимоотношенията с потребителите; качеството и адекватността на услугите; работата в екип; ориентираността към резултатите; предоставяната подкрепа в ежедневието и грижите за здравето; квалификацията на персонала; материалната база; достъпа до други услуги. С по-малка честота се посочват индивидуалната грижа и своевременността на интервенциите. Водещ фактор според изследваните лица е взаимоотношенията на работещите в услугите с тези, на които те предоставят подкрепа. В проучената литература Perry (2003) и Trevithick (2014) също поставят взаимоотношенията като основа на взаимодействието за постигане на определени резултати.

- Удовлетвореността на работещите се влияе в най-голяма степен от постигнатите резултати, взаимоотношенията с потребителите, взаимоотношенията с колегите и работата в екип, условия на работа, възнаграждението, възможността за развитие. Получените в настоящото изследване резултати се потвърждават, в голяма степен, от резултатите получени от изследване на удовлетвореността от работата на работещи в социални услуги за лица с ментални увреждания, проведено от Будева и Спасова (2018). Авторките посочват като най-значими фактори за удовлетвореността от работата следните: съответствие между изпълнявана длъжност и образование, адекватно заплащане и добри условия на труд, качества на работодателя, екипна работа, възможност за отпуск, добър микроклимат и на последно място, възможността за кариерно развитие.

- В настоящото проучване, участниците идентифицират следните области за подкрепа и поддържащо обучение: работа с конкретни групи потребители; супервизия; тренинг за преодоляване на бърнаут; групова и индивидуална работа; работа с хора с деменция; кризисни интервенции; работа в общността и обмяна на опит с други колеги и услуги.

Заклучение

Оценката на специалистите, предоставящи подкрепа в социалните услуги в общността, е съществен елемент при изследване на ефективността на тези услуги. Мнението на предоставящите подкрепа произтича от техния ежедневен опит и преживявания и информира процесите на подкрепа и знанията за тях.

Факторите, влияещи на ефективността, са комплексни, взаимосвързани и взаимнообуславящи се. Те са както от управленски и организационен характер, така и свързани с междуличностните отношения и нагласи за възприемане на увреждането, социалната работа и подкрепа.

Библиография:

- Будева, С., Спасова, В. (2018). Професионално „прегаряне” и удовлетвореност от работата в системата на социалните услуги за лица с ментални увреждания. *Социална работа*, 1, 64-80.
- Конвенция за правата на хората с увреждания на ООН (2006).
- Паризов, П. (2002). *Рехабилитация на лица с физически увреждания*. София.
- Паризов, П., Сотирова, В. (2012). *Методи в социалната работа*. Благоевград: Неофит Рилски.
- Радев, Н. (2016). Относно възнаграждението на социалния работник. *Социална работа*, 1, 1-21.
- Радев, Н. (2018). Относно предмета на науката социална работа. *Социална работа*, 1, 2-28.
- Раден, Н., Будева, С. (2005). *Социални умения*. В. Търново.
- Сотирова, В. (2011). *Основи на социалната работа*. Благоевград: Неофит Рилски.
- Чолакова, М. (2016). Овластяването в социалната работа. В: Станчева-Попкостадинова, В. (Ред.). *Актуални проблеми на социалната работа*, Благоевград: Неофит Рилски, 13-29.
- Bamford, T. (2011). The Team Approach in Person-centred Health Care: The Social Work Perspective. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 1(1), 23-26.
- Cheetham, J., Mullen, E. J., Soydan, H., Tengvald, K. (1998). Evaluation as a Tool in the Development of Social Work Discourse. *SAGE Publications*, 4(1), 9-24.

- Cheetham, J., Fuller, R., McIvor, G., Petch, A. (1992). *Evaluating social work effectiveness*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Corey, K. M. (1996). Effectiveness of social work intervention research: Internal versus external evaluation. *Social Work Research*, 20 (2), 119-128.
- Common Quality Framework for Social Services of General Interest. Brussels. (2010). Retrieved May 30, 2018 from <http://cms.horus.be/files/99931/Newsletter/3-CEN-WSA-51-Common-Quality-Framework-SSGI.pdf>
- Disability High Level Group Discussion Paper. (2006). Retrieved August 17, 2016 from http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/good_practis_en.pdf
- EVALSED: The resource for the assessment of socio-economic development (2008). - European Union Regional Policy. Retrieved August 17, 2016 from - http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/guides/cost/guide2008_evalsed.pdf
- IFSW. (2012, August 25). Effective and ethical working environments for social work: the responsibilities of employers of social workers. IFSW policy statement. Retrieved July 13, 2018 from <https://www.ifsw.org/effective-and-ethical-working-environments-for-social-work-the-responsibilities-of-employers-of-social-workers-2/>
- Flay, B. (1986). Efficacy and Effectiveness Trials (and Other Phases of Research) in the Development of Health Promotion Programs. *Preventive Medicine* 15, 451-474.
- Harms, L., & Connolly, M. (2013). The art and science of social work. In M. Connolly & L. Harms (Ed.), *Social work: Contexts and Practice*, Oxford University Press, 3-18.
- Nota, L., Ferrari, L., & Soresi, S. (2007). Self-efficacy and Quality of Life of Professionals Caring for Individuals with Intellectual Disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disability*, 4(2), 129-140.
- Kolev, P. (2017). Scientific approaches and perspectives for defining the effectiveness of social services /Научни под. *Proceedings of University of Ruse*, 56 (8.2), 25-28.
- Moriarty, J., & Manthorpe, J. (2016). The effectiveness of social work with adults. A systematic scoping review. Retrieved February 28, 2018 from <https://www.kcl.ac.uk/sspp/policy-institute/scwru/pubs/2016/reports/Moriarty-&-Manthorpe-2016-Effectiveness-of-social-work-with-adults.pdf>
- Patti, R. J. (1987). Managing for Service Effectiveness in Social Welfare Organizations, - *Social Work*,. 32 (5), 377-381.

- Perry, B. D. (2003). 'From neurons to neighborhoods: new ways to prevent and heal emotional trauma in children and adults'. Retrieved April 24, 2018 from http://www.healingresources.info/video_bruceperry.htm
- Productivity Commission. (2013) On efficiency and effectiveness: some definitions, Staff Research Note, Canberra
- Sharma, J. P., & Bajpa, N. (2014). Teamwork a Key Driver in Organizations and Its Impact on Job Satisfaction of Employees in Indian Public and Private Sector Organizations. *Global Business Review*, 15(4), 815–831.
- Trevithick P. (2014). Humanising Managerialism: Reclaiming Emotional Reasoning, Intuition, Relationship, and Knowledge and Skills in Social Work. *Journal of Social Work Practice*, 28(3), 287-311.
- Quality approaches in social services at the European level. (2011) Retrieved August 17, 2016 from http://www.epr.eu/images/EPR/documents/policy_documents/Paper%20on%20QUALITY%20APPROACHES%20IN%20SOCIAL%20SERVICES.pdf
- Quality of social and health services Social NGOs' recommendations to EU decision makers. (2008). Retrieved August 17, 2016 from http://cms.horus.be/files/99907/MediaArchive/Policies/Services_of_General_Interest/
- World Health Organization (WHO). (2013). How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. October 2013. Geneva: WHO www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/ Retrieved August 17, 2018

СИСТЕМИ ЗА РЕГИСТРИРАНЕ НА СЛУЧАИ НА НАСИЛИЕ НАД ДЕЦА

Е. Керанкова

Докторант, Катедра „Медико-социални науки“, Факултет „Обществено здраве, здравни грижи и спорт“,
ЮЗУ „Неофит Рилски“; e-mail: kerankova_elena@abv.bg

Резюме: Статията представя информация за наличните системи и алгоритъм за регистриране на сигнали и проследяване на случаи на насилие над деца. Направен е анализ на наличната законодателна рамка /нормативна уредба/ и мониторинговите доклади на ДАЗД по прилагане на Координационния механизъм за взаимодействие при работа в случаи на деца, жертви на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция.

Резултатите от проучването показват, че е постигнат значителен напредък в политиките по превенция на насилието над деца – създадена е система за закрила на детето; налична е законодателна рамка, регламентираща задължение за сигнализиране и поддържане на единна информационна система за деца в риск; разписани са споразумения за сътрудничество, които регламентират въвеждането на мултидисциплинарен подход за работа. Създадена е система за сигнализиране.

Всеки от органите за закрила поддържа данни за случаите на деца, жертва на насилие, като няма единни индикатори за отчитане на данни, което затруднява систематизирането и анализа. Системите работят изолирано една от друга.

Ключови думи: системи за сигнализиране, регистриране на случай, алгоритъм, информационни системи, мониторинг.

SYSTEMS FOR REGISTRATION OF CASES OF VIOLENCE AGAINST CHILDREN

Е. Kerankova

PhD student, Department of Medico- Social Sciences, Faculty of Public Health, Health Care and Sport, „South-
West University “Neofit Rilski“; e-mail: kerankova_elena@abv.bg

Abstract: The article presents information about the available systems and algorithms for recording signals and monitoring cases of violence against children. An analysis of the existing legislative framework/ regulations/ and the monitoring reports of the SACP on the implementation of the Coordination Mechanism for interaction at work in cases of children, victims of violence or at risk of violence and for interaction in crisis intervention is presented.

The results of the survey show that significant progress has been made in policies to prevent violence against children - a child protection system has been established; there is a legislative framework regulating the obligation to signal and maintain a unified information system for children at risk; cooperation agreements have been signed, which regulate the introduction of a multidisciplinary approach to work. A system for signaling cases of children, victims of violence has been set up.

Each of the protection bodies maintains data on the cases of children victims of violence, as there are no uniform indicators for reporting data, which complicates the systematization and analysis. The current systems work in isolation from each other.

Keywords: signaling systems, case registration, algorithm, information systems, monitoring.

Въведение

Насилието е особено актуален за страната ни проблем, който засяга всички социални слоеве и групи. Най-потърпевши са децата, които не са склонни да споделят и търсят помощ. Резултатите от изследвания в много страни показват, че насилието съществува в много по-големи размери, отколкото се предполага (Станчева-Попкостадинова, 2014). Ставаме свидетели на все по-често проявяващи се актове на агресия и насилие, които не само системата за закрила на детето, а обществото като цяло не може да предвиди, да обясни и да реагира адекватно, защото са резултат от дълбоки и комплексни причини (Национална стратегия за детето 2008-2018 г.).

Ефективността на системата за регистриране на случаи на насилие и пренебрегване на деца е в пряка зависимост от наличен алгоритъм и стандарти, както и от обучението на специалисти от всички области, ангажирани със закрила на децата (Станчева-Попкостадинова, 2015). Независимо от значителните постижения в борбата срещу насилието над деца в световен мащаб, напредъкът е твърде бавен и разпокъсан. Той е възпрепятстван от недостатъчните инвестиции в превенция на насилието,

разпокъсаните и слобо прилагани национални политики, оскъдните данни и проучвания, както и недостатъчното внимание върху съобразените с децата механизми за консултация, докладване, възстановяване и реинтеграция (Стратегия на Съвета на Европа за правата на детето, 2016-2021).

Събирането и анализа на данни за насилие над деца е от съществено значение за планиране на адекватни политики за подкрепа и превенция.

Целта на настоящото изследване е да се проучат наличните системи и алгоритъм за регистриране и проследяване на сигналите за насилие над деца у нас.

Направен е анализ на нормативната уредба, аналитичните доклади по прилагането на Координационния механизъм за взаимодействие при работа по случаи на деца, жертва на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция, действащите системи за регистриране на случаи на насилие над деца.

Нормативна уредба

Прегледът на наличната законодателна рамка сочи, че закрила на детето се осъществява чрез председателя на Държавната агенция за закрила на детето и администрацията, която го подпомага, дирекциите „Социално подпомагане“, министъра на труда и социалната политика, министъра на образованието и науката, министъра на вътрешните работи, министъра на правосъдието, министъра на външните работи, министъра на културата, министъра на здравеопазването и кметовете на общините.

Специализиран орган на Министерски съвет за ръководство, координиране и контрол в областта на закрила на детето е председателя на ДАЗД (чл. 17 от ЗЗД). Практическата дейност по закрила на детето се осъществява от Дирекциите „Социално подпомагане“, към които са създадени отделите за закрила на детето /ОЗД/ (ЗЗД).

С цел осигуряване на ефективна система за превенция и закрила на децата, законодателят е регламентирал разработването на Координационен механизъм за взаимодействие между органите за закрила (чл. 6а от ЗЗД).

Съгласно разпоредбите на чл. 7 от Закона за закрила на детето всяко лице, на което стане известно, че дете се нуждае от закрила е длъжно незабавно да уведоми дирекция „Социално подпомагане“, Държавна агенция за закрила на детето или Министерството на вътрешните работи. Същото задължение имат и лицата, на които това е станало

известно при изпълнение на служебните им задължения. При констатирано неизпълнение на посочените разпоредби, законодателят е предвидил санкции - налагане на глоба, като наказателното постановление се издава от председателя на ДАЗД (чл. 45, ал. 11 и чл. 46, ал. 2. от ЗЗД).

Постъпилите в ДАЗД сигнали за дете в риск се препращат незабавно в ОЗД към ДСП по настоящ адрес на детето (чл. 7, ал. 3 от ЗЗД). Изрично е регламентирано задължението за уведомяване от страна на органите на МВР в случаите на наложена полицейска закрила над дете (чл.13, ал. 1, т. 2,3 от Наредбата за условията и реда за предоставяне на полицейска закрила на дете).

С планираните промени в ЗЗД се отделя специално внимание на задълженията на лечебните заведения да сигнализират при констатиран риск от изоставяне на дете, при раждане на дете с увреждане (чл. 36 б, в от ЗЗД), както и прилагане на мултидисциплинарен подход при работа по сигнал за насилие над дете (чл. 36 г, чл. 36 д от ЗЗД).

Задължението на медицинските специалисти да уведомяват органите на МВР и дирекциите „Социално подпомагане“ за всяко дете, постъпило в лечебно заведение или посетило здравен кабинет, което е жертва на насилие е разписано и в Закона за здравето (чл. 125 а, ал. 2).

Съгласно разпоредбите на чл. 12 от Правилник за прилагане на закона за закрила на детето (ППЗЗД), органите за закрила на детето са задължават да препращат в ДСП постъпилите при тях сигнали за нарушаване правата на дете.

Проверката на сигналите за деца в риск е в правомощията на отделите за закрила на детето. На задължителна проверка подлежат и анонимно постъпилите сигнали, в случай че касаят насилие над дете (чл. 12 от ППЗЗД). В рамките на 24 часа от получаването се извършва проверка на сигнала и при потвърждаване на информацията се свиква заседание на МДЕ по КМ.

Наличната законодателна рамка регламентира функционирането на следните **системи за сигнализиране** и поддържане на данни за сигнали и случаи на насилие над деца:

- национална информационна система за деца в риск (чл. 17 а, т. 9 от ЗЗД). В правомощията на председателя на ДАЗД е нейното създаване и поддържане, като в глава

седма от ППЗЗД е уредено функционирането на системата. Регламентирано е въвеждането на данни да се осъществява на три нива: общинско ниво - въвеждането се осъществява от ДСП, регионално ниво - от Регионалните дирекции за социално подпомагане, на национално ниво председателя на ДАЗД „поддържа, ръководи и координира функционирането на Националната информационна система“ (чл. 66 от ППЗЗД).

- хармонизиран телефонен номер с национално покритие за информиране, консултиране и помощ на деца. В правомощията на председателя на ДАЗД е неговото изграждане и поддръжка (чл. 17а, от ЗЗД). Функционирането на линията е уредено в глава осма от ППЗЗД. В случай на получен сигнал за дете в риск се сигнализира незабавно съответната ДСП за проучване и оценка на сигнала.
- регистри за деца, нуждаещи се от специална закрила (в това число деца, жертви на насилие, чл. 21, ал. 1, т. 6 а от ЗЗД). Същите се водят от ДСП
- дневник за регистриране на сигнали (води се в ДСП - чл.10, ал. 2 от ППЗЗД)
- дневник за управление на информацията, чието водене в институциите в системата на предучилищното и училищното образование е регламентирано в разписан Механизъм за противодействие на училищния тормоз. В него се документират дата, група, клас, участници, вид насилие и ниво, какво е предприето като дейност, подпис на служител (МОН, 2017).
- Детски педагогически стаи - поддържат данни за регистрираните притях деца, жертви на престъпление. Квалификацията на престъпленията е съгласно действащия Наказателен кодекс.
- МКБППМН – нарочна описна книга, в която се вписват сигналите за противообществени прояви, извършени от малолетни и непълнолетни (ЗБППМН)
- Национален статистически институт

Регистриране на сигнали в ОЗД

Проучването и оценката на постъпилите сигнали се извършват по реда, описан в глава трета от ППЗЗД. Сигналите се проверяват независимо от това дали са постъпили устно, писмено или чрез активно набиране на информация, като устно постъпилите сигнали се описват в специален формуляр. В чл. 10, ал. 2 от ППЗЗД е регламентирано

воденето на дневник за регистриране на всички сигнали. На проверка подлежат всички сигнали за насилие над деца, включително и анонимно постъпилите.

В случаите, когато сигналите касаят дейността на друга институция, се отнасят до нея по компетентност (чл.11 от ППЗЗД).

Социалният работник извършва проучване и оценка на сигнала, като събира необходимата информация от семейството, детето, училището, детската ясла и градина, специализирана институция, роднини, близки, съседни, друга ДСП, личен лекар и от др. източници при необходимост (чл. 14 от ППЗЗД).

При констатиран риск за детето се отваря работа по случай. Социалният работник открива досие, в което прилага събраната по случая информация (чл.17 от ЗЗД).

С цел въвеждане на междуинституционален подход и в изпълнение разпоредбите на чл. 6а от ЗЗД, през 2010 г. е подписано Споразумение за сътрудничество и координиране на работата на териториалните структури на органите за закрила на детето при случаи на деца, жертва на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция (ДАЗД, 2010). Страни по споразумението са седем министерства, Агенция за социално подпомагане, Държавна агенция за закрила на детето и Национално сдружение на общините. Споразумението влиза в сила от 15.03.2010 г. и регламентира създаването на мултидисциплинарни екипи във всяка община с център Дирекция „Социално подпомагане“, които да работят до приключване на всеки случай на насилие. Задължително представени участници в състава на МДЕ са представителите на ОЗД, РУ на МВР и общините. При необходимост в състава на екипите се включват представители на РЗИ, личен лекар, образователна институция, МКБППМН, районна прокуратура, районен съд и др. Подписаното споразумение цели обединяване на усилията и осигуряване на ефективна система за взаимодействие между представителите на изпълнителната власт и органите на местно самоуправление.

Налични системи за поддържане на база данни за деца, жертва на насилие:

Прегледът на наличните системи за поддържане на база данни за деца, жертви на насилие и извършители на насилие, сочи, че такива са налични в следните институции: Агенция за социално подпомагане (АСП), Държавна агенция за закрила на детето (ДАЗД), Системата на училищното и предучилищното образование, Национален

статистически институт (НСИ), Министерствона вътрешните работи (МВР), местни комисии за борба с противообществените прояви на малолетни и непълнолетни (МКБППМН).

Агенция за социално подпомагане

От 2004 г. Агенцията за социално подпомагане събира под различна форма статистически данни за случаи на насилие над деца.

От 2012 г. ежемесечно, чрез натуралните и стойностни показатели, дирекциите „Социално подпомагане“ отчитат пред АСП броя на постъпилите в ОЗД сигнали за насилие над деца, броя на отворени случаи и броя на срещите на мултидисциплинарните екипи.

От 2016 г. АСП поддържа централизирана уеб-базирана, интегрирана информационна система (ИИС), с единна база данни и три функционално обособени модула, единия от които модул „Закрила на детето“. Системата позволява автоматизиране и администриране на мерките и дейностите по закрила на детето. Достъпът до системата е строго регламентиран. Всички молби, жалби, сигнали и заявления се регистрират в модул „Закрила на детето“ в ИИС към съответния дневник. Системата осигурява поддържането на база данни и тяхното проследяване. При констатиран риск за детето се създава електронно досие.

ИИС дава възможност за автоматично поддържане на регистри за деца в риск.

Данните за броя на сигналите за насилие над деца, отворените случаи и броя на срещите на мултидисциплинарните екипи се генерират в ИИС, извличат се от нея, и се обработват от друга информационна система. Осигурени са различни нива на достъп за служителите на АСП.

Държавна агенция за закрила на детето

Още със създаването си ДАЗД поддържа данни за случаи на насилие над деца.

До 2013 г. информацията за деца, жертва на насилие, постъпва в ДАЗД на тримесечен период от всички отдели закрила на детето в страната, които на местно ниво осъществяват дейностите по закрила на децата, преживели насилие. В базата данни се съдържа информация за пола и възрастта на децата, вида преживяно насилие, мястото на насилието, подател на сигнала и предприетите мерки. Информацията е дезагрегирана на

ниво дете, което позволява да се правят специални справки едновременно по няколко показателя (ДАЗД, 2015).

От началото на 2013 г. по решение от страна на АСП е преустановено регулярното подаване на информация от отделите за закрила на детето. С измененията и допълненията на Устройствения правилник на АСП, в сила от 08.08.2012 г., се структурира дирекция „Анализ, планиране и прогнозиране“ като част от задълженията ѝ са поддържането на оперативна информация за дейностите по закрила на детето.

Информацията се събира по различни методики, което не позволява сравнимост с натрупаната до момента база данни.....“ (ДАЗД, 2015а). Един от идентифицираните проблеми е „прекъсване на информационния поток, обезпечаващ Националната информационна система по отношение на данните за насилие срещу деца, което води до липсата на обективна информация и анализ на проблема за насилието“ (пак там). Отчетена е необходимост от въвеждане и поддържане на Национална информационна система за деца по утвърдена методика и съпоставими индикатори.

Към момента ДАЗД не разполага с информационна система за поддържане на данни. Създадена е Национална телефонна линия за деца (<https://116111.bg>), която функционира чрез Център за обаждания с хармонизиран тел. номер 116 111. Линията е с национално покритие и безплатен достъп. Ежегодно се обявява конкурс за възлагане управлението на линията. Всяко постъпило обаждане се записва, което дава възможност да се разпознае при повторно обаждане. При получаване на сигнал за дете в риск се изпраща писмена информация до ДАЗД и ОЗД по настоящ адрес на детето.

ДАЗД прилага следните механизми за събиране и анализ на данни за случаи на насилие:

Мониторинг по прилагането на Кординационния механизъм за взаимодействие при работа в случаи на деца, жертва на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция. Информацията се събира под формата на информационни карти, които се изпращат до задължителните участници в мултидисциплинарните екипи (ДСП, общини, РУП). Картите се обобщават на регионално ниво (РДСП, ОД на МВР и областни служби) и се изпращат в ДАЗД., която прави анализ на резултатите под формата на доклад.

- Тримесечни и годишни доклади за извършени планови и по сигнал проверки от отдел Контрол правата на детето.

- Годишни информационни карти от различните видове социални услуги, в които се съдържа информация и за работата по случаи на насилие. Картите се съгласуват с МЗ, попълват се и от СПИ, ВУИ, Център за специална образователна подкрепа.
- Годишни отчети от лицензираните доставчици на социални услуги.
- Месечни, тримесечни и годишни отчети за дейността на НТЛД

Система за училищно и предучилищно образование

По силата на разписан Механизъм за противодействие на тормоза и насилието в институциите в системата на предучилищното и училищното образование, утвърден със Заповед № РД09-1871/18.12.2015 г. на министъра на МОН (променена със Заповед № РД09-5906/28.12.2017 г.¹), заведенията в системата на училищното и предучилищното образование са длъжни да водят дневник със случаи и процедури за управление на информацията, инициране на работа по случай и насочване на случай към друга служба. Дневникът съдържа информация за дата, група, клас, участници, вид насилие и ниво, както и какво е предприето като дейност при конкретния случай. „Дневникът със случаи се създава единствено за целите на анализа и планирането на цялостна училищна политика за противодействие на тормоза в училище“... (Механизъм за противодействие на училищния тормоз). На ниво РУО не се води статистика за случаите на училищен тормоз от втора и трета степен.

Национален статистически институт

Националният статистически институт събира данни за дейността на Местните комисии за борба с противообществените прояви на малолетни и непълнолетни и структурните звена на МВР. НСИ поддържа данни за:

- малолетни и непълнолетни, водени на отчет в ДПС;
- малолетни и непълнолетни преминали през ДПС за извършените от тях противообществени прояви и деца, извършители на престъпления ;
- малолетни и непълнолетни с наложени възпитателни мерки по чл. 13, ал.1 от ЗБППМН;
- малолетни и непълнолетни лица, пострадали от престъпления. Класифицирани по възраст (от 8 до 13 г. и от 14 до 17 г.) и пол.

¹<https://www.mon.bg/bg/61>

Министерство на вътрешните работи

В системата на МВР се поддържат данни за непълнолетните, извършители на престъпление, както и пострадалите по различни нормативни основания от НК. В това число се включват и заведените дела за издръжка.

Местни комисии за борба с противообществените прояви на малолетни и непълнолетни

Местните комисии водят статистика за постъпилите сигнали за противообществени прояви, извършени от малолетни и непълнолетни, както и за престъпленията на непълнолетни, като информацията се получава от органите на съда, прокуратурата, полицията, други лица или граждани. Съгласно Чл. 7 от ЗБППМН, Местната комисия отчита ежегодно дейността си пред кмета, общинския свет и Централната комисия за борба с противообществените прояви на малолетни и непълнолетни.

Мониторинг по прилагането на Координационния механизъм за взаимодействие при работа по случаи на деца, жертва на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция

Първоначално АСП, отдел „Анализи, планиране и прогнозиране“ към дирекция „Анализ, административно и информационно обслужване“ е направила анализ за прилагането на Координационния механизъм за взаимодействие при работа по случаи на деца, жертва на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция (КМ) за периода 01.09.2010 - 30.09.2011 г. В него се прави преглед за едногодишен период по изпълнението на задълженията на териториалните структури на АСП и взаимодействието им с ангажираните по КМ участници (достъпен на сайта на АСП) (АСП, 2012).

Анализът съдържа подробна информация за:

- общия брой сигнали, по които е прилаган КМ - по тримесечия за всяка една от 28-те области на страната;
- общия брой на децата, жертва на насилие, съобразно определението на понятието за насилие и видове насилие – физическо, психическо, сексуално, пренебрегване, форма

на експлоатация и детски труд, случаи на деца, изпаднали в ситуация на риск, в която съществува опасност да станат жертва на насилие (безпризорни, жертви на трафик, претърпели или свидетели на тежък битов инцидент, починали при инцидент, в риск от насилие);

- разпределение на случаите по пол и възраст, съобразно отделните видове насилие;
- приложените мерки за закрила.

В анализа се представят данни за планирани законодателни промени, свързани с разписване на конкретни разпоредби, относно правото на детето на защита от всеки акт на насилие, както и с регламентиране прилагането на мултидисциплинарен подход при работа по случаи на насилие.

От 2012 год. ДАЗД в партньорство с РДСП, областните администрации и ОД на МВР извършва годишен мониторинг по прилагане на КМ.

Статистическите данни касаят основно: броя на срещите на мултидисциплинарните екипи (МДЕ), броя на постъпилите сигнали за насилие над дете, разпределението им според източника на информация, броя на отворените случаи, разпределение на случаите по пол и възраст, според място на извършване, според извършителя. Данните за сигналите за насилие касаят само тези, при които е приложен Координационния механизъм за взаимодействие. По данни от доклада за 2013 г., броят на случаите на насилие над деца, по които са се събирали МДЕ през 2013 г. представлява 30 % от общия брой случаи на насилие регистрирани в ОЗД (ДАЗД, 2014). Ежегодно като тревожен факт се отчита изключително нисък дял на сигналите, подадени от личните лекари на децата.

Докладите за периода 2015- 2018 г. съдържат информация за разминаване в данните, подавани от трите източника – РДСП, ОД на МВР и Областните администрации. Отчетена е необходимостта от подобряване взаимодействието между задължително представените институции (ДАЗД, 2016; ДАЗД, 2017; ДАЗД, 2018; ДАЗД, 2019).

Идентифицираните трудности са свързани основно с: недобро взаимодействие с представителите на Районна прокуратура, лични лекари и представители на лечебни заведения, недостатъчно услуги за настаняване и подкрепа, както и въпроси от организационно естество. В много случаи едно и също дете е отчитано в няколко,

различни типове предоставяни услуги, което прави невъзможно сумиране на данните. (ДАЗД, 2017)

Заключение

През последните 20 години страната ни е приела редица законови и подзаконови разпоредби, регламентиращи създаването и поддържане на системи за сигнализиране и регистриране за деца в риск, в това число и деца, жертва на насилие (Станчева-Попкостадинова, 2018) . Постигнати са значителни резултати, между които:

- Създадена и функционираща система за осъществяване на практическата дейност по закрила на детето (отдели „Закрила на детето“).
- Регламентирано е създаването и поддържането на национална информационна система за деца в риск, в това число и за деца, жертва на насилие.
- Въведено е задължение за сигнализиране на органите за закрила.
- Разписани са административно-наказателни мерки в случай на неизпълнение на задължението за сигнализиране.
- Създадена е система за сигнализиране за деца в риск – НТЛД.
- Въведен е мултидисциплинарен подход при работа по случаи на деца, жертва на насилие, регламентиран чрез подписано междуинституционално споразумение.
- Ежегодно се извършва мониторинг по прилагане на Координационния механизъм.
- Въведена е Интегрирана информационна система, която позволява проследяване на отворен случай.
- Всеки от органите по закрила води статистика за случаите на насилие над деца.

Идентифицираните трудности при мониторинга по прилагане на КМ са основа за планиране на законодателни промени, които влизат в сила от 01.07.2020 г. Независимо от постигнатите резултати няма надеждни данни за случаите на насилие.

Трудностите произтичат от недостатъчно добре разписано взаимодействие и обмен на данни между отделните структури. Данните се събират по различни показатели, което не позволява тяхната сравнимост. Въпреки, че в приетия през 2017 год. План за действие е планиран преглед на наличните системи за поддържане на база данни за деца, жертви на насилие, и деца, извършители на насилие, въз основа на който да бъдат разработени унифицирани индикатори за събиране на данни, до момента не са въведени такива. Въведената от АСП Интегрирана информационна система за въвеждане и

поддържане на данни не е достъпна за останалите органи за закрила. Информацията е разпокъсана между отделните институции и се използва за собствената им дейност. Не е достатъчно добре регламентиран обменът на данни между отделните структури

Системите работят изолирано една от друга, което затруднява систематизирането и анализа на данните. Липсата на единни индикатори не позволява сравнимост на данните. Не се води подробна статистика за рисковите фактори, социални групи, повтораемост на случаите. Въвеждането на единна система за сигнализиране и водене на случаите на насилие над деца, достъпна за всички органи за закрила, ще осигури възможност за създаване на единни канали за комуникация; подобряване взаимодействието между тях; проследяване на случаите; надеждна и достоверна информация за размера на явлението насилие над деца; извеждане на рисковите групи и фактори (Станчева-Попкостадинова, 2015, 2018).

Преодоляването на трудностите ще допринесе и за планиране на адекватни политики за превенция на насилие и пренебрегване на деца.

Библиография:

Агенция за социално подпомагане. (2012). Анализ по прилагането на КМ за взаимодействие при работа по случаи на деца, жертва на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция за периода 01-09.2010 г. – 30.09.2011 г.

Държавна агенция за закрила на детето. (2017). Периодичен отчет по изпълнението на плана за действие 2017-2018 г. към Национална програма за превенция на насилието и злоупотребата с деца 2017-2020. Достъпен на 10 май 2019 г. от: <https://sacp.government.bg/sites/default/files/politics/politika-na-zakrila-na-deteto-86.pdf>

Държавна агенция за закрила на детето (2010). Споразумение за сътрудничество за прилагане на Координационния механизъм за взаимодействие при работа по случаи на деца, жертва на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция. Достъпен на 11 март 2019 г. от: www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=2ahUKEwjYyZeA6L3nAhWy6KYKHUdPA28QFjAGegQIBxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.namrb.org%2Fdownload%2Ffile%2F25&usg=AOvVaw3q4U3Vmtk7bO-TindkzsMO

Държавна агенция за закрила на детето (2014). Доклад „Мониторинг на прилагането на КМ за взаимодействие при работа по случаи на деца, жертва на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция “ 2013 г. Достъпен на 28.07.2016 г. от: http://sacp.government.bg/media/cms_page_media/22/Doklad_KM_2013.doc

Държавна агенция за закрила на детето (2015a). Отчет за изпълнението на Националния план за превенция на насилието над деца за периода 2012 - 2014 г. Достъпен на достъпен на 12 януари 2018 г. от: http://sacp.government.bg/media/cms_page_media/22/Otchet%20nasilie%202014_1.doc

Държавна агенция за закрила на детето (2015б). Доклад „Мониторинг на прилагането на КМ за взаимодействие при работа по случаи на деца, жертва на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция “ 2014 г.

Държавна агенция за закрила на детето (2016). Доклад „Мониторинг на прилагането на КМ за взаимодействие при работа по случаи на деца, жертва на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция “ 2015 г. Достъпен на 12 януари 2018 г. от: <https://sacp.government.bg/%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B8/%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%B3-%D0%BD%D0%B0-%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%BB%D0%B0%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D1%82%D0%BE-%D0%BD%D0%B0>

Държавна агенция за закрила на детето (2017). Доклад „Мониторинг на прилагането на КМ за взаимодействие при работа по случаи на деца, жертва на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция “ 2016 г. Достъпен на 12 март 2018 г. от: <https://sacp.government.bg/sites/default/files/politics/politika-na-zakrila-na-deteto-396.doc>

Държавна агенция за закрила на детето. (2018). Доклад „Мониторинг на прилагането на КМ за взаимодействие при работа по случаи на деца, жертва на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция“ 2017 г.

Държавна агенция за закрила на детето. (2019). Доклад „Мониторинг на прилагането на КМ за взаимодействие при работа по случаи на деца, жертва на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция“ 2018 г. Достъпен

на 12 януари 2018 г.от: <https://sacp.government.bg/sites/default/files/politics/politika-na-zakrila-na-deteto-85.doc>

Закон за борба с противобществените прояви на малолетни и непълнолетни – ДВ бр. 10/1996 г.

Закон за закрила на детето – ДВ бр. 24 от 22.03.2019 г.

Закон за здравето- ДВ бр. 34 от 09.04.2020 г.

Министерство на образованието и науката (2017). Механизъм за противодействие на тормоза и насилието в институциите в системата на предучилищното и училищното образование. Достъпен на 10 август 2019 г. от: https://www.mon.bg/upload/14362/Mehzm_protivodejstvie_tormoz_281217.pdf

Наредба № I-51 от 12 март 2001 г. за условията и реда за предоставяне на полицейска закрила на детето. ДВ. бр.62 от 1 Август 2017г. Достъпен на 14 май 2018 г. от <https://www.lex.bg/laws/ldoc/-549175804>

Национална стратегия за детето 2008-2018 г. <http://www.strategy.bg/FileHandler.ashx?fileId=667> (достъпен на 15 май 2019 г.)

Национална телефонна линия за деца 116111, <https://116111.bg>

Национален статистически институт. Противообществени прояви и престъпления на малолетните и непълнолетните. <https://www.nsi.bg/bg/content/3794/%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D0%B1%D1%89%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%B8-%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%8F%D0%B2%D0%B8-%D0%B8-%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%82%D1%8A%D0%BF%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F-%D0%BD%D0%B0-%D0%BC%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BD%D0%B8%D1%82%D0%B5-%D0%B8-%D0%BD%D0%B5%D0%BF%D1%8A%D0%BB%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BD%D0%B8%D1%82%D0%B5> (достъпен на 04 април 2019).

Правилник за прилагане на Закона за закрила на детето. ДВ. бр.57 от 24 Юли 2009 г.

Станчева-Попкостадинова, В. (2014). Превенция на насилие над деца. Практическа педиатрия, бр. 9, 2014 (XVI), 4-6

Станчева-Попкостадинова, В. (ред., 2015.). Система за наблюдение на случаи на насилие и пренебрегване на деца чрез минимална база данни. Политика и процедури.

Наръчник. Проект „Координиран отговор към насилие и пренебрегване на деца чрез минимална база от данни“, програма DAPHNE III, Югозападен университет „Неофит Рилски“, Благоевград,

Станчева-Попкостадинова, В. (2018). Система за регистриране и наблюдение на случаи на насилие и пренебрегване на деца (CAN_MDS) – възможности за приложение в България. Балканистичен Форум, 2, 162-172

Стратегия на Съвета на Европа за правата на детето (2016-2021) <https://rm.coe.int/council-of-europe-strategy-for-the-rights-of-the-child-2016-2021-in-bu/1680931c62> – (достъпен на 10май 2019 г.).

ОБРАЗОВАНИЕ И ГРИЖА В РАННА ДЕТСКА ВЪЗРАСТ – ПОЛИТИКИ И ПЕРСПЕКТИВИ

И. Шалапатова

Докторант, Катедра „Медико-социални науки“, Факултет „Обществено здраве, здравни грижи и спорт“,
ЮЗУ „Н. Рилски“; e-mail: i.shalapatova@gmail.com

Резюме: В настоящия преглед на политиките, свързани с образованието и грижата за деца в ранна възраст, се прави уточнение на понятията „ранно детско развитие“ (РДР) и „ранно детско образование и грижа“ (ОГРДВ). В статията се разглежда важноста на холистичния подход към ранното детско развитие както в личен план за детето, така и за просперитета на обществото като цяло. Представени са политиките от системен и организационен характер, чрез които в Република България се реализират образованието и грижата за деца в ранна детска възраст, в това число политиките в системата на образованието, здравеопазването и социалната закрила, както и политиките от интегриран характер, за които все още няма пълна законова регламентация. Представени са практиките на някои здравни, образователни и социални, както и пилотни интегрирани услуги, с които се реализират политики за образование и грижа в ранна детска възраст. Очертани са и перспективите пред постигането на единна политика за ранното детство, за което има създадени добри предпоставки в страната. Разглежда се сериозното предизвикателство да бъде постигнат своеобразен преход от секторни системи, които имат организационни структури, фокусирани върху риска, към системи, които имат способността да интервенират с превантивен и универсален подход.

Ключови думи: ранно детско развитие, ранно детско образование и грижа, системни и интегрирани политики, холистично развитие.

EARLY CHILDHOOD EDUCATION AND CARE - POLICIES AND PERSPECTIVES

I. Shalapatova

Abstract: The current policies review, related to early childhood education and care is highlighting the meaning of “early childhood development” (ECD) and “early childhood education and care” (ECEC). The article is presenting the importance of the holistic approach for early childhood development, as well as for the prosperity of society as a whole. The policies of the education, health and social protection systems, as well as the integrated policies, which are still not regulated in the legislation, are being reviewed. The practices of some of the educational, health and social protection services, as well as pilot integrated services are presented all of which are implementing the ECEC policy. The perspectives of achieving a holistic policy for early childhood development in the country are highlighted and there are good prerequisites for the realization of these perspectives. It is a significant challenge for the welfare systems to make a transition from systems, whose organizational structures are risk-based, towards systems, which are able to intervene with a preventative and universal approach.

Keywords: early childhood development, early childhood education and care, systemic and integrated policies, holistic development

1. Въведение

Важна изходна точка за постигане на цялостно разясняване същността на образованието и грижата в ранна детска възраст е разбирането за ранното детско развитие като цяло. За постигането на това разбиране изключително важна роля изиграва Коментар № 7 на Комитета по правата на детето на ООН (2005), защото насърчава признаването на факта, че малките деца са носители на всички права, залегнали в Конвенцията на ООН за правата на детето, и че ранната детска възраст е критичен период за осъществяване на тези права. В даденото от Комитета работно определение за „ранна детска възраст“ се посочва, че това е етап, който обхваща всички периоди от живота на малкото дете: раждане и кърмаческа възраст; предучилищен период, преходен период до тръгването на училище. Комитетът определя членове 2, 3, 6 и 12 от Конвенцията като основни принципи, всеки от които има важни последици за развитието на децата в ранна възраст. Значим е приносът на Коментар №7 и в още едно отношение, а именно че определя като „решаваща“ ролята на родителите и на другите основни обгрижващи лица за спазване правата на децата в ранна възраст. Комитетът включва в термина „семейство“

различни структури, които могат да предоставят грижи, подкрепа и възможности за развитие на малките деца, включително семейното ядро, разширеното семейство и други традиционни и съвременни системи в общността, при условие че те са в съответствие с правата и с най-голяма полза за децата.

При прегледа на политиките за образование и грижа в ранна детска възраст е важно да се отчете разликата между понятията „ранно детско развитие“ (РДР) и „образование и грижа в ранна детска възраст“ (ОГРДВ), тъй като не рядко се отъждествяват и се използват като еднозначни. Периодът на ранното детство според определението на Световната банка обхваща и пренаталната фаза, като продължава до осемгодишната възраст на детето (The World Bank, 2010), а ранното детско развитие се отнася до физическото, когнитивното, лингвистичното и социално-емоционалното развитие на детето.

В Програмата на УНИЦЕФ² за подкрепа на ранното детство също се посочва, че ранното детство е уникален етап от човешкия живот от момента на раждането до прехода към училище, „... в който се полагат основите на здравето, ученето, поведението и личностното развитие“.

Значимостта на този етап от развитието на детето се посочва и от Световната здравна организация (СЗО): „Периодът на ранното детство е най-важната фаза за развитие в рамките на целия живот на човека (WHO, 2017). Здравословното ранно детско развитие, което включва физическата, социално-емоционалната и лингвистично-когнитивната сфера на развитие, всяка от които е еднакво важна, силно влияе върху благополучието, затлъстяването и затрудненията в развитието, душевното здраве, сърдечносъдовите заболявания, езиковата и математическа грамотност, склонността към престъпления и икономическата активност през целия живот“ (пак там).

Както е отбелязано в стандартите за развитие и учене в ранното детство в България, този период е „критичен за овладяване на различни знания и представи за света. Детето притежава много силни механизми за учене и са налице най-добри възможности за създаване на множество невронни връзки, но за да бъдат изградени са необходими подходящи въздействия и стимулиране“ (Атанасова-Трифенова, Пенева, Стоянова, Янчева, Мутафчиева, Колчева, 2014). В същите стандарти са посочени и

² УНИЦЕФ България. Програма „Ранно детски развитие“. <https://www.unicef.bg/ranno-detsko-razvitie>

подходите на възрастните към детето за стимулиране на развитието му в основните области на развитие – здраве, физическо и двигателно развитие, социално развитие, емоционално развитие, учене, игра и активност, познавателно развитие и езиково и комуникативно развитие.

Голяма част от съвременните периодизации определят ранното детство като възрастовия интервал от раждането до постъпването в училище, като някои от тях включват в него и пренаталния период от развитието, като независимо от минималните различия във възрастовия обхват всички подчертават и обосновават научно значимостта на ранните години върху постиженията, ефектите и качеството на живот на човек като цяло.

Ранното детско развитие включва факторите, условията, възможностите, които оказват влияние и предопределят в много голяма степен основите за пълноценен живот на детето и като възрастен човек. Стимул за фокусирането на националните политики към РДР като грижа, която насърчава холистичното развитие и допринася за гарантиране правата на децата в ранната възраст, дава рамката за пълноценна грижа, разработена от УНИЦЕФ, Световната здравна организация и Световната банка (World Health Organization, United Nations Children’s Fund, World Bank Group. *Nurturing Care for Early Childhood Development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential.* Geneva, 2018). Петте елемента, включени в тази рамка, са обобщени в концепция, която учените наричат “развиваща грижа“ (Blask et al., 2016), и са определени като ключови за пълноценното ранно детско развитие. Така разработената концепция за пълноценно развитие в ранна детска възраст показва значимостта и връзката на ОГРДВ с всички останали области и необходимостта от интегриран, цялостен и холистичен подход, тъй като се основава на научни изследвания, които доказват, че развитието на детето в ранна възраст не се случва единствено и само в една област и в този смисъл интервенции, насочени към една област на развитието, не са ефективни и достатъчни.

Политиките и услугите за образование и грижа в ранна детска възраст се отнасят само до някои от интервенциите, насочени към холистичното развитие на детето в ранна възраст. Терминът „образование и грижи в ранна детска възраст“ или „ранно детско обучение и грижи“ (РДОГ) се отнася до публично финансираните и предлагани услуги за деца, които не са достигнали задължителната училищна възраст. „Образование“ и „грижи“ са обединени във фразата, за да се подчертае, че услугите за деца до 7-годишна

възраст могат да включват физическо обгрижване, но следва да се прибавят и възможностите за учене и пълноценното развитие.

Същността на образованието и грижата в ранна детска възраст е посочена в определението, дадено от Европейската комисия „Под образование и грижи в ранна детска възраст се разбира всяка регулирана мярка, чрез която се предоставят образование и грижи за деца от раждането до задължителната възраст за започване на начално образование, която може да варира в отделните страни от ЕС. Тук влизат дневните грижи в център или в семейна среда, детската ясла, детската градина и предучилищното образование, финансираните с частни и публични средства услуги за грижа и образование. Качествените грижи и образование в ранна детска възраст могат да положат основите за успех на по-късен етап от живота по отношение на образованието, благополучието, пригодността за заетост и социалната интеграция и са особено важни за децата от семейства в неравностойно положение. Поради тази причина висококачествените грижи и образование в ранна детска възраст са ефективна и ефикасна инвестиция в образованието и обучението“³.

В България съществува организационно-структурно разграничение: ранно детство – от раждането до три години, администрирано и управлявано от системата на здравеопазването; и предучилищно детство – от три до шест/седем години, управлявано от системата на образованието. Както посочва Колчева (2007, стр.28), в България Г. Пиръов (1971) представя периодизация на психичното развитие на децата до младежка възраст. Според тази периодизация между отделните периоди на развитието не може да се поставя строга граница, но за удобство на практиката и съгласно традициите на българската педиатрия онтогенетичното (индивидуалното) развитие на детето може да се подраздели на следните основни периоди, което се основава върху морфологичните и функционалните особености на детския организъм и върху условията на средата, в която детето живее и се развива:

I. Ранно детство:

- новородено – от 0 до 1 месец,
- младенческа (кърмаческа) възраст – от 2 месеца до края на първата година,

³ Европейска комисия. Образование и обучение. https://ec.europa.eu/education/policies/early-childhood-education-and-care_bg

- ранна детска (яслена) възраст – от 1 до 3 години.
- II. Предучилищна възраст:
- ранна предучилищна възраст – от 3 до 4, 4 и ½ години,
 - средна предучилищна възраст – от 4, 4 и ½ до 5, 5 и ½ години,
 - горна предучилищна възраст – от 5, 5 и ½, (6) до 7 години.
- III. Училищна възраст:
- ранна училищна възраст – от 7 до 11 години,
 - средна училищна възраст – от 11 до 15 години,
 - горна училищна възраст (юношеска)- от 15 до 18-19 години.
- IV. Младежка възраст: от 18-19 до 22-24 години.

Настоящият преглед на политиките за ОГРДВ ще се ограничи върху политиките от организационен и системен характер, фокусирани върху първите 3 години от живота на децата.

2. Политики от системен и организационен характер, свързани с ОГРДВ в България

Политиките за ОГРДВ в България традиционно са свързани с трите основни системи – на здравеопазването, на социалната закрила и на образованието. Представени са политики в три групи спрямо системата, в която се прилагат, като например политиките за осигуряване на детско и майчино здраве, политики за достъп, качество и насърчаване на личностното развитие на децата, семейни политики, политики за закрила на децата, политики за трудова заетост на жените, деинституционализация и други. Отразени са и политики от интегриран, системен характер, които са нови за страната и чието реализиране предстои. Политиките от организационен характер операционализират тези от системен в конкретни организационни решения и практики.

2.1. Политики за здравно обслужване на малките деца в България

Здравните грижи за деца в най-ранна възраст са обект на стратегически национални документи, които следва да осигурят най-важните им права и да бъдат гарантирани от държавата.

Като се отчитат високите нива на детска смъртност в България, в *Националната здравна стратегия 2020* е заложено като стратегическа цел снижаването ѝ при децата от 0–1- годишна възраст до 6.8 на 1000 живородени деца (от 7.3 през 2013 г.), а при децата

от 1–9- годишна възраст – до 0.24 на 1000. Аргументирана е необходимостта от създаване на условия за устойчиво подобряване на майчиното и детско здраве. За постигане целите на Стратегията е изготвена и приета и *Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве (2014–2020)*, която е насочена към подобряване здравето на децата, младите хора, двойките, бременните жени, майките, чрез улеснен достъп до качествени здравни грижи, насърчаване и подкрепа на добри практики, подобро здравно обслужване, превенция и ранна интервенция на уврежданията и хроничните заболявания, повишена информираност по въпросите на репродуктивното здраве. Създадени са Здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве във всички области в страната. За създаване на устойчивост на създадените услуги по тази национална програма са необходими нормативни промени в здравното законодателство за регламентация на интегрирани съвременни здравно-консултативни услуги, тъй като все още не е разработена единна национална методика за работа на центрoвете, ясни изисквания и очаквания, не е изградена предвидената по програмата организационна структура, липсва система за текущ контрол и мониторинг.

Както *Националната здравна стратегия*, така и *Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве* разпознават важността на РДР като инструмент за влияние общо върху здравето на населението, а опазването му, разбира се, е задача основно на здравната сфера като цяло. В същото време е важно да се отбележи, че здравето на децата и населението не е ангажимент и отговорност единствено и само на здравната система, тъй като е в пряка зависимост и е свързано с условията на живот, възможностите за образование и заетост и в този смисъл проблемът със здравето и здравеопазването е споделена отговорност за социалната и образователната сфера на политиките в България.

По отношение на децата в най-ранна детска възраст Министерството на здравеопазването пряко отговаря и ръководи няколко основни направления: грижата за деца, които не се отглеждат от семействата си в домовете за медико-социални грижи; опазването на майчиното и детското здраве чрез профилактика и обхват по националната програма; образованието и грижата за деца в детските ясли като регламентирана и осигурена от държавата услуга за родители на деца в най-ранна възраст.

От нормативна гледна точка политиките за ОГРДВ в системата на здравеопазването се прилагат основно посредством следните актове: *Закон за здравето*, Наредба № 2 от 7.03.2013 г. за здравословно хранене на децата на възраст от 0 до 3 години

в детските заведения и детските кухни (МЗ, 2013), Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 26 от 2008 г. за устройството и дейността на детските ясли и детските кухни и здравните изисквания към тях (МЗ, 2011), Наредба № 15 от 2005 г. за имунизациите в Република България (МЗ, 2017), Наредба № 3/2007 г. за здравните изисквания към детските градини (МЗ, 2012).

С напредъка на деинституционализацията на грижите за деца в риск ясно се очертават предизвикателствата, свързани с ангажимента на Министерството на здравеопазването, разписан в *Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“ (2010-2025) (МС, 2010)*, да бъдат закрити всички ДМСГД в страната, като според актуализирания План за действие за изпълнение на стратегията това трябва да се случи до 2020 г. и да бъдат развити патронажни услуги в 28-те области на страната от 2018 г. нататък.

Към момента функционират 13 ДМСГД, в които към края на 2018 г. се отглеждат 482 деца. Към тези домове функционират Дневни центрове за деца с увреждания, за деца, отглеждани в семейна среда, които са с физически и/или психически увреждания, и се нуждаят от ежедневна рехабилитация и физиотерапия с цел подкрепа на родителите и превенции на раздялата с детето поради невъзможност да посрещнат неговите специфични потребности (МЗ, 2016а). Предизвикателство представлява все още осигуряването на достъп за всички нуждаещи се и предоставянето на висококачествените медицински, рехабилитационни и терапевтични услуги за тези деца след извеждането им от ДМСГД и подкрепата на семействата, които ще поемат грижата за тях. За решаването на практическите задачи, които произтичат от затварянето на този тип специализирани институции, е необходима промяна в мисленето и нагласите не само на работещите с децата, но и на всички нива на управление в здравната система. Отново в подкрепа на процеса на закриване на ДМСГД през 2015 г. с допълнение в Закона за лечебните заведения бе регламентиран нов вид лечебно заведение – Център за комплексно обслужване (ЦКО) (МЗ, 2016b) на деца с увреждания и хронични заболявания. В новата услуга се предвижда да се осъществяват: ранна диагностика, диагностика, лечение и медицинска и психо-социална рехабилитация; продължително лечение и рехабилитация на деца с увреждания и тежки хронични заболявания и обучение на родителите им за поемане на грижата в семейна среда, осигуряване на посещения от медицински специалисти за оказване на специфични грижи за деца с увреждания и тежки хронични заболявания, отглеждани в семейна среда и в социална

услуга резидентен тип; както и осигуряване на специализирани палиативни грижи за деца. Предстои реализирането на тази политика от организационен характер и анализ на ефекта върху ранното детско образование и грижа.

Също през 2015 г. като част от процеса на деинституционализация с Постановление № 208 на Министерски съвет за закриване на домове за медико-социални грижи на деца (МС, 2015) се прави промяна в Правилника за прилагане на Закона за социално подпомагане, като се регламентира нов вид социална услуга, а именно център за настаняване от семеен тип за деца/младежи с увреждания с потребност от постоянни медицински грижи.

Политиката на деинституционализация, водена системно от 2010 г., поставя пред Министерството на здравеопазването изискването качествената и достъпна здравна холистична грижа за деца в ранна възраст да бъде гарантирана за всички деца, които се отглеждат от родните семейства, приемни семейства, обществени форми на резидентна грижа, както и близки и роднини. Важно е да се постигне интегрирана подкрепа към детето и семейството в ранна възраст от гледна точка на здравето, грижата и образованието, което може да се постигне единствено, ако системата на здравеопазването насърчи прилагането на мултидисциплинарния подход при работата с децата и техните семейства особено в първите 3 години от живота на детето. Разписването на поднормативната база към Закона за социалните услуги и в частност норматива за прилагане на регулациите в Глава девета „Интегриран подход и интегрирани услуги“, както и практическото приложение на тези бъдещи регулации ще покажат реализирането на политиката за детско и майчино здраве в контекста на политиките за ОГРДВ.

2.2. Образователни политики

Политиките в сферата на образованието, чрез които се регламентират и реализират образованието и грижата за децата в ранна възраст, са свързани с развитието на училищното образование и предучилищното възпитание и подготовка, образователната интеграция на деца и ученици от етнически малцинства, приобщаващото образование, повишаване на грамотността, намаляване дела на преждевременно напусналите образователната система.

Според новия *Закон за предучилищното и училищното образование (ЗПУО)*, който влезе в сила на 01.08.2016 г., в детската градина могат да бъдат разкривани яслени групи за отглеждане на деца от 10-месечна до 3-годишна възраст.

Според регламента на този закон постъпилите деца в яслени групи в детските градини се отглеждат, възпитават, социализират и обучават по стандарти за ранно детско развитие, приети с наредба на министъра на здравеопазването и министъра на образованието и науката. Тези стандарти бяха разработени в отговор на необходимостта от прилагане на системен интердисциплинарен подход към ранното детско развитие от експертен екип под ръководството на Института за изследване на населението и човека към БАН, с подкрепата на УНИЦЕФ – България. Проектът на наредба за стандарти и стратегии за развитие и учене (МС, 2017) бе предоставен за публично обсъждане на 7 март 2017 г., но все още не е официално приет, поради което остава в сила регламентирането на устройството и дейността на детските ясли според Закона за здравето и поднормативните актове към него (Наредба 26).

Проектът на наредба за прилагане на стандарти и стратегии за развитие и учене задава основните насоки, по които ще се отглеждат, възпитават, социализират и обучават децата от 10-месечна до 3-годишна възраст в яслени групи в детските градини. Тези стандарти обхващат: „1. постиженията на децата като очаквани резултати от комплексните грижи, които включват отглеждане в добро здраве, възпитание, социализация и обучение; 2. общите насоки за осъществяване на взаимодействие между здравните грижи и педагогическата дейност в яслени групи“.

В самостоятелните детски ясли, които са под разпореждане на Министерството на здравеопазването, но на практика се управляват от общините, децата се приемат от 3-месечна до 3-годишна възраст. Действаща остава Наредба №26 от 2008 г., актуализирана през 2011 г. за устройството и дейността на детските ясли и детските кухни и здравните изисквания към тях, издадена от Министерството на здравеопазването (МЗ, 2011). Няма приета методика, нито програми за работа с децата в контекста на заложените в проекто-наредбата стандарти и това показва наличие на организационно структурно и съдържателно смислено разграничение на подкрепата за образованието и грижата в ранна детска възраст като част от ранното детско развитие. Както отбелязва Пенева (2007, с.112-116) тези големи различия в двата типа структури, които работят с деца в една и съща възрастова група, но са на различно подчинение, показват че “(л)ипсата на съдържателна приемственост между детските ясли и детските градини води до

нарушаване хода и динамиката на детското развитие и не използване в достатъчна степен на възпитателния потенциал и на потенциала за развитие на децата в ранна детска възраст (от раждането до 3-годишна възраст) и на ранното детство като цяло“. Това означава също, че политиката за ранно детско образование и грижа не може да бъде пълноценно приложена на ниво структури.

Държавните образователни изисквания се отнасят за предучилищното възпитание и подготовка. Детската градина, където основно се провежда тази подготовка, обхваща деца от 3- до 7-годишна възраст. С приемането на ЗПУО бе въведено понятието ранно детско развитие, остава министерствата на здравеопазването и образованието да се споразумеят и да регламентират целенасочени стандартизирани дейности, фокусирани върху развитието на децата до 3-годишна възраст. В ЗПУО са включени всички дейности и форми, които са насочени към децата и учениците, за да могат да бъдат приобщени, за да не отпаднат от образователната система и да завършат своето образование. Това са дейности и форми, които са основани на ценностите за личностното развитие и приобщаващо образование: подкрепа за личностно развитие, изграждане на позитивен организационен климат, утвърждаване на позитивна дисциплина и развитие на училищна общност. Чрез тези дейности се цели детето да бъде подкрепено в ученето, развитието, участието и разгръщането на неговия потенциал.

Трябва да отбележим, че въпреки промените в подхода и разбирането на развитието и образованието и грижата в ранна възраст, към момента ролята на детската градина се разбира много повече като среда за подготовка на детето за училище, отколкото като среда за холистично развитие на детето, която има голям принос за постигане на социално-емоционални умения и създава възможности за по-добро качество на живота на детето, както и за преодоляване на неравенствата и за благоприятстване на шансовете му да се развие като зрял и самостоятелен индивид. Социалната роля на детските ясли и детските градини предстои да се развие както в посока подкрепа на родителите за тяхната ефективна трудова реализация, така и за справяне със социалните предизвикателства пред обществото като детска бедност и социална изолация.

Детската градина и детската ясла са онези структури, чрез които държавата в най-голяма степен може да приложи мерки и подходи за всички деца в ранната възраст.

2.3. Социални политики

Политиките от системата на социалната закрила, които имат отношение по образованието и грижата за децата в ранна възраст, са свързани с деинституционализацията на децата, намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване, развиването и предоставянето на качествени социални и интегрирани услуги, политиките за трудова реализация на родители с деца в ранна възраст, както и специалната закрила на деца в риск. В тази група политики са включени и тези, свързани със социалното подпомагане, общественото осигуряване, интегрирането на ромите и други.

В социалната сфера няма стратегически документи, фокусирани върху ранната възраст. В Националната стратегия за детето 2008–2018 г. (ДАЗД, 2008) като политически документ, който отразява приоритетните направления и действия за подобряване благосъстоянието на децата в България във всички сфери, включително и в социалната закрила, са залегнали някои мерки за подкрепа на развитието на детето от неговото раждане и дори от пренаталния период, но до момента не са въведени като регламент в законодателството и нормативната база и практически не се прилагат.

В тази стратегия превес имат заложените цели, свързани с процеса на деинституционализация и развитие на алтернативни социални услуги. Като се има предвид, че семейната среда и връзките с родителите са от ключово значение за развитието на детето, стратегията се фокусира върху философията на доброто и отговорно родителство. Тази философия се продължава и от проекта на Националната стратегия за детето 2019–2030 г. (МС, 2019), която не беше приета поради несъгласие на някои родителски общности с нейната философия за поставяне правата на децата в центъра на всички публични политики.

В края на 2010 г. е приет *План за действие за изпълнение на Националната стратегия „Визия за деинституционализация“*, а в края на 2016 г. е приет и *Актуализиран план за действие* (ДАЗД, 2016), които документи конкретизират дейностите, задачите, отговорностите и ресурсите за изпълнение на *Националната стратегия* в петгодишни периоди. В плановете се обосновава необходимостта от осигуряване и развитие на услуги по превенция на изоставянето, както и алтернативни на институциите форми на грижа, които да предоставят на децата грижи в среда, близка до семейната. *Актуализираният план за действие* съдържа обещание за закриване на всички оставащи ДМСГД в страната, както и мерки за подкрепа на ранното детско развитие през услуги, вкл. такива като патронажната грижа. Прави впечатление, че три

стратегически документа залагат патронажната грижа като интервенция в подкрепа на холистичното развитие на децата в ранна възраст, но липсва регулация, която ясно да посочва пътната карта и механизмите за реалното изпълнение на тези мерки.

В *Националната стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020* (МС, 2013) ясно присъства фокус върху децата и особено децата в домакинства с ниски доходи, децата с увреждания, децата, които са лишени от родителски грижи, децата, които живеят в лоши жилищни условия и др. Децата са обособени като специфична уязвима група, която в много по-голяма степен е застрашена от риск от бедност и социално изключване, отколкото възрастните. Основната мярка, която е включена в стратегията, е „Развитие на интегрирани услуги за ранно детско развитие за деца от 0- до 7- годишна възраст и техните семейства“.

Единствените мерки в социалната сфера, които са изцяло насочени към ранната детска възраст, са мерките в *Закона за семейни помощи за деца*⁴ и *Кодекса на труда*⁵, където са регламентирани семейните помощи при раждане и до навършване на 1-годишна възраст на детето, както и мерките в трудовото законодателство, които предоставят мерки за социална защита на работещите майки и бащи. Продължителността на майчинството в България е по-дълга, отколкото в много други държави, което често се тълкува като специално внимание на държавата към ранното детско развитие, но липсват доказателства, че това е бил основният фокус на законодателя.

Основната нормативната рамка за гарантиране правата на детето, чрез изграждане на система за закрила за детето, се дава в *Закона за закрила на детето (ЗЗД)*⁶ и *Закона за социално подпомагане (ЗСП)*⁷. Въпреки многократни промени и допълнение на тези закони и свързаните с тяхното прилагане поднормативни актове през годините, в тях все още липсва диференциация на политиките от организационен характер за децата на възраст до 3 години. ЗЗД, приет през 2000 г., поставя закрилата на детето в центъра на държавната политика и урежда правата, принципите и мерките за закрила на детето, органите на държавата и общините и тяхното взаимодействие при осъществяване на дейностите по закрила на детето, както и участието на юридически лица с нестопанска цел и физически лица в такива дейности. В него е залегнала една нова философия за

⁴<http://www.noi.bg/images/bg/legislation/laws/ZSPD.pdf>

⁵<http://www.noi.bg/images/bg/legislation/Codes/KT.pdf>

⁶<https://www.lex.bg/laws/ldoc/2134925825>

⁷<https://lex.bg/laws/ldoc/2134405633>

детето – детето е правен субект, а не пасивен обект на грижите на държавата и обществото. Безспорно важен елемент от нормативната рамка в социалната сфера е социалното подпомагане на деца, особено деца в неравностойно положение.

В страната функционират голям брой социални услуги, но без специализация за работа с деца в ранната възраст и техните семейства, като малцина неправителствени организации имат лиценз за предоставянето на услуги с такава насоченост. Макар че някои от социалните услуги са отворени за деца от ранна възраст, предимно в периода от 3 до 7 години, те основно се ползват след изявен риск за детето и нямат превантивен, подкрепящ семейството и развиващ детето характер и насоченост. Достъпът до тях се регулира от дирекциите „Социално подпомагане“ и в частност Отдел за закрила на детето. Това са услуги като Център за обществена подкрепа, Център за социална рехабилитация и интеграция, Дневен център, Звено „Майка и бебе“, Център за настаняване от семеен тип. Интегрираните политики за ОГРДВ се реализират през структурите, наречени Общностни центрове (ОЦ), разкрити като иновативни практики по проект „Социално включване“, управляван от МТСП⁸. ОЦ цели превенция на социалното изключване и намаляване на бедността чрез предоставяне на интегрирани услуги в подкрепа на деца от 0–7 години и техните семейства. Услугите в Общностния център са структурирани в две основни групи – услуги за родители и семейства на деца до 3-годишна възраст и услуги за деца от 3- до 7-годишна възраст. Фокусът на услугите за деца до 3-годишна възраст е поставен най-вече върху формирането и развитието на родителски умения, като за целта се реализират разнообразни дейности за формиране на умения за отглеждане на децата и дейности за подкрепа на родителите в процеса на отглеждане на децата. Разработени са методически ръководства за предоставяне на някои от услугите: „Ранна интервенция на уврежданията чрез създаване на Център за ранна интервенция на уврежданията“, „Индивидуална педагогическа подкрепа на деца с увреждания“, „Формиране и развитие на родителски умения“ и „Семейно консултиране и подкрепа“.

Реализирането на социалните политики през услугите в Общностните центрове и Центровете за обществена подкрепа демонстрира ролята на социалната работа за насърчаване на ранното детско развитие. Това са услуги, които подкрепят подготовката на семействата за отглеждането на децата в ранна възраст с повишаване на родителски

⁸Проект „Социално включване“, Световна банка - <http://pubdocs.worldbank.org/en/437301465904125086/-pdf>

капацитет, както и услуги, които съдействат на родителите да покрият всички потребности на децата от раждането до 3 година, а в периода 4–7-годишна възраст на детето подкрепят семейството за успешното приобщаване и социализация на децата в детските градини и подготовката за училище. „Услугите за ранно детско развитие са насочени колкото към децата, толкова и към родителите. Те изхождат от разбирането, че детето може да се развива пълноценно, ако неговите родители се чувстват добре и могат да си задават въпроси без угризения, тревога и вина. А когато изпитват подобни чувства, да знаят, че те са част от предизвикателствата на родителството. Не на последно място услугите за ранно детско развитие целят да изградят мостове, по които детето и родителите да преминават от системата на социалните услуги към системата на здравеопазването и/или образованието“ (Институт за социални дейности и практики, 2015, стр. 8). В прилагането на услугите за ранно детско развитие социалните работници прилагат основните принципи на социалната работа, заложи в глобалната дефиниция на социалната работа от Международната федерация на социалните работници⁹ „Социална работа е професия, основана на практиката и академична дисциплина, която насърчава социалната промяна и развитие, социалното сближаване, както и овластяването и освобождаването на хората. Принципите на социалната справедливост, правата на човека, колективната отговорност и уважението към различията са централни за социалната работа. Основавайки се на теориите за социална работа, социалните науки, хуманитарните науки и знанието на коренното население, социалната работа ангажира хора и структури за справяне с предизвикателствата на живота и подобряване на благополучието”. Социалните работници, които работят в услуги за РДР, си взаимодействат с хора и структури с цел преодоляване на житейските предизвикателства и повишаване на благосъстоянието на семейството и на детето. Бедността, наличието на затруднения в развитието или диагностицирани увреждания при детето, лошите битови условия, безработицата, социалната изолация са фактори, които поставят семейството на деца в ранна възраст в ситуация на висок риск и това налага намесата на социалната работа. Основните принципи се спазват при работата с клиентите на социалната услуга както следва: зачитане правата на хората, доверие и приемане на другия, неосъждащо поведение и толерантност към различията. По отношение преодоляването на риска в семейството основен принцип представлява овластяването, което означава съдействие

⁹ International Federation of Social Workers, Definition of social work, <https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/2018/06/Global-Definition-of-Social-Work-Bulgarian-Translation.pdf>

родителите да намерят най-доброто решение за себе си и да бъдат „актьори“ в преодоляване на затрудненията си и намирането на способности да останат самостоятелни след края на предоставянето на услугата и оттеглянето на социалния работник, който води случая.

Прегледът на политиките от социалната система показва, че благосъстоянието на детето, условията и възможностите за гарантиране на неговите права, създаването на които би следвало да се гарантира и обезпечава от държавата, се приравнява с подпомагане и услуги в ситуация на риск. Приоритет имат по-скоро въпросите, свързани със социалната закрила при вече настъпил риск, и контролът, докато превантивните елементи са поставени на втори план, не са подробно регламентирани, а на практика не се прилагат. Така, реално една голяма част от децата на възраст до 3 години остават извън фокуса на общата политика за закрила на детето. Липсват целенасочени мерки, а някои от съществуващите, като например Общностните центрове, все още се издържат на проектен принцип. Това създава условия за липса на устойчивост на тази практика и понижава мотивацията на работещите в тези услуги.

3. Перспективи пред политиките за ОГРДВ в България

Постигането на единна политика за образование и грижа, както и за развитие на децата в целия период на ранното детство е функция на развиването на единна политика за този критично важен период от жизнения цикъл на човека. На този етап има отделни стратегии, норматив и практики на трите основни системи на детско благосъстояние – здравна, образователна и социална. Липсата на приета единна стратегия за детето, каквато представляваше Проектът на Стратегия за детето 2019–2030 г., както и липсата на Стратегия за ранното детство в Република България, поставя наличните политики за ОГРДВ от системен и организационен характер пред следните възможности и перспективи:

- Синхронизирането на политиките от системен и организационен характер с внедряването на единен подход, основан на правата на детето, както и семейно-ориентирани интервенции в единна Стратегия за ранното детство.
- Прилагането на интегриран, междусекторен подход при реализирането на всяка от гореизложените политики с цел както универсална система на подкрепа за оптималното развитие на всяко дете в ранна възраст, така и предоставянето на специализирани здравни, образователни, социални и интегрирани интервенции,

които разглеждат потребностите на детето и семейството през призмата на холистичното развитие, а не само на здравното, социалното или образователното.

- Фокусирането на настоящите системни политики – здравна, образователна и социална, върху целенасочени цели, мерки и инвестиция на ресурси за възрастта до 3 години като важна предпоставка за осигуряване на възможност за пълноценно развитие на децата и стабилна основа за реализацията им като цяло в образователната система и в живота.
- Доразвиването на съществуващата система от общодостъпни интегрирани и социални услуги за насърчаване на ранното детско развитие. Тези услуги следва да въвеждат превантивни и подпомагащи практики с цел ограничаване на риска от бедност и социално изключване, както и да са насочени към подкрепа на родителството. Родителите следва да могат да направят своя свободен и информиран избор за типа услуга, към която да се насочат за своето дете във възрастта до 3 години. Това предполага различни видове услуги за ОГРДВ, както и достъпност.
- За децата с трудности в развитието и с диагностицирано увреждане е важно да се въведе национална система за ранна детска интервенция.
- Преосмисляне на значимите цели, стратегии и технологии, прилагани в заведенията за ранно детско образование и грижа, в съответствие с модерните концепции за важността на тези услуги и подкрепата, която осигуряват на семействата и най-вече на децата за пълноценното им развитие.
- Внедряването на единна информационна система за ранното детство с ясна отчетливост на пренаталния период, периода до 3 години и от 4 до 7 години като условие за обективното мониториране на провежданите политики от системен и организационен характер в България.

В направения преглед на политиките за образование и грижа в ранна детска възраст от системен и организационен характер ясно се посочва благоприятната основа за постигане на една по-добра среда и холистичен подход, за да се реализира пълноценно развитие на децата в ранна възраст. Извършени са промени в страната ни в посока на деинституционализиране на грижите за децата в ранна възраст и подмяната на институционалната отговорност с грижа в семейна или близка до семейната грижа, развитието на социалното договаряне и палитра от социални услуги, интегрираните

политики и практики, приобщаването на децата с увреждания в образователната среда, както и някои насърчителни мерки за отглеждането на децата в ранна възраст от родителите. Това са само някои от предпоставките, обществените политики да преминат от политики, основани на справяне с риска, към политики от универсален характер, които дават равен шанс за развитие на всяко дете в Република България преди рисковете да настъпят. Подобен преход би намалил тежестта на настоящите системи, особено системата за закрила на детето именно с превантивния обхват на цялото детско население в ранна възраст. Всичко това поставя ролята на социалната работа на ключово място в постигането на целите на здравно и образователно благосъстояние на българското общество.

Библиография:

- Атанасова-Трифенова, М., Пенева, Л., Стоянова, Ю., Янчева, И., Якова, Л., Мутафчиева, М., Колчева, Н. (2014). Стандарти за развитие и учене в ранното детство: от раждането до три години, достъпен на 05.05.2020 от: http://www.iphs.eu/n/images/knigi_snimki/Standarts_0-3_Years_full%20text.pdf
- Държавна агенция за закрила на детето (ДАЗД). (2008). Националната стратегия за детето 2008-2018г. Достъпна на 05.05.2019 г. от <https://sacp.government.bg/%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B8/%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%BD%D0%B0-%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D0%B8%D1%8F-%D0%B7%D0%B0-%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B5%D1%82%D0%BE>
- Държавна агенция за закрила на детето (ДАЗД). (2016). Актуализиран план за действие за изпълнение на Националната стратегия «Визия за деинституционализация на децата в Република България», приет с Решение № 859 на Министерския съвет от 13 октомври 2016 г. Достъпен на 05.05.2019 г. от <https://sacp.government.bg/%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B8/%D0%B0%D0%BA%D1%82%D1%83%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D1%80%D0%B0%D0%BD-%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D0%BD-%D0%B7%D0%B0-%D0%B4%D0%B5%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B8%D0%B5>

Европейска комисия. Образование и обучение. Достъпен на 05.05.2019 г. от https://ec.europa.eu/education/policies/early-childhood-education-and-care_bg

Закон за закрила на детето, Обн. ДВ. бр. 48 от 13 юни 2000 г., изм. и доп. ДВ. бр.24 от 22 март 2019 г., Достъпен на 05.05.2019 г. от <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2134925825>

Закон за здравето, изм. ДВ. бр. 24 от 22 март 2019 г. Достъпен от <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135489147>,

Закон за предучилищното и училищното образование. Обн., ДВ, бр. 79 от 13.10.2015 г., в сила от 1.08.2016 г.

Закон за семейните помощи за деца. Обн. ДВ, бр. 32 от 29.03.2002 и изм. ДВ. бр. 24 от 22.03.2019 г. Достъпен на 05.05.2019 г. от <http://www.noi.bg/images/bg/legislation/laws/ZSPD.pdf>

Закон за социално подпомагане. Обн. ДВ. бр. 56 от 19 май 1998г., изм. и доп. ДВ. бр.24 от 22 март 2019 г. Достъпен на 05.05.2019 г. <https://lex.bg/laws/ldoc/2134405633>

Закон за социалните услуги. ДВ, бр. 24 от 22 март 2019 г. Достъпен на 05.05.2019 г. от <https://dv.parliament.bg/DVWeb/showMaterialDV.jsp?idMat=135546>

Институт за социални дейности и практики, Методическо ръководство за предоставяне на услугите „Формиране и развитие на родителски умения” и „Семейно консултиране и подкрепа”, 2015г. Достъпено на 01.05.2020 <https://eumis2020.government.bg/bg/s/Procedure/InfoEnded/2f608ff6-8e83-40b2-a78b-f01c379731da>

Кодекс на труда. ДВ, бр. 26 от 1.04.1986 г. И изм. изм. и доп., бр. 92 от 6.11.2018 г., Достъпен на 05.05.2019 г. от <http://www.noi.bg/images/bg/legislation/Codes/KT.pdf>

Колчева, Н. (2010). Социалното развитие в ранна възраст. *Предучилищно възпитание*, 5

Колчева, Н. (2007). Психологическо оценяване на деца в норма и с дефицити в развитието. Дисертационен труд

Комитет по правата на детето, Четиридесета сесия Женева, 12–30 септември 2005 г. Конвенция за правата на детето, Общ коментар № 7 „Прилагане на правата на детето в ранна детска възраст“, стр. 5. Достъпен на 18.05.2019 г. от https://www.unicef.org/bulgaria/sites/unicef.org.bulgaria/files/2018-09/GC_7_BG.pdf,

Министерство на здравеопазването (МЗ). (2011). Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 26 от 2008 г. за устройството и дейността на детските ясли и детските кухни и здравните изисквания към тях ДВ, бр. 36 от 10.05.2011 г. Достъпна на 05.05.2019 г. от

http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/17/naredba-izm-dop-naredba26-ot-2008g-deinost-iasli-detski-kuhni.pdf

Министерство на здравеопазването (МЗ). (2012). Наредба № 3/2007 г. за здравните изисквания към детските градини Обн. ДВ. бр.15 от 16 февруари 2007 г., изм. ДВ. бр. 36 от 10 май 2011г., изм. и доп. ДВ. бр. 64 от 21 август 2012 г., изм. ДВ. бр.85 от 6 ноември 2012 г., Достъпна на 05.05.2019 г. от http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/17/naredba3-ot-05-02-2007g-zdravni-iziskvania-detski-gradini.pdf.

Министерство на здравеопазването (МЗ). (2013). Наредба № 2 от 7.03.2013 г. за здравословно хранене на децата на възраст от 0 до 3 години в детските заведения и детските кухни, ДВ, бр. 28 от 19.03.2013 г. Достъпна на 05.05.2019 г. от http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/17/naredba2-ot-07-03-2013g-zdravoslovno-hranene-detsa-ot-0-do-3god.pdf

Министерство на здравеопазването (МЗ). (2016а). Правилник за устройството и дейността на Домовете за медико-социални грижи за деца. ДВ. бр. 49 от 16 юни 2000 г., изм. ДВ. бр. 82 от 18 октомври 2016 г. Достъпна на 05.05.2019 г. от <https://www.lex.bg/laws/ldoc/-12557311>

Министерство на здравеопазването (МЗ). (2016б). Правилник за устройството, дейността и вътрешния ред на центровете за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания. Достъпна на 05.05.2019 г. от http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2016/11/15/pravilnik-ustrdejnostwytreshen-red-centrove-kompleksno-obsluvwane-deca-uwrejdaniq.pdf

Министерство на здравеопазването (МЗ). (2017). Наредба № 15 от 2005 г. за имунизациите в Република България, ДВ. бр.38 от 12 май 2017г., Достъпна на 05.05.2019 г. от <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135504228>

Министерски съвет (МС). (2006). Национална програма за развитие на училищното образование и предучилищното възпитание и подготовка 2006–2015 г. Достъпна на 05.05.2019 г. от <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?Id=393>

Министерски съвет (МС). (2010). Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“ (2010–2025). Достъпен на 05.05.2019 г. от <https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=601>

- Министерски съвет (МС). (2013). Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020. Достъпна на 05.05.2019 г. от <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=790>
- Министерски съвет (МС). (2015). Постановление № 208 от 10 август 2015 г. за закриване на домове за медико-социални грижи за деца. ДВ, 63 от 18.08.2015 г. Достъпна на 05.05.2019 г. от http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/08/18/postanovlenie-208-zakrivane-dmsgd.pdf
- Министерски съвет (МС). (2017). Проект на Наредба за стандартите за ранно детско развитие. Достъпна на 05.05.2019 г. от <http://strategy.bg/PublicConsultations/View.aspx?lang=bg-BG&Id=2574>
- Министерски съвет (МС). (2019). Проект на Национална стратегия за детето 2019–2030 г. Достъпна на 05.05.2019 г. от <http://www.strategy.bg/publicconsultations/View.aspx?lang=bg-BG&Id=4012>
- Националната здравна стратегия 2020. Достъпна на 05.05.2019 г. от http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2016/09/12/nzs_2020.pdf
- Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве (2014–2020). Достъпна на 05.05.2019 г. от http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/12/17/np_maichino_i_detsko_zdrave-final.pdf
- Пенева, Л. (2007). Приемственост между образователните структури в периода на детството. В: Приемственост и перспективи в развитието на педагогическата теория и практика. С., 112-116.
- Пиръов, Г. Д. Детска психология. С., 1971.
- Проект «Социално включване», Световна банка, посещение на 05.05.2019г. <http://pubdocs.worldbank.org/en/437301465904125086/-pdf>
- УНИЦЕФ България. Програма „Ранно детски развитие”. Достъпен на 05.05.2019 г. от <https://www.unicef.bg/ranno-detsko-razvitiie>
- Blask, M. M., et al. (2016). Early Childhood Development Coming of Age: “Science through the life course” The Lancet, series 0140-6736, 16.
- International Federation of Social Workers, Definition of social work, Достъпено на 01.05.2020 <https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/2018/06/Global-Definition-of-Social-Work-Bulgarian-Translation.pdf>

The World Bank (2010). Early Childhood Development, The World Bank Factsheets,
[http://siteresources.worldbank.org/
EXTAFRREGTOPEducation/Resources/444707-1291071725351/ECCD-
factsheet-final.pdf](http://siteresources.worldbank.org/EXTAFRREGTOPEducation/Resources/444707-1291071725351/ECCD-factsheet-final.pdf)

World Health Organization (WHO). (2017). Достъпен на 05.05.2019 г. от
http://www.who.int/social_determinants/themes/earlychilddevelopment/en/

World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. „Nurturing
Care for Early Childhood Development: a framework for helping children survive and
thrive to transform health and human potential“. Geneva, 2018

ПРИЛАГАНЕ ПОЛИТИКИТЕ НА ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ ЗА ОБРАЗОВАНИЕ И ГРИЖА В БЪЛГАРИЯ ПРЕЗ ПРИЗМАТА НА РОДИТЕЛСКОТО УЧАСТИЕ

И. Шалапатова

Докторант, катедра „Медико-социални науки“, Факултет „Обществено здраве, здравни грижи и спорт“,
ЮЗУ „Н. Рилски“; e-mail: shalapatova@gmail.com

Резюме: Статията представя експертна оценка на постиженията и предизвикателствата в прилагането на Европейските политики за образование и грижа в ранна детска възраст (ОГРДВ) в България през призмата на участието на родителите. Представени са ключовите насоки от страна на Европейски и световни институции и организации в посока постигането на пълноценно развитие на децата в ранна възраст, както и осигуряването на система от достъпни и висококачествени услуги за тяхното образование и грижа. Посочени са основните характеристики на партньорските отношения между родителите на деца в ранна възраст и специалистите от заведенията, които предоставят услуги за ОГРДВ. Изследването на експертното мнение относно прилагането на политиките на Европейския съюз и на световните тенденции за насърчаване на холистичното развитие при децата в ранна възраст в България е проведено с метода на полу-структурираното интервю. Представени са основните теми, които се изследват в проучването, проведено с национални експерти с доказан опит в ОГРДВ както на академично, така и на практико-приложно ниво. Изведени са основните проблеми пред участието на родителите в ОГРДВ както на политическо ниво, така и на личностно ниво при специалистите и при родителите. Очертани са възможните перспективи за промяна в подходите и формите за насърчаване на участието на родителите в контекста на ползите от подобно пълноценно участие както за пълноценното развитие на децата, които посещават детска ясла или детска градина, така и за високата мотивация и резултати от работата на специалистите в подкрепа на семейството и неговото хармонично функциониране. Заключение от изследването на експертната оценка относно прилагане политиките на ЕС в системите за ОГРДВ в България с фокус участието на родителите посочва актуалната необходимост от преосмисляне на функцията и целите на съществуващите публични услуги за деца в ранна възраст в България.

Ключови думи: образование, грижа, ранно детско развитие, качество.

THE IMPLEMENTATION OF THE EUROPEAN ECEC POLICIES IN BULGARIA FROM THE PARENTS' PARTICIPATION DISCOURSE

I. Shalapatova

PhD Student, Department of Medico-Social Sciences, Faculty of Public Health, Health Care and Sport, „South-West University "Neofit Rilski"; e-mail: i.shalapatova@gmail.com

Abstract: The article is presenting an expert assessment of the achievements and challenges Bulgaria is facing in implementing the European Early childhood education and care policies (ECEC) with a focus on parental participation. The key policy and practice directions aiming to provide nurturing care and ensuring a system of accessible and quality ECEC services are presented. The main characteristics of partnership relations between the parents and the professionals from the ECEC settings are presented. The method of the interview was implemented in researching the expert opinion on the implementation of the European and global policies and trends for stimulating the holistic development of children in their early childhood in Bulgaria. The article is presenting the main themes explored in the interviews with national experts who have a proven experience in ECEC both on academic and practice levels. The main problems for ensuring parental participation are presented both on the policy level and on the individual level. The article is presenting the possible perspectives for changing the approach and forms for stimulating the participation of parents in the context of the benefits of such participation both for the holistic development of the children attending crèches and kindergartens, and for the motivation and the results of the professionals in supporting the effective functioning of families. The result of the research the article suggests that there is a current need for rethinking the function and purposes of the existing public services for ECEC in Bulgaria to ensure the implementation of the EU policies on ECEC with a focus on parental participation.

Keywords: education, care, early childhood development, quality.

Въведение

Социалната политика на Европейския съюз поставя акцент върху ранното детско развитие и политиките и практиките, които страните членки развиват за постигане на обхват и пълноценно развитие на децата. Тази политическа насока се основава на редица научни доказателства за високата възвръщаемост на инвестициите в ранното детско развитие, както ползите от гарантирането на наличие на висококачествени услуги за образование и грижа за децата в ранна възраст и осигуряването на обхват. През 2002 г. на заседанието си в Барселона Европейският съвет¹⁰ подчертава значимостта на грижите и образованието в ранната детска възраст като важен инструмент за справяне със социалните неравенства и постигане на устойчив и приобщаващ растеж в Европа. Определят се две основни цели, които държавите членки се споразумяват да постигнат: достъп до услуги на най-малко 90% от децата на възраст между 3 години и възрастта за задължително училищно образование, и най-малко 33% от децата под 3 години. Постигането на тези цели за обхват имат пряко отражение върху провежданите политики за преодоляването на редица социални предизвикателства в страните – членки на ЕС. Достъпът до качествени обществени услуги за образование и грижа в ранна детска възраст (ОГРДВ) насърчава пълноценното развитие на децата и води до високи постижения в тяхното развитие както в ранна възраст, така и в училище. Насърчаването на пълноценно развитие на децата в ранна възраст има и превантивен характер и пряко рефлектира върху предотвратяване отпадането им от образователната система, както и насърчава придобиването на компетенциите, от които съвременните работодатели имат нужда. Привличането на родителите като партньори в планирането и управлението на системата от услуги за ОГРДВ влияе положително върху реализирането на тяхната родителска отговорност да насърчават развитието на детето в синхрон с работата, която се извършва от професионалистите в детското заведение. Високото качество на услугите прави привлекателни тези форми на образование и грижа за децата, което съдейства за трудовата реализация на родителите, както и тяхното социално приобщаване и превенция на изключването.

¹⁰ Заключение на председателството, Европейски съвет от Барселона, 15–16 март 2002 г.

Ориентирането на политиките на национално ниво около потребностите на съвременното семейство в контекста на правата на децата се превръща в предпоставка за развиването на различен тип отношения между специалистите в обществените сфери на образование, социална закрила и здравеопазване и родителите на децата. Подкрепата на родителството започва да се признава като област от обществената политика в резултат на Препоръка (206) 19 на Комитета на министрите на Съвета на Европа, която се отнася до позитивното родителство и родителската отговорност в рамките на партньорство, уважение и зачитане на потенциала и ресурсите на семейството, изведени са общи принципи и ръководни насоки за специалистите в тяхната работа на основата на ясни ценности, етични принципи, знания и навици. Постигането на активно участие на родителите, съвместните решения, преследването на споделени цели относно най-добрите възможности за развитието на децата, без значение на техния етнос, пол, наличие на увреждане или друг признак, са все предпоставки за отношения, основани на партньорство (Keen, 2007, p. 340). Ядрото на качеството на процеса¹¹ в ОГРДВ е взаимодействието между детето, персонала и родителите и техните характеристики (Slot, 2018, p. 9). Участието на родителите е важен акцент в Препоръката на Съвета на Европа за висококачествени системи за образование и грижи в ранна детска възраст (2019/С 189/02) и представлява един от критериите за качество според разработената Рамка на ЕС за качество на образованието и грижите в ранна детска възраст, приложена към Препоръката на Съвета на Европа (2019/С 189/02) (Рамка на ЕС за качество на ОГРДВ)¹². Рамката съдържа десет позиции относно качеството, които са структурирани в пет по-широки области, свързани с качеството: достъп, персонал, учебна програма, мониторинг и оценка, както и управление и финансиране. В десетте позиции относно качеството са описани основните характеристики на висококачествените услуги така, както са установени в практиката.

Рамката на ЕС за качество на ОГРДВ се налага като инструмент за управление, чиято цел е да даде насоки за разработването и поддържането на системи за образование на национално ниво. В своята препоръка (2019/С 189/02) Съветът на Европа дава насоки

¹¹ В ОГРДВ са определени два типа качество – процесно и структурно. Представени са в [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=EDU/WKP\(2018\)12&docLanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=EDU/WKP(2018)12&docLanguage=en)

¹² Приложение към Препоръка на Съвета за висококачествени системи за образование и грижи в ранна детска възраст. Съвет на Европейския съюз (2019/С 189/02). [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019H0605\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019H0605(01)&from=EN)

към националните системи да оценяват участието на родителите в няколко аспекта. Те са: включване на родителите, семействата и лицата, които се грижат за децата, в процесите на вземане на решения (например чрез родителски комитети); отчитане на мнението на родителите при вземане на решение чрез анализ на предлагането и търсенето от страна на семействата с цел по-добро адаптиране на предлагането на услуги за образование и грижи в ранна детска възраст към техните потребности, като се уважава изборът на родителите; анализ и преодоляване на пречките, с които семействата може да се сблъскат при достъпа и използването на услуги за образование и грижи в ранна детска възраст, като например разходи, пречки, свързани с бедността, географско местоположение, негъвкаво работно време, пречки, свързани с неадекватни разпоредби за деца със специални потребности, културни и езикови бариери, дискриминация, както и липса на информация; установяване на контакт и сътрудничество със семействата, и особено с тези от тях в уязвимо или неравностойно положение, с цел те да бъдат информирани за възможностите и ползите от участието в образование и грижи в ранна детска възраст и когато е целесъобразно, за наличната подкрепа, да се изгради доверие в предлаганите услуги и да се насърчи участието от ранна възраст; предприемане на мерки, с които да се гарантира, че всички семейства, които искат да се възползват от услугите за образование и грижи в ранна детска възраст, имат достъп до образование и грижи в ранна детска възраст на приемлива цена и с високо качество, като в идеалния случай се работи с управленските структури на съответното ниво за гарантиране на правото на висококачествено образование и грижи в ранна детска възраст.

Настоящата статия представя мнението на водещи експерти в България относно прилагане политиките на ЕС за ОГРДВ през призмата на родителското участие. Отражено е мнението на участниците в проучването и относно предпоставките за по-ефективно прилагане на политиките на ЕС за ОГРДВ, както и пречките пред и ползите от участието на родителите като партньори на персонала в детските заведения. Представените резултати са част от по-голямо проучване относно приложение политиките на Европейския съюз за образование и грижа в ранна детска възраст в България.

Целта е да се проучи мнението на национални експерти от системите на образование и здравеопазване относно участието на родителите в ОГРДВ за деца до 3-годишна възраст.

Проучването е проведено в периода март 2019 г. – юни 2019 г. чрез полу-структурирано интервю.

Темите, около които е структурирано интервюто, се основават на проучени основни групи фактори, които оказват влияние върху участието на родителите в прилагане на политиките за ОГРДВ.

Интервюто включва 20 въпроса, разпределени в 5 области. Първата е посветена на ролята на семейството и холистичното образование и грижа за деца до 3-годишна възраст. В нея има 3 въпроса, които целят да установят опита на експерта и мнението относно ролята на семейството и предизвикателствата пред осъзнаване на тази роля в прилагане на политиките за ОГРДВ. Втората област (2 въпроса) е посветена на разбирането на експертите за ОГРДВ и цели изследване мнението им за политиките на европейско ниво и тяхното влияние на национално ниво. Третата област (3 въпроса) е свързана с разбирането за национална политика за ОГРДВ, като се цели да се установи мнението на експертите относно политическите документи, законодателни и регулаторни инструменти за тяхното прилагане както и наличието или липсата на национална цел за образованието и грижата за децата в ранна възраст. Област 4 (10 въпроса) е посветена на осъзнаване на ролята, която имат родителите за ефективното прилагане на политиките за ОГРДВ и нивото на участие на родителите в планирането, прилагането и управлението на услугите за ОГРДВ. Част от тях са посветени на факторите, които оказват влияние върху постигането на високо качество на ОГРДВ. Изследва се мнението на експертите относно мястото на участието на родителите в детската ясла сред останалите фактори за ефективно прилагане на политиките за ОГРДВ. Търси се мнение относно пречките за участие на родителите, както и ползите от него. Изследва се мнението относно това дали детските ясли функционират през призмата на партньорство с родителите на децата, дали персоналят и родителите преследват споделени и общи цели за развитието на децата, както и дали професионалистите притежават нужните знания и съответните нагласи за партниране с родителите. Тази област е съществена предвид установеното от литературния обзор, че сред всички фактори, които оказват влияние върху участието на родителите, са техните нагласи, предразположеността, опитът и знанията на персонала, както и организационната и институционална среда. Същата тежест сред всички фактори има и осъзнаването на ползите от родителското участие, както и пречките пред него. Последната, пета област, е посветена на перспективите за постигане на ефективно прилагане на политиките за ОГРДВ в посока целите за обхват на деца до 3-годишна възраст. С два въпроса се цели да се установят препоръките на националните експерти за постигането на тази цел както

и становището им за нарушаването на правата на децата в тази възраст от настоящата система на ОГРДВ в България.

Въпросите за интервюто са съобразени със спецификата на изследваната група – експерти с дългогодишен академичен, изследователски и практически опит в системата на образование и грижа за деца в ранна възраст в България.

При провеждане на интервютата са спазени основните етични принципи: информирано съгласие и възможност за отказ от участие в различните етапи от проучването, конфиденциалност, анонимност.

Участници в проучването са 4 национални експерти, представители на здравната и образователна система, с дългогодишен изследователски и експертен опит в прилагането на политиките за ранно детско развитие, образование и грижа.

Основни акценти и посоки на националните политики в контекста на Европейските политически насоки за ОГРДВ

Интервюираните експерти и от образователната, и от здравната сфера споделят единно мнение, че развитието на публичните услуги за деца до 3-годишна възраст изисква да се прилага Рамка на ЕС за качество на ОГРДВ, като практиките се приведат в съответствие с определените в нея пет измерения и позициите за качество към всяко едно от тях. Според експертите основните акценти за страната ни трябва да се поставят върху достъпа до качествени услуги за всяко дете, на професионалната квалификация и развитие на специалистите в тези детски заведения и не на последно място на интегрирането на политиките за ранно детско развитие. Важна насока за разработването и прилагането на публични политики и практики за децата до 3-годишна възраст е разработената от Световната здравна организация, УНИЦЕФ и Световната банка (2018 г.) „Рамка в подкрепа на децата да оцеляват и процъфтяват за трансформиране на здравето и човешкия потенциал“ (Рамка за пълноценна грижа)¹³.

¹³ World Health Organization, United Nations Children’s Fund, World Bank Group. (2018). Nurturing Care for Early Childhood Development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>

Предпоставки и предизвикателства пред прилагане на политиките на ЕС в системите за ОГРДВ и участието на родителите

Съдържателният анализ на данните от проведените интервюта с националните експерти от двете основни системи – здравна и образователна, очертава проблемни области на две нива: на политическо, които определят системните и структурните характеристики на публичните услуги за ОГРДВ, и на личностно ниво – нагласи и ценности при професионалистите и при родителите на децата.

Проблеми и предизвикателства пред участието на родителите в ОГРДВ на политическо ниво

Според участниците в проучването няма обединение и разбиране за необходимостта от поставянето на детското образование и грижа като значима цел в обществен план, тъй като обществото не е достигнало до това ниво на развитие. Това означава, че на този етап няма съществена промяна в мисленето на държавническо ниво, което да доведе до промяна в политиките и оттам на ниво практики за развиването и предоставянето на качествени услуги за деца в ранна възраст за образование и грижа. Другото съществено предизвикателство на системно ниво според националните експерти е свързано с липсата на достъп до публични услуги за всички желаещи родители на деца до 3-годишна възраст и не гарантирането от държавата на правото на достъп на децата до образование. Като пример те посочват липсата на места в детските ясли и в яслените групи към детските градини в големите градове.

Националните експерти очертават като важно предизвикателство от системен характер разпокъсаността на публичните услуги за деца до 3-годишна възраст – самостоятелните детски ясли са подчинени на една институция – Министерството на здравеопазването, а яслените групи към детските градини на Министерството на образованието и науката. Така за децата в една и съща възрастова група се предлагат различни подходи и методи на работа и взаимодействие с родителите, има различни цели и приоритети в работата в зависимост от това на чие подчинение се намират.

Това различие се отчита от някои от експертите като проблем за единството и целостта на системата за ОГРДВ, тъй като се нарушава плавният преход на детето към училищната система, посочва се като пречка за холистичното развитие на детето.

Други експерти изразяват мнение, че това системно и структурно разделение не е проблем, а проблемът е в липсата на приета единна концепция за това какво представлява една такава публична услуга в подкрепа на семейството и как трябва да бъде организирана тя, така че да постигне най-добрите цели както в подкрепа на семейството, така и за пълноценното развитие на детето. За експертите двете министерства имат две различни концепции и липсва синхрон. Постигането на подобен синхрон се подпомага от факта, че необходимостта от постигането на високо качество в ОГРДВ е фокус на политиките на Европейския съюз. Утвърждаването на Рамката на ЕС за качество на ОГРДВ и заложените в нея области и позиции представлява важна насока за адаптиране и реформиране на националните политики в нашата страна според експертите. Това, което следва да бъде направено на национално ниво, е да се разработят и прилагат единни стандарти за ранното детско развитие, които да послужат като основа и отправна точка на всички системи, структури, услуги и форми за образование и грижа на деца до 3-годишна възраст, независимо на кои органи и министерства са подчинени или от кои са управлявани. Разработените от екип експерти стандарти все още не са нормативно утвърдени, което прави тяхното прилагане невъзможно от системна гледна точка.

Интерес представлява становището, изразено по време на интервютата с експертите, според което предизвикателствата в партньорството с родителите не са свързани с това, че професионалистите не осъзнават важната роля на родителите, а по-скоро “липсата на алгоритъм за това как на практика да бъдат привлечени родителите като пълноценни партньори на персонала“. Това мнение всъщност означава и нещо друго – когато има изискване – нормативно или методическо, което указва начина на действие, персоналят и работещите в детските заведения ще го прилагат в една или друга степен. Но когато това зависи само от знанията и опита на персонала, това не се случва или става в единични случаи.

Пример за това е политиката и практиката на община Тунджа, където, без да има утвърден нормативно или методически алгоритъм, изискване или препоръка, партньорството с родителите и включването им се реализират ефективно. Участието на родителите е в целия процес – от планирането на политиките и услугите за ОГРДВ на ниво община до участие в основни ежедневни или организирани занимания и дейности с децата, както и в управлението на редица услуги. Там се прилага семейно ориентираният подход в предоставянето на широка палитра от секторни и интегрирани

услуги, което се посочва и в резултат от други проучвания (Йосифов, Жупунов, Маринова, Кергинова, 2018, с. 79).

Друг посочен от експертите проблем от политически характер е липсата на адекватна политика за работната сила в системата на ранното детско образование и грижа и ранното детско развитие като цяло. Като примери за необходимостта от подобна политика за работната сила, експертите посочиха ниското възнаграждение, натовареността и съотношението възрастен–дете, липсата на система за обучение и продължаващо професионално развитие на служителите за работа с деца под 3 години по отношение не само на здравните, но и на психолого-педагогическите аспекти и подходи за стимулиране развитието на децата. „Персоналът е най-важният фактор за благосъстоянието, ученето и развитието на децата. Именно затова условията на труд и професионалното развитие на персонала се разглеждат като основни компоненти на качеството“ (Препоръката на Съвета на Европа за висококачествени системи за образование и грижи в ранна детска възраст (2019/С 189/02) с. 12).

За работещите в публичните услуги с деца до 3-годишна възраст се осигурява методическа подкрепа основно по отношение на здравно-санитарните изисквания от Регионалната здравна инспекция, но липсват разработени актуални програми за работа с децата, адекватно методическо осигуряване, проследяване на показателите за нервно-психичното развитие на детето и адекватна подкрепа при идентифицирано забавяне или проблеми в неговото развитие. Това също е значим проблем, посочен от експертите и предизвикателство от системен характер, което изисква концептуализиране и цялостна визия за ранното детско развитие на публичните услуги за деца до 3 години.

Експертите подчертават, че предизвикателство пред развитието на практиките за образование и грижа за децата до 3-годишна възраст и партнирането с родителите като елемент от това развитие, е липсата на определен орган или звено, което на национално ниво да оказва експертно-консултативна и методическа подкрепа на работещите в публичните услуги и заведения за деца до 3-годишна възраст. Споделя се мнението, че подобно звено следва да подкрепя методически прилагането и развитието на стандартите за ранно детско развитие във всички форми и видове услуги за деца до 3-годишна възраст и техните семейства. Според участниците в проучването подобно звено би съдействало за постигането на синхрон между двете системи – здравна и образователна, в прилагане на политиките на ЕС за ОГРДВ и постигането на участие на родителите като елемент на качеството на услугите. Наличието на единен орган или звено според експертите ще

спомогне и за приемането и прилагането на единна концепция за това какво представляват публичните услуги за ОГРДВ в подкрепа на семейството и как трябва да бъде организирана тя, така че да постигне най-добрите цели както в подкрепа на семейството, така и за пълноценното развитие на детето.

Като проблем пред взаимодействието и партньорството между родителите и служителите в заведенията за деца до 3-годишна възраст националните експерти посочват осмислянето и осъзнаването на ефекта от практики и научнообосновани методи, които поради “реформи“ на национално ниво са отпаднали и прекратени, но са актуални и необходими към момента и за родителите, и за професионалистите и най-вече за децата. Като пример за такава практика бе дадена дейността на патронажните сестри към яслите, които са помагали за плавния преход и адаптацията на детето към детското заведение, изграждали са доверителни професионални връзки със семействата, подкрепяли са обмена на информация и са съдействали за повишаване на родителския капацитет именно защото са познавали социално-икономическото положение на семейството, както и особености на неговите членове. „Тези сестри ходеха в семействата, които ще изпращат деца в детското заведение, за да видят какви навици имат – за хранене, за сън, за бодърстване, за свободните игри и така нататък, за комуникация, която имат; имаха инструкции, по които да провеждат това. Те бяха връзката между заведението и семейството.“

Проблеми и предизвикателства пред участието на родителите в ОГРДВ на лично ниво при професионалистите и при родителите

Единодушно е мнението на всички интервюирани национални експерти за липсата на партньорски отношения между родители и професионалисти като сериозно предизвикателство пред постигането на качество на образованието и грижите за деца в ранна възраст.

Според участниците в проучването разделението на “ние“ и “вие“ води до възприемане на родителите не като партньори, а като опоненти, които могат да си правят каквото решат въпреки с детето, и това не е важно за персонала, както и те не трябва да бъдат напълно информирани за това, което правят професионалистите в яслата, защото тя е „...такава форма – че ние знаем, ние можем, ние отглеждаме децата, ние правим най-доброто за децата тук в детското заведение. Вие, отглеждате в семейството и там можете да правите с детето каквото искате, както го разбирате, но тук сме ние“.

Липсата на знания сред персонала за важността и ползите от активното участие на родителите в управлението и развитието на детското заведение, в системата на ОГРДВ в България, както и липсата на опит в тази посока поставя бариери пред реализирането на една от функциите на тези услуги – да са в подкрепа на семейството. Ефект от тази липса е демонстриране на поведение от страна на персонала, което е и физически ограничаващо и рестриктивно. Такъв пример е “предаването“ и “приемането“ на детето в коридора и недопускането на родител до помещенията, както и да се включва в организирането и провеждането на различни дейности по значими поводи и празници. Това се обяснява и често “се оправдава“ с твърдението, че участието на родителите в живота на детското заведение е против хигиенните норми, което не е така според интервюираните експерти.

Според експертите подобни нагласи и модели на поведение при преобладаващата част от професионалистите са породени от ниското самочувствие на работещите в този тип детски заведения, поради ниското заплащане, неудовлетвореност, липса на мотивация и стимули за професионално развитие, липса на обучения и на професионална подкрепа през различни форми.

Като допълнение на посочените трудности пред участието на родителите експертите посочват и наличието на професионално прегаряне в резултат на продължаваща работа и след пенсионна възраст при не малка част от персонала. Това се налага поради липса на кадри и води до липса на капацитет и мотивация сред част от професионалистите да се развиват професионално и да се радват на ефекта от своя труд. Професионалистите нямат умения и дори представа за това как могат и защо е необходимо да си взаимодействат с родителите и да насърчават тяхното включването дори и тогава, когато срещат неразбиране или обструктивно поведение от страна на родителите.

Нагласите на част от родителите също представляват проблем във взаимодействието и партньорството с персонала, тъй като някои родители също разглеждат детската ясла и семейството като две паралелни структури, които нямат нищо общо и не се интересуват какво става там, как се чувства детето или дори как е протекъл денят. Обяснението с натовареност на съвременния родител не е достатъчно и някои от интервюираните експерти препоръчат да се направи актуален „анализ на това какво представлява съвременният родител, какво той очаква от това детско заведение, как си го представя, как си представя своето лично участие“.

Липсата на доверие у родителите към персонала според експертите е свързана с недостатъчния и неудовлетворяващ обмен на информация, която им се представя и също представлява сериозна пречка за включване и участие. Информацията, която основно се предоставя на родителите, е оскъдна и неудовлетворяваща, като е свързана основно с физиологичните нужди, здравно-хигиенни навици и самообслужването. „Родителите трябва да са запознати с това, което се случва в заведението, за да имат доверие.” „Сега родителите не са партньор, а опонент.“

Предизвикателство за включването и участието на родителите е педагогическата некомпетентност на някои от родителите, изразяваща се в непознаване на особеностите и спецификите в развитието на детето на тази възраст. Тези родители имат претенции към персонала, тъй като смятат че имат “знания”, но те най-често са получени от случайни и недостоверни източници в интернет пространството.

„Разглеждайки родителите като партньори, съвременната европейска образователна стратегия издига тезата за преход от социална обвързаност към приоритетно участие на семейството във възпитателния процес. Това означава, че реализацията на компетентността на педагогическите екипи в системата на образованието, в контекста на взаимодействието „образователни институции – семейство“, изисква нови комуникационни стратегии за сътрудничество с родителите, чиято концептуална визия е свързана с оптимизация на възпитателния потенциал на фамилната констелация чрез педагогическо образование на родителите.“ (Пенев, & Пенева, 2015).

Подходи и форми за насърчаване на участието на родителите – перспективи за промяна

Според участниците в проучването е необходима промяна в подхода и парадигмата в политиките и публичните услуги за деца до 3-годишна възраст и техните семейства. Очертани са два подхода според изразените мнения – първият предполага политическо решение за преминаване на публичните услуги за деца до 3-годишна възраст на подчинение и управление от едно министерство, от един национален орган. Вторият подход не залага на принципа „под една шапка“, а на осигуряване на цялостност на развитието на детето в ранна възраст чрез въвеждане на норми, стандарти и методи за работа, които съответстват на философията и препоръките на ключовите европейски документи във всички форми и видове публични услуги за деца до 3-годишна възраст,

независимо от органа, който ги управлява, и на чие подчинение се намират (дали са центрове към МТСП, дали са самостоятелни ясли към МЗ, дали са яслени групи към МОН, дали са детегледачи в домовете на децата). Тези документи са Препоръката на Съвета на Европа за висококачествени системи за образование и грижи в ранна детска възраст (2019/С 189/02) и приложената към нея Рамка на ЕС за качество на ОГРДВ.

Промяната на подходите и формите за насърчаване на родителското участие преминава през разработването на ясна концепция за детските ясли като основна форма на публична услуга за ОГДРВ за деца до 3-годишна възраст. Подобна промяна предполага „да се реформира възпитателната политика и практика в този тип детски заведения, да се разширят възможностите за повишаване на педагогическата култура на родителите в контекста на ранната възраст, въвеждане на национално приет стандарт за грижа за децата“, както и промяна в регламента за броя на децата в една група с цел детето да има „повече свобода, повече инициативност, повече активност, повече да отговаря на неговите потребности според възрастовите характеристики, както и на индивидуалните особености“ (интервю).

Включване, участие, партниране с родителите може да имаме, когато се преосмисли и се подсили социалната роля на яслите като услуга в подкрепа на семейството, защото, когато се работи с детето в публична услуга, за да се постигнат добри резултати и подкрепа в развитието на детето, трябва да се работи едновременно и със семейството като професионалисти и родители си партнират. Отправените от експертите препоръки съвпадат с политиките и насоките на Европейския съюз за постигане на качество в ОГРДВ.

Разработването на алгоритъм за включване и участие на родителите в процеса на грижи и обучение на децата е предложено като решение, което може да улесни професионалистите и да обособи работата с родителите като елемент от политиката във всяко детско заведение.

Според интервюираните в проучването родителите трябва да участват в определянето на целите и на политиките на детското заведение, както и в разработването на визия за развитието на самото заведение. Такова участие е заложено в Закона за предучилищно и училищно образование (ЗПУО) за яслените групи към детските градини чрез създаване на обществени съвети, но не се отнася за самостоятелните детски ясли,

Оптимизирането на числеността на групите и съотношението персонал–дете, както и подобряването на професионалната образователна квалификация и подготовка, също са значими фактори за включването и участието на родителите в ОГРДВ. Тези фактори оказват влияние върху натовареността на професионалистите и поставят нов акцент в работата – от „опазване на детето“ и предаване „живо и здраво на родителите“, до индивидуален подход и възможност за обмен на информация, повишено разбиране и партниране между родителите и персонала в интерес на детето.

Обезпечаването и осигуряването на система за продължаващо професионално развитие с форми на обучения, както и рефлексивни формати и за персонала, и за родителите за насърчаване разбирането на особеностите и подходите за развитие на децата до 3-годишна възраст, е предпоставка за наличието на споделени цели за холистичното развитие на децата между персонал и родители. Подобно обезпечаване е предпоставка и за повишаване на взаимното доверие и подобряване на взаимодействието между двете страни като партньори. Такива обучения има заложени и осигурени според ЗПУО¹⁴ по програмите на МОН, но липсват за персонала в самостоятелните детски ясли и няма специално определен от Министерството на здравеопазването ресурс.

Като целесъобразна форма за подкрепа на родителите за повишаване на родителския капацитет и доверие в персонала на яслата, като условие за тяхното ангажиране, участие и включване, експертите препоръчват подновяване на практиката на патронажните сестри от детските ясли.

Създаването на национално звено за експертно-консултативна, методическа и подкрепяща функция от интердисциплинарен екип национални експерти като фактор за развитие на системите за ОГРДВ не само по отношение повишаване на обхвата, но и по отношение повишаване на качеството както на структурно, така и на процесно ниво се посочва като необходимо условие за включването и участието на родителите.

Проучване на потребностите и мнението на родителите при планиране на услугите за ОГРДВ и включването им в предоставянето и развиването на дадената услуга, също се посочва като подходяща и целесъобразна форма за повишаване на

¹⁴ Закон за предучилищното и училищното образование (Обн. ДВ, бр. 79 от 13.10.2015 г., в сила от 01.08.2016 г.; ... изм., бр. 108 от 29.12.2018 г., в сила от 01.01.2019 г. <https://www.mon.bg/bg/57>

ангажираността и участието на родителите в процеса на образование и грижа на децата, което е заложено и като важен критерий според Рамката на ЕС за качество на ОГРДВ.

Обновяването и осъвременяване на програмата за работа с децата в яслениите групи така, че да се обръща внимание не само на обгрижването и здравното състояние на децата, но и на тяхното образование и възпитанието, също оказва влияние върху участието на родителите, тъй като изисква обмен на информация за детето и споделяне на цели и ценности между родителите и персонала.

Сериозната „просветителска“ работа с родителите се посочва като предпоставка, за да могат те компетентно да формират и своята визия за приноса на детското заведение за холистичното развитие на тяхното дете, както и да оформят своите виждания и позиция за своята роля и принос като партньори.

Подновяване на рефлексивните форми на учене чрез срещи за обмен и споделяне на опит, иновации, новости в научната област и в нормативните изисквания също се посочва като удачна форма за повишаване на професионалните компетенции на работещите с деца до 3-годишна възраст.

Заклучение

Експертната оценка относно прилагане политиките на ЕС в системите за ОГРДВ в България с фокус участието на родителите посочва актуалната потребност от преосмисляне на функцията и целите на съществуващите публични услуги за деца в ранна възраст. Очертаните предизвикателства от системен и личностен характер следва да бъдат осъзнати от институциите, които планират и провеждат политиките, свързани с ранното детско развитие, за да се постигнат общоевропейските цели за обхват на децата в публични услуги за ОГРДВ, както и гарантирането на наличност и качество на тези услуги. Наличието на разделение в управлението на детските ясли и на яслениите групи в детски градини следва да бъде преодоляно с обединяването около една обща визия за функциите и целите на детските ясли и то през призмата на потребностите на съвременното семейство.

Постигането на партньорство между родителите и професионалистите от детските заведения за образование и грижа за деца в ранна възраст ще съдейства за по-успешното прилагане на политиките на ЕС за ОГРДВ в България. В контекста на редица насоки от страна на институциите на ЕС и проучвания за ползите от активното участие

и приобщаване на родителите не като пасивен получател на услуга, а като активен партньор в нейното планиране и реализиране, очертаните от експертите (участници в проучването) насоки за промяна биха довели до ключови цели на социалната политика в нашето общество като социалното включване на деца в уязвимо положение и техните семейства, гарантиране на правата на децата в ранна възраст, както и превенция на разпада на семействата и настаняване на децата в публични форми на грижа.

Библиография:

Заключения на председателството. Европейски съвет. Барселона. (2002). Извлечени от <https://www.consilium.europa.eu/media/20939/71025.pdf>

Закон за предучилищното и училищното образование (Обн. ДВ, бр. 79 от 13.10.2015 г., в сила от 01.08.2016 г.; ... изм., бр. 108 от 29.12.2018 г., в сила от 01.01.2019 г. Извлечен от <https://www.mon.bg/bg/57>

Йосифов, Й., Жупунов, Л., Маринова, А., Гергинова, Е. (2018). Ранното детско развитие в България. Изследване на системите подкрепящи ранното детско развитие, взаимовръзките и взаимодействието между тях и с родителите. Булгед ООД Извлечено от <https://www.detebg.org/wp-content/uploads/2018/03/%D0%A0%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%82%D0%BE-%D0%B4%D0%B5%D1%82%D1%81%D0%BA%D0%BE-%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%B5-%D0%B2-%D0%91%D1%8A%D0%BB%D0%B3%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%8F-%D0%98%D0%B7%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%B2%0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%81%D0%BA%D0%B8-%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%B4.pdf>

Пенев, Р., Пенева, Л. (2015). Позитивно семейно възпитание и педагогическо образование на родителите. Образование и технологии, 6 , 16-20.

Препоръка на Съвета за висококачествени системи за образование и грижи в ранна детска възраст. Съвет на Европейския съюз (2019/C 189/02). Извлечена от [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019H0605\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019H0605(01)&from=EN)

Приложение към Препоръка на Съвета за висококачествени системи за образование и грижи в ранна детска възраст. Съвет на Европейския съюз (2019/C 189/02).

Извлечена от [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019H0605\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019H0605(01)&from=EN)

Рекомендация Rec (206)19. Комитета Министров государствам-членам о политике в поддержку позитивного воспитания детей родителями (Принята Комитетом Министров 13 декабря 2006 года на 983-м заседании постоянных представителей министров).

Keen, D. (2007). Parents, Families, and Partnerships: Issues and considerations. *International Journal of Disability, Development and Education*, 54 (3), 339-49.

Slot, P. (2018). Structural characteristics and process quality in early childhood education and care: A literature review, *OECD Education Working Papers*, 176, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/edaf3793-en>.

World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. (2018). Nurturing Care for Early Childhood Development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>

СОЦИАЛНАТА РАБОТА ВЪВ ФРАНЦИЯ – ИСТОРИЧЕСКО РАЗВИТИЕ

Й. Цветанова

Главен асистент, доктор, Катедра „Медико-социални науки“, Факултет „Обществено здраве,
здравни грижи и спорт“, ЮЗУ „Неофит Рилски“; e-mail: ytzvetanova@swu.bg

Резюме: В статията в исторически план са коментирани развитието на социалната работа в Европа и Франция.

Ключови думи: социална работа, историческо развитие, Франция, Европа.

SOCIAL WORK IN FRANCE – HISTORICAL DEVELOPMENT

Y. Tzvetanova

Assist. prof., Ph.D., Department of Medico-Social Sciences, Faculty of Public Health, Health Care and
Sport, South-West University “Neofit Rilski”; e-mail: ytzvetanova@swu.bg

Abstract: The article focus is directed towards the historical development of social work in Europe and France.

Keywords: social work, historical development, France, Europe

„Историческото познание е окото на живота, най-хубавата част на образованието“

Ян Амос Коменски

В процеса на общочовешкото развитие социалната работа винаги е съществувала в лексикона на различните общества, въпреки че невинаги е наричана по този начин. В своя исторически път социалната работа непрекъснато облагородява хората, динамизира обществата с идеите за социална справедливост, натрупва огромен „житейски опит“, като системно обединява в себе си организатори, ползватели и институции.

Обаче, макар и с трайно присъствие в живота на хората от различните епохи, в сравнение с точните и хуманитарните науки социалната работа е сравнително ново понятие: тя е и дисциплина, и „социална наука” (Schaefer, 2009, p. 59) и социална практика.

За да се проследи и коментира цялостно историята на социалната работа, е необходимо да се анализират документите и фактите от всяка обществено-икономическа епоха, доказващи нейната роля и значението ѝ за хуманната основа на управлението на важните държавни и обществени явления. Такъв ценностен подход позволява да се проследят, поне накратко, особеностите на общественото усъвършенстване и социалните условия за развитието на социална работа в Европа. В този контекст е възможно да се вметне, че днес връщането към националната идентичност е неизбежно и, успоредно с това, отразявайки специфичен национален контекст, различните общества позволяват да бъдат групирани *заедно* и да покажат отличителен „европейски профил”.

Социализиране на социалните грижи

Определено може да се твърди, че навсякъде по света историята на социалната работа е свързана с благотворителността (Андреева, 2000; Чавдарова, 2007), възниква като „благотворителност, религиозен дълг към човека и система от хуманни услуги“ (Корнюшина, 2004, стр.4) и „се проявява като мислосърдие, милостиня, филантропия - т.е. имащите оказват помощ на нуждаещите се, директно или чрез посредничество на организации, главно религиозни, толкова и такива, каквито те смятат, че е необходима и полезна“ (Петрова, 2001, стр. 9). Тъй като социалните разслоявания са значими и равновесието между богатството и бедността е крехко, социалната дилема поставя субекта от самото начало в положение на обвързаност с другите. През периода на формиращата се общоевропейска култура от ерата на ранното християнство, голямо значение се отдава най-вече на взаимопомощта. Даването на помощ се основава на „принципа на реципрочността” (Владинска, 1990; Владинска, Петрова, 1994), т. е., ако някой направи нещо добро за друг, то това поражда съответното задължение за благодарност. Така „търсещият” и „даващият” помощ и подкрепа, стават истински *партньори* в един социален обмен. Този „социален договор” съответства до голяма степен на социалните идеи, които в европейски контекст произтичат от християнското учение. Този договор предполага, че никой не желае да допусне другият да изпадне в беда и да стане жертва. Важен пункт на съприкосновение между християнството и

„социалния въпрос” е темата за любовта, милосърдието и даряването. Християнството определя любовта като основно начало в живота на човека, а любовта към човека е образец за всеки християнин, обаче в този исторически период като цяло грижата за бедните е обусловена от религиозни подбуди. „В християнството изкуплението на греховете на хората чрез върховната жертва на Божия син е непостижимият образец за всеки християнин, чийто пръв дълг е да го следва според малките си човешки възможности и на първо място чрез любовта към ближния” (Гаврилова, Еленков, 1998, стр. 17).

Съобразно тезите на християнското учение християните са длъжни да засвидетелстват своята религиозност с участието си в проявите на обществен живот – грижи за болни хора; оказване помощ на възрастни хора; помощ за справяне с въздействието на лични проблеми, като бездомност, семейни затруднения, психични или физически заболявания и др. Църквата вдъхновява тази социална активност, изразена главно в грижа за ближния, помощ за изпадналия в беда, която се тълкува и благославя като помощ за Иисус Христос – „Гладен бях, и ми дадохте да ям; жаден бях и Ме напоихте; странник бях, и Ме прибрахте; болен бях, и Ме посетихте; в тъмница бях, и Ме споходихте... Доколко сте сторили това на едного от тия Мои най-малки братя. Мене сте го сторили” (Мат. 25:35-40).

Според догмите на християнската религия тези „носители” и „изпълнители” на общочовешки ценности Бог ще покани в Своето царство. Ако се вникне в тайнството на Божието творчество, може да се разбере, че християнството стимулира и придава висока значимост именно на добродетелта *милосърдие*. Сам Иисус Христос хранел гладни, лекувал болни, възкресявал мъртви. Според Спасителя бъдещата участ на хората ще се определя и от милосърдните им дела.

Възможно е да се твърди, че тази християнска действителност е валидна до началото на модерните времена (XVII - XVIII в.), когато институцията на църквата се отделя от държавната идеология. Преминаването от благотворителна дейност към намеса на държавата в условията на зараждащата се светска държавност исторически и икономически се налага от обществената потребност по-успешно да се „организира” мизерията и да се запази обществения и социалния ред.

В историческия социално-политически процес през XVIII-XIX в. отделните европейски нации постепенно засвидетелстват себе си за модерни светски общества.

Общоевропейският процес протича еднопосочно и посоката е към оформяне на мононационална държава. Очевидно е, че в отделните региони на Европа такова обединяване се осъществява по различно време. Модерността се случва първо в Англия, след това във Франция, следвана от Германия, Италия и Русия. Последни в този процес се включват страните от Европейския югоизток, включително и България.

Безспорно е, че процесите на национална модернизация са идентични за всички страни в Европа. Затова, съобразно избраната научна проблематика, ще анализирам предимно френският опит по социализирането на социалните грижи.

Франция, като страна в центъра на Западна Европа, през Средновековието, макар и чрез чести войни със своите съседи, успява да се наложи за една от водещите държави в католическа Европа. Може да се твърди, че Франция дръзко поема по пътя на Новото време, а при завладяването на Новия свят по време на Великите географски открития отстъпва единствено на Англия.

През XVI в. Франция се управлява от политическия абсолютизъм на Монарха, олицетворяван от личността на Краля. Кралят има пълната власт по всички въпроси – той оглавява военната, външно-политическата, административната и юридическата власт. Единственият „съперник“ в управлението на обществото е местният кардинал, който е назначен от Папата в Рим – църквата е институция, върху която кралската власт няма прерогативи, като и е длъжна да се съобразява с тях. Някои от съсловията на френското общество, като търговци, занаятчии, банкери, чиновници, лекари и др. вече натрупват известни лични капитали и представляват заможено градско население. Мнението на това население по редица социални въпроси е меродавно пред местната градска управа и пред самия крал. Ето защо кралят управлява, зачитайки преди всичко мнението и потребностите на заможните съсловия, защото върху тях се крепи кралската власт. Грижата за бедните, които съставляват голяма част от населението е маргинална по отношение на кралската власт. Доколкото такава грижа съществува, то тя е насочена към отделяне и сегрегиране на бедността, с цел да се опази социалното спокойствие. Грижата за бедните е приоритетна цел за Църквата – според собствените ѝ канони, основавайки се на християнското учение, за Църквата са еднакво важни бедния и богатия, благородника и селянина. Въпреки че и в църковната институция се чувства сериозно социалното разделение, грижата за бедните и за най-нисшепоставените слоеве от населението е съществена. Тя се изразява в изграждането към манастирите на социални приюти, манастирски болници и лазарети. Една част от монашеството се

специализира, под формата на католически ордени, в конкретни, ярко изразени социални дейности и практики.

За да се анализира структурирането на социалните услуги във Франция, е необходима една макар и кратка историческа справка относно намерението на държавата да полага и осигурява грижи за нуждаещите се (Aron, 1980). Под влияние на Френската революция през 1789 г. силно се променя социалният пейзаж. Тя преобразува френската държава и дава отражение върху историческия път на целия европейски континент. Френската революция сваля едноличната власт на краля и превръща държавата в Република. Лозунгът, от който се водят френските революционери и до днес е един от символите на страната: „Свобода, равенство, братство”. Само по себе си това предполага и по-мощно разгръщане на социалната дейност, с цел подобряване на социалната справедливост. Идеята за произхода на членовете на френското общество е заменена от модерното понятие за гражданство. След Революцията всички френски граждани се ползват с общи права и задължения, включително и в сферата на социалната дейност, независимо от техния произход. В това отношение Конституцията от 1793 г., която за първи път прокламира принципа за единство на държавната власт, казва изрично, че оказването на обществена помощ на нетрудоспособните хора е свещено задължение. (Guerrand & Rupp, 1978). Подкрепата на бедните и подпомагането на нуждещите се обявяват за държавна задача, а това означава, че Държавата има основна роля и е отговорна пред гражданите в случаите, когато бедността се превръща в заплаха за „свещения идеал”. Гражданинът има правото да се възползва пълноценно от предоставените му граждански права и следователно да живее в условия, считани от държавата за подходящи. Държавните помощи са един вид легитимно право на бедния гражданин, на което държавата е длъжна да отговаря в съответствие с постановените закони. За съжаление обаче Конституцията не влиза в действие. Причината е, от една страна, че принципите от 1793 г. са бързо забравени от следващите правителства, и от друга, че обявените революционни мерки не са финансирани.

В хода на френската история следва приемането на още нови социални закони, като например:

- през 1811 г. – за *закрила на децата*, според който „никоя дете не трябва да умре от липса на грижи”;

- в 1838 г. – за *подпомагане на душевно болните*, които задължително трябва да бъдат настанявани в специализирани заведения;

- от 1851 г. – за *безплатната хоспитализация* (настаняване) на болните и старците.

През 1889 г. в Париж се организира Международен конгрес за социална помощ, чиято цел е да се подновят идеите на социалната харта от 1793 г.: „Обществената закрила е насочена към тези, които временно или трайно не могат да изкарват прехраната си” (Thévenet, 1989, p. 32). По това време именно ръководителите от Социалните грижи въвеждат различни *безплатни социални дейности*, като форми на подпомагане на населението:

- безплатна медицинска помощ (юли 1893 г.);

- помощ за туберкулозноболните (1902 г.);

- помощ за старците, инвалидите и неизлечимо болните (юли 1905 г.);

- закрила на родилките (юли 1913 г.) и на многодетните семейства (юли 1924 г.).

Главно под влияние на феминистко движение, водено от Мари Можре – редакторка на феминисткото списание „Християнски феминизъм” след 1896г. се появат *социалните грижи* – друга специфична особеност в социалната сфера. Неговата цел е да накара жените да осъзнаят, че имат „право на права” (Guerrand & Rupp, 1978, p.19) и да ги подтиква да воюват за правото си на работа. Тук трябва да се посочи, че в 1896 г. се бележи също така и начало на социалната дейност, лансирана от Международния конгрес за взаимопомощ, чиято цел е сливане на класите, духовно обновление на народа, сближаване на богатите и бедните.

През 1897 г. Комитетът на жените, чийто членки са светски дами, е използван от духовенството за християнска пропаганда. През 1904 г. монсеньор Деламер, епископ на Перигьо (по препоръка на папа Пий X), ги моли да отидат сред народа, с цел засилване на евангелизацията.

Десетилетието 1900-1910 г. се характеризира с развитието на зародилия се през XIX в. *феминизъм*. Група жени създават *социални домове за закрила на майките и децата*, както и *социални центрове*. Домовете предлагат социалната услуга да възпитават и пазят децата, да помагат на майките, да търсят работа за безработните.

Накратко, тези жени се стремят да решават социалните въпроси и да извършват „социална работа”.

Дълго време определяна като „религиозно-буржоазна” служителка, социалната асистентка придобива популярност и става предпочитана помощничка при лекари, индустриалци и магистрати. Първата световна война предизвиква значителна промяна на тази професия. Създаването на взаимоспомагателните каси в парижката област и социалноосигурителната каса, патронажните медицински сестри, надзорниците в заводите, контролиращите служителки, социалните осигуровки и семейните асистентки разширяват дейностите. Това се налага с цел упражняване на социален контрол над потиснатите класи. В действителност, прониквайки в домовете им, асистентките контролират, класифицират и „етикетират клиентите”, за да ги наблюдават по-добре. Мисията им е да налагат постепенно социалните норми на доминиращата класа.

През 1912 г. секцията по хигиената към Националния съвет на жените изразява желание да организира група асистентки по хигиена в парижките училища, за да „наблюдават чистотата на децата и хигиената им въщи и да се борят срещу алкохолизма и туберкулозата” (Guerrand & Rupp, 1978, p. 59). Основната идея е да се издигне ролята на хигиената като мярка, насочена срещу мизерията. Асоциацията на патронажните сестри във Франция е законово утвърдена през февруари 1914 г. Броят им определено е недостатъчен за нуждите по това време, въпреки че вече има 45 медицински патронажни сестри, практикуващи в диспансери и 56 стажантки.

През 1914 г., когато е легализирана Асоциацията на патронажните сестри, във Франция се открива и *първото училище за надзорнички*. Министърът от военното правителство Лушър определя ролята им по следния начин: „тяхната функция е да се грижат за физическото и духовно благосъстояние на работниците, без да засягат въпросите за работата и заплатите”. Надзорничката осъществява връзката между ръководния персонал и работниците – в действителност тя посредничи между работническата класа и буржоазията и е „морална и социална сподвижничка на работодателя”: така се способства за увеличаването на производителността във военната промишленост. Основната идея е, че заводската надзорничка е свързана със социалната служба в предприятието и в качеството си на „духовен настойник” (Verdès-Leroux, 1981, p. 34-35), трябва да повдига духа на работниците. Надзорничките налагат ценностите на доминиращата класа, което е внушавано по време на тяхното буржоазно възпитание и

обучение – така те се подготвят за принадлежност към тази класа и лоялност към работодателите (Mury, 1980, p.155).

Професията на заводските надзорнички се заражда при срещата между работодатели – от една страна, които искат да смекчат конфликтите и да увеличат производителността на труда, а от друга – група от 5 жени, произхождащи от буржоазния елит, които желаят да се занимават с въпроса за женския наеман труд. В следствие те са канени да участват в подбора на работници при посещения по домовете им. (Aron, 1980).

През 1925 г. тези „посетителки” и надзорничките са вече част от социалния пейзаж. Тяхната професионална легитимност е потвърдена първо - от представителите на индустриалния свят и второ, с признаването на дипломите им, които гарантират добра кариера. В този контекст трябва да се добави, че събитията от 1936 г. принуждават надзорничките да се дистанцират от работодателите и да приемат неутрално поведение. Тяхната намеса води до неоспорим социален напредък.

Професионализиране на социалния работник

Социални асистентки

Към 1896 г. под ръководството на Мари Гаери се наемат на работа млади жени и момичета от добри семейства да дежурят в XI район на Париж. Целта е „сливане на класите, духовно обновление на народа, сближаване между бедни и богати” (Guerrand & Rupp, 1978, p. 59). „Социалната дейност” във Франция се доближава до дейността в „колониите” в Англия (Girard-Buttoz, 1982, p. 17). Целта е да се организират места, които да улеснят приема и срещите между жени от различни социални класи.

Мари Гаери основава през 1907 г. *училище за двугодишно социално обучение*, отворено за жени от всякакъв произход. За жалост, експериментът продължава кратко. През следващите години има известен напредък с откриването на „*Свободно училище за частно социално подпомагане*” от абат Жан Виоле. За първи път тук се въвежда понятието „социална анкета” при приема на деца. По време на обучението се водят занятия по политическа икономика, социално законодателство, приложна психология, хигиена и домакинство, придружени със стажове по места.

През 1911 г. се открива *католическо социално училище*. Протестантите създават свое „училище за практическа социална дейност” на пастор Пол Думерг. Двете училища

се обединяват в „комитет на съгласието” през 1927 г., но дипломите, които издават, не са официално признати.

Участието на американците във войната води до нови методи на социално проучване и класификация, напр. картотека за социални услуги и помощ, което не е познато до този момент във Франция. Мисията Рокфелер е сред инициаторите на тези нови методи: мисията е запазена в Европа до 1922 г., а целта ѝ е въвеждане на методическа социална практика. Учредената през 1923 г. *Социална служба за децата* по-късно приема името на своята основателка Олга Спитцер - от това сътрудничество се заражда първата съдебна социална служба за деца в Париж.

След войната от 1914-1918 г. някои жени се ориентират към професията на социалната асистентка, като по този начин се отделят от другите служителки и патронажните сестри. Вече не става въпрос да се влиза само с добра дума в семействата, а да се премине към истински диалог (Girard-Buttoz, 1982, p. 21). Профилът на социалната асистентка е очертан сравнително по-ясно на Първия международен конгрес по социална дейност в Париж, 8-13 юли 1928 г. Дипломата на социалната асистентка е въведена през 1932 г., докато тази на патронажната сестра – десет години по-рано. Шест години по-късно, в 1938 г., със специално постановление се премахва статутът на патронажната сестра, за да се открие възможност на социалната асистентка.

Войната от 1939 – 1945 г. доразвива разнообразието от предлагани социални услуги и помощи. Така са уточнени задачите на социалните работнички, които са „натоварени с наблюдение по домовете на бременните жени и кърмачки, със здравната и социална защита на децата от предучилищна и училищна възраст, с организирането на туберкулозните диспансери, с борбата срещу венерическите болести, с предотвратяване на семейни драми, дължащи се на алкохолизма, с правно ориентиране на семействата относно социалните им права, с помощ на крайно нуждаещите се, инвалидите и децата в опасност” (Guerrand & Rupp, 1978, p. 121). Това уточняване на задачите, залегнало в закона от 8 април 1946 г., извежда социалните асистентки в челни позиции. Те придобиват реални отговорности в прилагането на желаната от народа социална политика. В същото време с този закон законодателят на Франция подчертава официализирането на социалната дейност. В същия период е ограничен достъпът на жени до социалната професия, които практикуват без диплома (април 1946 г.): следствие от учредяването на 9.11.1944 г. в Париж на Национална асоциация на социалните асистентки – НАСА, чиято цел е да решава професионалните проблеми. Успоредно с нея

съществуват сдружения, като Сдружение на социалните работнички, Католическия съюз за социални услуги и по-късно, Национална федерация по специализирани социални услуги. През 1950 г. от Националната асоциация на социалните асистентки е въведен морален кодекс за социалните услуги и упражняващите я добиват статут на чиновник. През 50-те години във Франция е разпространена американска техника на „*casework*”, която въвежда нов начин за провеждане на индивидуална анкета. Интервюираните стават уважавани, равностойни събеседници. Това засилва личностния психологически и психоаналитичен характер на работата. Опирайки се на научните познания по психология, този метод се стреми да мобилизира личните и обществени ресурси, които могат да осигурят на клиента по-добро интегриране към общността и към средата.

На 26.03.1965 г. е учредена една обща социална служба под ръководството на Департаменталната дирекция по здравни и социални дейности (ДДЗСД). Следват множество постановления относно упражняването на професията, организирането и действието на социалната служба. Социалните асистенти придобиват все по-осезаемо значение за развитието на социалното дело във Франция.

Специализирани възпитатели

Историята на специализираното възпитание, макар и съвременна, не може да се отдели от разглежданата по-горе социална дейност и от сходното надзирано образование. В този контекст и Й. Колев извежда принципното признаване на факта, че „възпитанието на индивида във всички съществуващи отношения е определено от социални причини“ (Колев & Кръстева, 2008, стр. 131).

Законът от 5.08.1850 г., който се отнася до надзираното „обучение и патронаж над младите затворници”, предвижда „те да бъдат освобождавани по чл. 66 от кодекса, но да не бъдат връщани на родителите им. Налага се да ги настаняват в изправителни колонии и да ги възпитават групово, при строга дисциплина, докато работят в селското стопанство или в производството” (Bourquin & Koerppel, 1986, p. 11-18).

Пазачите, наричани след 1894 г. *надзиратели*, са подбирани измежду бившите подофицери, сред благонадеждни младежи и учители. Тяхната мисия е да осигурят образование, съответстващо на това, което получават техните връстници от работническата класа. Тези два вида обучители стават в известен смисъл първите възпитатели-надзорници, първообразите на специализираните възпитатели. Може да се отбележи, че за нещастие положението на децата-престъпници във Франция продължава

да се влошава, без грижа за образованието им и в един репресивен контекст. Появата през 1912 г. на специален детско-юношески трибунал води до намаляване броя на подопечните деца, тъй като съдиите ги връщали все по-често в семействата им и ги държали под контрол.

Професията на *специализирания възпитател* се появява през Втората световна война, по времето на режима във Виши, когато понятието за деца в неравностойно положение се налага в политическия контекст на окупираната от германците френска територия. Идеите на правителството са да „възроди Франция”, опирайки се на младежта и на мита за нейния разцвет. В тази идеологическа атмосфера се развиват младежките строежи, движението на приятелите на Франция и др. Стремешът е да се научат младите да работят, откривайки елементарните морални правила за работа в група. Моралното обучение протича с участниците и ръководителя в цеха, на полето, в движение или по време на дежурствата. Що се отнася до подготовката им, повечето работещи в социалния сектор младежи са скаути, водени предимно от добра воля, но без специална подготовка. Първото училище за специализирани възпитатели, ръководено от Жан Пино, е основано близо до Париж, в Монтесон. Паралелно с тази институция се изграждат и други учебни заведения в предоставени срещу скромна сума замъци, които функционират с доброволци от движението на скаутите или от младежките строежи (Vattier, 1991). През 1943 г. съществуват само 4 такива центъра: в Монпелие, Лион, Тулуза и Монтесон. В 1950 г. има 14 възпитателни центъра, а 20 години по-късно стават 29. Към добрата воля на първите възпитатели се добавя въвеждането на по-институционализирани и по-усъвършенствани форми на подготовка и квалификация на персонала. Декрет № 67-138 и Наредбата от 22.02.1967 г. въвеждат Държавната диплома за специализиран възпитател (DEES), като премахват съществуващите след 1943 г. различни дипломи и уточняват начините за протичане на изпитите. През 1966 г. се приема колективната конвенция за деца и юноши в неравностойно положение, което се възприема от всички за етап от признаване статута на работещите в сектора. Обучението включва практически стажове, теоретични занятия и писане на монография. Първите дипломирани специалисти завършват през 1970 г.

В периода след Втората световна война до 1970 г. професията се развива, според израза на Ерик Марто, малко хаотично (Marteau, 1999, p. 83-84). В действителност „институционалният контекст на специализираното обучение повлиява силно институализацията на специализирания възпитател; пропуските на първите специалисти,

неяснотата в заплащането и в знанията оформят статута на един технически възпитател с неясен професионален профил”. След Втората световна война вече се уточнява професионалната квалификация и професионализация в сектора. Мишел Шовиер разделя периода на 3 етапа (Chauvière, 1993):

Първият етап е на квалификация и го наричат „корпоративен опит”. Открити са много обучителни центрове. Възпитателите се групират в асоциации, което затвърждава професионалния характер на дейността им.

Асоциациите за закрила на детството (обединени регионално в ARSEA и на национално ниво в UNARSEA) допринасят много за обособяване на сектора за деца в неравностойно положение, като уточняват критериите за прием, наблюдение, възпитание и лечение. Това е период, по време на който по-слабо ориентираните възпитатели търсят професионалната си идентичност. Оттук идва наименованието „корпоративен опит” и учредяването през 1947 г. на Национална асоциация на възпитателите на младежи в риск (ANEJI), която Шовиер нарича „моралната жандармерия” на сектора за деца в неравностойно положение. През 1958 г. са сключени споразумения между асоциациите UNARSEA и ANEJI с цел търсене на професионална идентичност и регулиране на статуса на възпитателите без специализирана подготовка. В крайна сметка, този период се характеризира с радушно споразумение между администрацията, първите възпитатели и техните работодатели за приемане на обща референтна рамка в интерес на децата и професионално израстване на възпитателите.

Вторият етап е свързан със заплащането: от 1950 г. до 1970 г. е постигната една професионализация на специализираните възпитатели с определяне на прилична заплата, която постепенно се уеднаквява. Заедно с първите споразумения и подписаната в 1966 г. специална колективна конвенция, се появяват и първите синдикати. В този период техничността става етикет за качество за някои заведения и възпитатели, повлияни от развитието на обучителните центрове.

Третият етап се характеризира с политика на дистанцираност на обществената власт, бум на социални проблеми и неяснота в договорите. Появяват се социални работници от II тип или социалните работници на кризата и по-специално на обществено-полезния труд, на договорите за солидарност, доброволците, като всичко това е свързано с новата форма на бедност. Този етап съвпада с края на епохата на държавата-закрилница и налага търсене на адекватни анти-кризисни мерки.

През 80-те години напразно се търси начин ползвателите на социални услуги да станат активни участници в процеса, доближавайки се повече до обществената власт. Тази илюзия позволява на младежи в близост до социалните служби да придобият полезна професионална практика. Забелязва се и активно включване на ръководни кадри от социалния сектор и дори управители, ръководители на проекти и мениджъри, идващи от други сфери.

Аниматори

Границите на анимацията са по-трудни за очертаване от тези на социалния асистент или на специализирания възпитател. Става дума за една и съща професия, чиито разновидности са продиктувани от реалните нужди и която съществува от около 40 години. Първата диплома за „аниматор-възпитател” е издадена през 1963 г. от Националния институт за професионално обучение на групови аниматори (Girard-Buttoz, 1982, p.72).

Историята на социокултурната анимация се слива с тази на народното образование, чийто предшественик е (Besnard, 1980). Народното образование се развива по време на Френската революция, а най-вече с оформянето на индустриалното общество през XIX век, което вече иска да развива народностното съзнание, като извежда на преден план освобождаването на човека. Тук може да се припомни, че първият общ образователен проект се появява в доклада Кондорсе от 1792 г., т.е. става въпрос за възпитателен проект, предназначен за всички граждани и чиято цел се вписва в идеята за развитие на народното образование и народностното съзнание.

Мястото на детето в обществения живот през XVIII в. и XIX в. изисква също така и необходимостта от социокултурна анимация, основно при организиране на извънкласните и извънработните дейности. Тук може да се направи директна връзка с някои от настоящите дейности в социалните центрове, клубовете за превенция и т.н.

През XIX век се преминава от подхода за виновното дете към подхода за детето-жертва, което трябва да се закриля, като му се помага да „избегне една пагубна съдба” (Peure & Tétard, 1985, p. 120). Стремешът е да се провежда истинско превъзпитание на населението по време на свободните занимания. Според Лабури решаващата роля на анимацията през този период се дължи на стремеша за контрол над извънкласното възпитание (Labourie, 1978). От този момент в историческия социално-образователен

процес се открояват 3 различни специфични направления, които допринасят за развитието на социокултурната анимация:

А) Религиозно направление

Описаната по-горе история на социалната работа показва как църквата развива благотворителността за бедните и как тя способства за възникването на дейности, породили по-късно социални и културни прояви.

Б) Светско направление

Неговата цел е да се бори за едно равноправно общество. Именно в лоното на светските идеи се пораждат частните или публични инициативи за народно възпитание, чиято изява са курсовете за възрастни. В тази поредица е и Лигата за образование, основана в 1866 г. от Жан Маре и в последствие прераства във Френска лига за продължаващо образование и възпитание, която се бори срещу невежеството и нетолерантността (Besnard, 1980). В рамките на това светско направление се появява федерацията „Лео-Лагранж“, която днес играе важна роля в областта на обучението.

В) Синдикалното и политическо направление и народните университети

Под ръководството на Пелутие (1886 г.) започват да се предоставят работнически стипендии, които са в основата на „народните университети“. Тези университети имат мисията да улеснят срещата на интелектуалците с народа и най-вече да способстват за неговото културно развитие. И досега във Франция съществуват все още много народни университети. Тази социална политика успешно води до голям подем в развитието на социокултурната анимация през 1950-1960 г. в една широко урбанизирана Франция, където „социалната превенция“ е затвърдена с постановление № 59-100 от 7.01.1959 г., въвеждащо „превантивната социална дейност в семействата“ (Labourie, 1978).

От анализа на историята на социалната работа във Франция относно предлаганите социални услуги и помощи не можем да не отбележим системата на професионалните практики, свързана с ранното професионализиране на социалния работник, както и нейната рудиментарна форма у нас по това време. В този контекст следва да се отбележи логичното научно очакване, че социалната организация следва хода на историята, винаги е обвързана с историческите предпоставки, със съществуващите традиции и със социалните и културни политики.

Заклучение

Анализираният френски опит по социализирането (структурирането) на социалните услуги (дейност) и различните „форми на помощ“ способстват за възникване на дейности, породили по-късно професията на социалния работник.

В практико-приложен план сравнителният анализ на „различното“ и картината на участниците в него би могло да позволи усъвършенстване на формите, организацията, принципите и практиките на социалната работа в България.

Библиография:

- Андреева, И. (2000). Антология по истории и теории социальной педагогики. Москва.
- Владинска, Н., & Петрова, Н. (1994). Професията социален работник (социален педагог). *Образование и професия*, 1, 26-29.
- Владинска, Н. (1990). Развитие на социалното дело и професията социален работник, социален педагог в САЩ и ФРГ. *Годишник на СУ, Факултет по педагогика*, т. 83. 1994 [за 1990]. София: Климент Охридски, 81-119.
- Гаврилова, Р., & Еленков, И. (1998). Към историята на гражданския сектор в България. София: Фондация "Развитие на гражданското общество" със сътрудничеството на Граждански институт.
- Колев, Й., & Кръстева, Н. (2008). История на социалната педагогика. Благоевград: Неофит Рилски.
- Корнюшина, Р. (2004). Зарубежный опыт социальной работы. Владивосток: Дальневосточного университета.
- Петрова, Н. (2001). Основи и методи на социалната работа. София: Литера.
- Чавдарова, А. (2007). История на социалната работа. София: Булхерба.
- Aron, S. (1980). Histoire du service social. *Revue de l'économie sociale*, 16.
- Besnard, P. (1980). L'animation socioculturelle. Paris: PUF.
- Bourquin, J., & Коерпел, В. (1986). Deux contribution à la connaissance des origins de l'éducation surveillée, no 2 octobre. Paris: Cahier du CRIV.
- Chauvière, M. (1993). Quelle qualification pour quelle demande sociale? In Martinet, J.L. Les éducateurs aujourd'hui. Toulouse: Privat.
- Girard-Buttoz, F. (1982). Les travailleurs sociaux: qui sont-ils? Que font-ils? Paris: PUF.

- Guerrand, R.-H., & Rupp, M.-A. (1978). Brève histoire du service social en France: 1896-1976. Toulouse: Privat.
- Labourie, R. (1978). Les institutions socioculturelles. Paris: PUF.
- Marteau, É. (1999). Histoire de l'éducation spécialisée et de la professionnalisation de l'éducateur spécialisé: des années 40 aux années 80. Revue Contradiction No 87. Paris: Edition Harmattan.
- Mury, G. (1980). La double fidélité du travailleur social. In: Dutrénit, J.-M., Sociologie et compréhension du travail social. Toulouse: Privat.
- Peyre, V., & Tétard, F. (1985). Les enjeux de la prévention spécialisée: 1956-1963. In: Bailleau F. et al. Lectures sociologiques du travail social. Paris: Ouvrière/ CRIV, 116-132.
- Schaefer, G. (2009). Jalons éthique pour agir localement dans un monde global. Le social dans la mondialisation. *Presse de l'école des hautes études en santé publique*, 59-85.
- Thévenet, A. (1989). L'aide Sociale aujourd'hui après la décentralisation. Paris: ESF.
- Vattier, G. (1991). Introduction à l'éducation spécialisée. Toulouse: Privat.
- Verdès -Leroux J. (1981). Le travail social. Paris: Éditions de Minuit.

ОБУЧЕНИЕТО ПО СОЦИАЛНА РАБОТА В РУМЪНИЯ

В. Иванова

Докторант, Катедра „Медико-социални науки“, Факултет „Обществено здраве, здравни грижи и спорт“,
ЮЗУ „Неофит Рилски“; e-mail: veivanova@abv.bg

Резюме: Статията има за цел да представи изчерпателна информация относно обучението по социална работа в Румъния. Направен е кратък исторически преглед на обучението и практиката по социална работа от нейното откриване в училището за социална работа Principesa / Princess Ileana през 1929 г. до съвременните училища, в които се осъществява обучение в тази специалност в Румъния. В статията се разглежда ролята и функциите както на Асоциацията на училищата за социална работа в Румъния (ASSW-Румъния), така и на Националния колеж за социални работници (CNASR).

Ключови думи: социална работа, Румъния, обучение по социална работа

SOCIAL WORK EDUCATION IN ROMANIA

V. Ivanova

PhD Student, Department of Medico-Social Sciences, Faculty of Public Health, Health Care and Sport, „South-West University "Neofit Rilski"; e-mail: veivanova@abv.bg

Abstract: This paper aims to provide comprehensive information regarding social work education in Romania. The article presents a brief historical overview of social work practice and detailed information about social work education in Romania from its opening at Principesa/Princess Ileana School of social work in 1929 up to the contemporary schools of social work across Romania. Furthermore, the paper discusses the role and functions of both the Association of Schools of Social work in Romania (ASSW-Romania) and The National College of Social Workers (CNASR).

Keywords: social work, Romania, social work education

Въведение

Социалната дейност в Румъния има дълбоки религиозни корени. В периода XIV-XV в. църквата предоставя помощ и подкрепа на бедни, болни и хора в нужда. Подкрепата се осъществявала чрез помощ в натура или пари. През 1365 г. се обособява място за болни (незрящи, инвалиди), а през 1524 г. край Букурещ (в манастира Курта де Арджес) нуждаещите получавали храна, дрехи и пари. През 1695 г. се създават и първите институции за социално подпомагане на бедните, а през 1775 г. се създава и първия Закон за закрила на децата. С приемането на редица разпоредби за социална помощ и подкрепа в периода 1831-1832 г. и създаването на служба за социално попомагане в Букурещ през 1881 г. възниква и необходимостта от откриване на училище за социална работа, макар че обучението остава силно повлияно от религиозните ценности (Lazăr, 2015).

История на социалната работа в Румъния

Румъния се намира между Изтока и Запада. Съществуват редица исторически, географски и културни фактори, наред с икономическата, политическата и социалната ситуация, които неминуемо са оставили своето отражение върху ранните форми на социална работа и появата на обучението по социална работа в страната (Lazăr, 2015).

Развитието на социалната работа може да се раздели на няколко етапа или периода. Някои източници идентифицират три етапа: етап на развитие (след 1-ва световна война), комунизъм (1945-1989), когато социалната работа е унищожена, и посткомунистически етап – период на възстановяване, който започва от 1990 г. и продължава до настоящия момент (Buzducea, 2009).

Други дефинират четири етапа в развитието на социалната работа в Румъния (Lambri, 2002):

- 1) 1800-1920 г. - създаване на структурните основи на системата за социална работа;
- 2) 1920-1945 г.- институционалната структура е узряла и диверсифицирана;
- 3) 1945-1989 г. - упадък на системата за социална работа;
- 4) след 1989 г. - преструктурирането и модернизацията на системата за социална работа.

Исторически преглед на обучението по социална работа в Румъния

Социалната работа в Румъния е създадена като академична област/направление с подкрепата на Асоциацията на жените християнки (the Association of Christian women). През 1929 г. към Румънския социален институт (Romanian Social Institute) (социологическа организация) и с одобрението на Министерство на труда, здравеопазването и социалните грижи отваря врати «Principesa / School of Social Work Principesa / Princess Peana» - първото училище по социална работа. В преподавателския състав участват социолози, лекари и историци, но също и хора, обучени в училища по социална работа от Съединените щати (Mănoiu, Eurgeanu, 1996). До 1952 г. образованието се осъществява на университетско ниво в 4 годишен курс на обучение. В периода от 1952 до 1969 г. четиригодишният курс на обучение се модифицира в тригодишен курс на обучение след средно образование / професионално обучение (Zamfir, 1999; 2006; Buzducea, 2009).

След 1965 г. се разкриват факултети по психология и социология в Университетите в Букурещ, Яши и Клуж. До 1978 г. вече се прилага модифициран вид образование за социална работа, но едва през 1990 г. са разрешени курсове, специално определени/дефинирани като социална работа, базирани на краткосрочен модел на обучение (Guzzetta, 1995).

Годините между 1969 г. до 1989 г. са белязани от идеологията на комунистическия режим. Всички форми на обучение по социална работа са ограничени (пак там). Смята се, че всички проблеми, свързани със социалните въпроси, могат да бъдат решени чрез политическия механизъм на комунистическия режим. Социалните работници вече нямат роля и не са нужни в социалистическото общество, тъй като дейностите, които те извършват, се необходими за справяне с недостатъците на капиталистическите/западните общества (например бедност, безработица), които не могат да бъдат открити в социалистическото общество (Zamfir, 1999; 2006; Buzducea, 2009).

След падането на комунистическия режим, Румъния претърпява редица промени - политически, икономически, институционални, образователни и социални. Социалната работа започва своето ново развитие (Rutgers University Center for International Social Work, 2008).

Образованието по социална работа е възстановено на университетско ниво в началото на 1990 г. със създаването на катедри по социална работа, във факултети по

социология и социална работа в Букурещ и Клуж, а след това и в други университети (Guzzetta, 1995).

Първите социални работници завършват през 1994 г. (4 годишен курс на обучение). Основен принос за създаването и професионализацията на обучението по социална работа през този период има сътрудничеството с други западни (европейски и американски) училища за социална работа (Walsh, Griffiths, McColgan, & Ross, 2005; Crawford, Walker, & Granescu, 2006). Броят на университетите със програми по социална работа нараства до 24 през 2006 г. и до 23 през 2011 г., включващи публични, частни и религиозни факултети (православни, католически, баптистки, адвентистки и др.) (Zamfir, 2006).

След 2005 г. в резултат на Болонския процес бакалавърското образование по социална работа се редуцира от четири години на три години. Магистърски програми по социална работа са достъпни в цялата страна в различни специализирани области (напр. консултиране и клинична социална работа, пробация, управление на социалната работа, управление на социалните услуги, социална работа с групи с висок риск, социална работа с деца и др.). По данни на Министерство на образованието (<https://www.edu.ro/institutii-invatamant-superior>), в Румъния има 17 акредитирани университета, които предлагат обучение в областта на социалната работа (таблица 1).

Университет	Факултет	Специалност
UNIVERSITATEA DIN BUCURESTI	Факултет по социология и социална работа	Социална работа
	Факултет по баптистка теология	Баптистката социална теология
	Православен богословски факултет	Православна теология на социалната работа
	Факултет по Римокатолическа Теология	Римокатолическа теология на социалната работа
UNIVERSITATEA "1 DECEMBRIE 1918" DIN ALBA IULIA	Факултет „Право и социални науки“	Социална работа
	Православен богословски факултет	Православна теология на социалната работа
UNIVERSITATEA "AUREL VLAICU" DIN ARAD	Факултет по педагогика, психология и социална работа	Социална работа

UNIVERSITATEA "TRANSILVANIA" DIN BRASOV	Факултет по социология и комуникации	Социална работа
UNIVERSITATEA TEHNICA DIN CLUJ-NAPOCA	Писмен факултет	Социална работа
UNIVERSITATEA "BABEȘ-BOLYAI" DIN CLUJ-NAPOCA	Факултет по социология и комуникации	Социална работа Социално – Р/З подпомагане (унгарски) – Р/З
	Православен богословски факултет	Православна теология на социалната работа
	Факултет по гръцко-католическа теология	Гръцко-католическа теология на социалната работа
	Факултет по Римокатолическа Теология	Римокатолическа теология на социалната работа (унгарски)
UNIVERSITATEA "OVIDIUS" DIN CONSTANȚA	Теологически факултет	Православна теология на социалната работа
	Факултет по психология и педагогически науки	Социална работа
UNIVERSITATEA DIN CRAIOVA	Факултет по обществени науки	Социална работа
UNIVERSITATEA "ALEXANDRU IOAN CUZA" DIN IAȘI	Факултет по философия и социално-политически науки	Социална работа
	Православен богословски факултет	Православна теология на социалната работа
	Факултет по Римокатолическа Теология	Римокатолическа теология на социалната работа
UNIVERSITATEA DIN ORADEA	Факултет по социални и хуманитарни науки	Социална работа
UNIVERSITATEA DIN PETROȘANI	Факултет по природни науки	Социална работа
UNIVERSITATEA "EFTIMIE MURGU" DIN REȘIȚA	Факултет по социални науки	Социална работа

UNIVERSITATEA "LUCIAN BLAGA" DIN SIBIU	Телогически факултет Факултет по социални и хуманитарни науки	Православна теология на социалната работа Социална работа Теология на социалната работа (на немски език)
UNIVERSITATEA DE VEST DIN TIMIȘOARA	Факултет по социология и психология	Социална работа
UNIVERSITATEA "PETRE ANDREI" DIN IAȘI	Факултет по психология, педагогика и социална работа	Социална работа
UNIVERSITATEA "EMANUEL" DIN ORADEA	Телогически факултет	Социална работа
UNIVERSITATEA CREȘTINĂ "PARTIUM" DIN ORADEA)	Факултет по икономика и социални науки	Социална работа (унгарски език-практика)

Таблица 1. Университети, които предлагат програми по социална работа. Данните са актуални към м. Май 2019 г.

В учебните програми на всички бакалавърски програми има заложен часове за практическо обучение и стажове в институции за социална работа, които се провеждат през семестъра и в края на всяка учебна година. Към момента няма обобщени данни за общия брой завършили социални работници на национално ниво, въпреки че вече има 21 поколения (Lazăr, 2015).

В Румъния професията социален работник е регулирана от държавата професия, което става възможно след приемането на редица закони в областта на социалното подпомагане (2001, 2006 и 2011 г.), признаване статута на професията (закон 466/2004) и приемане на професионален етичен кодекс (Lazăr, 2015).

Социален работник е:

1. Лице, което притежава диплома за висше образование от акредитирано висше училище (ВУ), специализирано в областта на социалната работа - 4 годишен курс на обучение,
2. Лице, което притежава диплома за висше образование от акредитирано ВУ, специализирано в областта на социалната работа - 3 годишен курс на обучение

3. Лице, което притежава диплома за социален работник, съгласно разпоредбите на закона.

4. Лице, което притежава диплома в областта на социална работа, издадена или призната в някоя от държавите членки на Европейския съюз, или държави от Европейското икономическо пространство и Швейцарската конфедерация (Shereen, 2011).

През 2010 г. е създадена Национална асоциация на училищата за социална работа в Румъния (ASSW-Romania) с подкрепата на преподаватели по социална работа от най-големите университети в Букурещ, Клуж, Яши и Тимишоара (Lazăr, 2015).

Асоциация на училищата по социална работа в Румъния (ASSW-Romania)¹⁵

Асоциацията на училищата по социална работа в Румъния (ASSW-Румъния) е неправителствена организация. Създадена е през 2010 г. с участието на представители от четирите факултета по социална работа в Румъния: Университета в Букурещ, Университета Бабеш-Болай в Клуж, Университета А.И.Суза-Яши и Западен Университет, Тимишоара (Lazăr, 2015). ASSW-Румъния има за цел да насърчава и развива образованието и научните изследвания в областта на социалната работа и други свързани области на национално и международно ниво. ASSW-Румъния подкрепя и насърчава:

- Сътрудничество между училищата за социална работа в Румъния и в чужбина;
- Топ програми за образование в областта на социалната работа;
- Участие в регионални, европейски и международни мрежи в областта на социалната работа;
- Изследвания в областта на социалната работа (<http://www.asswr.ro>).

Национален колеж на социалните работници (CNASR)¹⁶

Националният колеж на социалните работници (CNASR) започва своята дейност през февруари 2005 г. въз основа на закон 466 / 04.11.2004 г. като аполитична, професионална, неправителствена организация, с обществен интерес.

¹⁵ Association of Schools of Social Work (ASSW- Romania) – official website (<http://www.asswr.ro>)

¹⁶ National College of Social Workers (CNASR) - official website (<http://www.cnasr.ro/en>)

По своя характер, организацията е представител на социалните работници в Румъния пред правителствени и неправителствени органи и институции, национални и международни.

Националният колеж на социалните работници е организиран по териториални критерии на национално и регионално ниво. Националният колеж на социалните работници на Румъния е активен член на системата за данни на Информационната система за вътрешния пазар (IMI), създадена от Европейската комисия за административно сътрудничество между държавите-членки. Въз основа на решение относно професионалните квалификации (Решение 2005/36 / CE) Националният колеж за социални работници на Румъния участва в системата IMI, заедно с съответните органи и организации от страни като Великобритания, Италия, Германия, Испания, Австрия, Холандия, Чехия, Дания, и др. към процеса на сертифициране и признаване на професията - социален работник.

Националният колеж на социалните работници (CNASR) е най-голямата професионална организация с 5782 членове. CNASR представлява, защитава и насърчава правата и интересите на членовете на местно, национално и международно ниво, защитава честта, свободата и независимостта на професионалните социални работници в професията, гарантира изпълнение на професионалните им задължения, които социалните работници имат към бенефициенти, институции и общество, според професионалната етика.

Заключение

Социалната работа в Румъния има дългогодишна традиция. Дългият път от благотворителност до създаване на програми за обучение по социална работа и осъзнаване на необходимостта от регулиране на професията социален работник са само крачка в правилната посока. Посока, в която Румъния, както и останалите източноевропейски страни да научат какво могат, да създадат това, от което се нуждаят, да прецеизират това, което искат, за да успеят да създадат социална практика и образование в областта на социалната работа, които са сходни, но същевременно и различни от така познатите днес модели в света (Guzzetta,1995).

Библиография:

Association of Schools of Social Work (ASSW- Romania) – official website (<http://www.asswr.ro>), Retrieved May 7, 2019.

- Audit Report. Institutional Audit of Dimitrie Cantemir University (DCU) in Tîrgu-Mureş Accreditation Agency in Health and Social Sciences., Romania, 1-37.
- Buzducea D., (2009), Sisteme moderne de asistență socială. Tendințe globale și practici locale (Modern social work systems. Global trends and lo-cal practices), Polirom, Iasi, 123-124.
- Crawford K.; Walker J.; & Granescu M. (2006). Perspectives on social care practice in Romania: Supporting the development of professional learning and practice. *British Journal of Social Work*, 36 (3), 485-498.
- Guzzetta Ch., (1995), Central and Eastern Europe. In: Watts, Th. D., Elliott, D., & Mayadas, N. S (edit) *International Handbook on Social Work Education*. Library of Congress Catalogue-in-Publication Data, 191-209.
- Information on statistics at (<http://www.insse.ro>), Retrieved 2 June, 2019.
- Lambru M. (2002). Asistența socială în România. Două secole de evo-luție instituțională, in Livadă-Cadeschi L.(coord./ed.), Sărăcie și asistență socială în spațiul românesc (sec. XVIII-XX),New Europe college, Relink, 61-81, Available at <http://www.nec.ro/fundatia/nec/publications/saracie.pdf>, Retrieved 2 June, 2019.
- Lazăr F. (2015). Statul bunastarii din Romania in cautarea identitatii (Romanian welfare state looking for an identity), *Calitatea Vieții*, 1-4, 2000, 7-37.
- Lazăr F. (2015). *Social work and welfare policy in Romania: history and current challenges*, *Social work around the world*, Anno VII, 13, Numero special, 65-79.
- Mănoiu F, & Epureanu V. (1996). Asistența socială în România(Social work in Romania), Bucuresti, All.
- Ministry of Labor, Family and Social Protection website (for data and legislation) <http://www.mmuncii.ro>, Retrieved 6 May, 2019.
- National College of Social Workers (CNASR) - official website (<http://www.cnasr.ro/en>), Retrieved 4 May, 2019.
- Rutgers University Center for International Social Work (2008). Social Work Education and the Practice Environment in Europe and Eurasia, Social Transition Team in the Bureau for Europe and Eurasia on social transition in the Region. Washington D.C.: USAID, 22-23.
- Shereen H. (2011) Social Work Qualifications and Regulation in European Economic Area (EEA), Final report, commissioned by the General Social Care Council (GSCC) and Skills for Care and Development, 1-95.

Walsh T., Griffiths W.H., McColgan M., & Ross J. (2005). Transnational curriculum development: reflecting on experiences in Romania. *Social Work Education*, 24 (1), 19-36.

Zamfir E. (2006). Dezvoltarea sistemului de asistenta sociala: un proces istoric dificil(The development of social work system: a difficult historical process). In Zamfir C., Stoica L., *O noua provocare: dezvoltarea sociala(A new challenge: social development)*, Polirom, Iasi, 197-216.

<https://www.edu.ro/institutii-invatamanat-superior>, Retrieved May 9, 2019.

АДАптиРАН СПОРТ ПРИ ЛИЦА С ФИЗИЧЕСКИ УВРЕЖДЕНИЯ

А. Милошова

Докторант, Катедра „Медико-социални науки“, Факултет „Обществено здраве, здравни грижи и спорт“,
ЮЗУ „Неофит Рилски“; e-mail: aneliakn@abv.bg

Резюме: Адаптираният спорт при лица с физически увреждания се реализира със съдействието на комплексната рехабилитация, предоставена от мултидисциплинарни екипи. Взаимността на действие на екипите, в които участват медицински специалист, социален работник, психолог, кинезитерапевт, треньор, трудотерапевт и лицето с увреждане, за прилагане на правила и провеждане на тренировки, допринася за реална интеграция в обществото. Адаптираният спорт подпомага пълноценността на живеене с мисълта за неравностойното положение в различните социални структури на общността. Статията представя спорта като рехабилитационна дейност с биологична, психична и социална посока в зависимост от диагнозата на спортуващия и съпътстващите го симптоми на преживяване и справяне. Спортните занимания и положителното им въздействие формират компенсаторни механизми, преустройват нагласи, създават и стабилизират мотивация за включване в отбор, в състезателна надпревара, допринасят за самостоятелност и независимост. Изследването носи информация за изграждането на "магистрала" в прилагането на адаптиран спорт за лица с физически увреждания, които се активират на възраст, в която вече трудно, почти невъзможно се изграждат дисциплиниращи навици и се постигат резултати за участия на международно ниво.

Ключови думи: спорт; рехабилитация, равнопоставеност, интеграция, Боча

ADAPTED SPORT FOR PERSONS WITH PHYSICAL DISABILITIES

A. Miloshova

PhD student, Department of Medico-Social Sciences, Faculty of Public Health, Health Care and Sport, South –
West University “Neofit Rilski”; e-mail: aneliakn@abv.bg

Abstract: Adapted sport for people with physical disabilities is realized with the assistance of complex rehabilitation provided by multidisciplinary teams. The reciprocity of the activities of the teams involving a medical specialist, a social worker, a psychologist, a kinesiologist, a trainer, an occupational therapist, and a person with disabilities for the implementation of rules

and conducting training contributes to real integration in society. Adapted sport helps to understand the value of living with the thought of disadvantage in the various social structures of the community. The article puts the work of rehabilitation sport in a biological, mental and social direction depending on the diagnosis of the athlete and the accompanying symptoms of experience and coping. Sports activities and their positive impact form compensatory mechanisms, reconfigure attitudes, create and stabilize motivation to join a team, in a competitive race, contribute to independence and autonomy. The study provides information on building a "highway" in the implementation of adapted sports for people with disabilities who are activated at an age where disciplinary habits are difficult and almost impossible to develop and international participation outcomes are achieved.

Keywords: sport, rehabilitation, equality, integration, Воска

Въведение

"Не е важно какво е поражението, важно е какво е останало!" казва британският неврохирург Лудвиг Гутман, който в края на Втората световна война в Стоук Мандевил, близо до Лондон, създава отделение за ветерани с гръбначно-мозъчни наранявания и използва спорта за по-бързата им рехабилитация¹⁷.

Теорията и създадените правила дават посока и нагледност за осъществяване на реална среда и подкрепа за спорт на хората с увреждания. Стандартните правила на ООН за равнопоставеност и равни шансове за хората с увреждания¹⁸ поставят изисквания за: равни възможности, места за спорт, достъпност, обучен персонал, програми за спорт, проекти за осигуряване на методи за достъп, програми за участие, информация и обучение, стимулиране за участие в национални и международни прояви. Прави впечатление, че всяка точка с указание в правило 11 на Стандартните правила на ООН за равнопоставеност и равни шансове за хората с увреждания започва с „трябва“ – неклассифицирана дума с много синоними. Така например, спортните организации трябва да бъдат насърчавани да създават възможности за хората с увреждания да участват в

¹⁷ Публикувано в 24 часа онлайн на 05.09.2016 г. 11:59. Достъпно от: <https://www.24chasa.bg/novini/article/5745770> на 03.07.2020 г.

¹⁸ Стандартни правила на ООН за равнопоставеност и равни шансове за хората с увреждания <https://www.google.bg/search?source=hp&ei=J5IfXfTMBdKfK74PjNmr2A4&q=.+Стандартни+правила+на+ООН+за+равнопоставеност+и+равни+шансове+> достъпно на 05.07.2019 г.

спортна дейност. В някои случаи ще бъде достатъчно само осигуряването на възможност за участие, докато в други може да се наложи проектиране на специални схеми или спортни игри. Държавите трябва да осигуряват подкрепа за участие на хора с увреждания в национални и международни прояви. При участие в спортни прояви хората с увреждания трябва да имат еднакъв достъп до инструкции и обучение като всички останали участници. При разработване на услугите си за хора с увреждания организаторите на отдих и спорт трябва да се консултират с организациите на хора с увреждания

В националното законодателство Законът за хората с увреждания¹⁹, чл. 5, ал. 1, т. 8 и Правилникът за прилагането му²⁰ точно регламентират областите на подкрепа и средствата за оказване на подкрепа на хората с увреждания.

Спортът за хора с увреждания – средство за социална адаптация и интеграция

За лицата с физически увреждания използването на помощни средства като например ринговата инвалидна количка, предоставена безплатно и в определен срок за ползване, не е достатъчно за движение на активните горни крайници. Ринговата инвалидна количка като помощно средство е адаптирана към тялото, но в повечето случаи нейната фабрична изработка задължава адаптирането на тялото на лицата с физически увреждания към нея. Живеейки в социална институция, при лицата с диагнозите детска церебрална парализа, енцефалит, мозъчен инсулт, множествена склероза и други, единственото движение за деня е да се поставят в количка и обратно в легло и така преминава животът им в еднообразие и монотонност. Но, разбира се, има и друг модел на живеене и това е спортна активност – адаптиран спорт за лица с физически увреждания, който е в състояние да демонстрира как при наличие на квадрипареза от постоянната поза в инвалидната количка след няколко години тренировки вече вземаш топката в определеното времетраене от шест минути и я поставяш в улея за участие в игра.

Съгласно методическите указания за работа с лица с физически увреждания²¹, кинезитерапевтичният подход спомага за ежедневна физическа активност с лечение чрез

¹⁹Закон за хората с увреждания, обн. ДВ. Бр. 105 от 18 Декември 2018 г., в сила от 01.01.2019 г.

²⁰Правилник за прилагане на закона за хората с увреждания, обн. ДВ. Бр. 27 от 02 Април 2019 г., в сила от 01.04.2019 г.

²¹Методика на социалните услуги за хора с физически увреждания №9100-93/11.05.2005г.

движение. Основните цели на кинезитерапията са свързани със запазване на неувредените функции, засилване и стимулиране на различните телесни тъкани – обем на движение, упражняване на комплексни движения, координация и издръжливост. В същото време се цели „събуждане на радост и удоволствие от извършваното движение; обучение в съзнателна профилактика чрез упражнения; обучение в самостоятелност; възвръщане на доверието в собствените възможности и ефективност” (Методика на социалните услуги за хора с физически увреждания).

Мотивирането на лицата с увреждания да се включат в адаптирани игри винаги постига активност, чрез която игрите въздействат върху организма в зависимост от техния характер, организацията и методиката на прилагане. (Паризов, Лишев, 2008.). Постига се укрепващо въздействие чрез натоварване на почти всички органи и системи – дишане, кръвообръщение и други. По този начин се оказва не само психо-физическа стимулация на организма, но и тренировъчно въздействие, водещо до увеличаване на дееспособността.

Спортният сектор може да включва хора с увреждания в учебните материали като примери за участници:

- Да направи хората с увреждания целева група в своите кампании;
- Да предоставя информация на хората с увреждания за местоположението на достъпните спортни съоръжения;
- Да насърчава доставчиците на услуги и спортните клубове за насочване на хората с увреждания и включване в техните дейности (напр. уверете се, че им е осигурено време);
- Да се обучат учителите по физическо възпитание, доставчиците на спортни услуги и спортните клубове на методи за адаптация и включване в спорта;
- Да планират национални спортни дни или събития, които подчертават включването на хората с увреждания;
- Да накарат политиците и държавните лидери да признаят хората с увреждания в спорта и правят специални изяви на техните събития (SDP IWG, 2008).

Спортното участие на хора с физически увреждания е по-ниско в сравнение с това на хора без физически увреждания. В САЩ, например, 44% от хората с физически

увреждания участват в спорта. В Холандия същите показват сходни проценти на спортно участие, а именно – 37%. Ползите от спортното участие за хора без физически увреждания са сходни с тези за хора с физически увреждания. Освен ползи за здравето на спортуващите, като намаляване на вероятността от сърдечни заболявания, затлъстяване, диабет тип 2, активните хора с физически увреждания споменават също за по-добър баланс и психосоциални ползи, като забавление, социални контакти, приемане на увреждането и подобрена самоувереност (Jaarsma, 2014). Спортът може да бъде дефиниран като дейност, включваща физическо натоварване с или без игра или елементи на състезание, с минимална продължителност от 30 минути най-малко два пъти седмично, и където уменията и физическата издръжливост се изискват или се подобряват. По време на рехабилитацията спортът често е част от лечението за запознаване на хората с физически увреждания със спорта. Въпреки това, само малко хора с увреждания решават да останат физически активни, след като завършат своята рехабилитация (пак там).

Трудността при спортуване на лица с физически увреждания в зависимост от възрастта е поради неосигурени тренировки на какъвто и да е адаптиран спорт в годините назад, затова е предизвикателство за специалиста да положи усилия за осигуряване на положителен първи опит (Sport England, English Federation of Disability Sport, 2016), така че да искат да се върнат отново. Четири дейности, които може да помогнат да се гарантира положителен първи опит, са:

1. Активно предлагане на първите проявили интерес да идват и да гледат или да се мотивират, да надникнат в сайтовете на YouTube/ социалните медии на предварително записан клас;
2. Осигуряване на възможност да говорят лично или по електронната поща с инструктор/ организатор преди сесията;
3. Сесията да се изпълнява така, че да е напълно приемливо за почивка: седнете и гледайте или си тръгвайте и отново се присъединявайте към групата;
4. Позволете на хората предварително да знаят дали ще имат подкрепа или ако могат, да привлекат своя.

Адаптираният спорт – възможности и предизвикателства

В Българската Параолимпийска Асоциация²² членуват 35 клубове в цялата страна. До 1981 г. спортът за лица с увреждания в Република България се развива без самостоятелна спортна структура. Специфичните възможности, свързани с вида и тежестта на уврежданията и техните усложнения, развиващи се с напредване на възрастта, от една страна, и прогресивно увеличаващият се възрастово обусловен, функционален и двигателен дефицит ограничават участието на лицата над средната възраст в някои видове спорт. Най-масово е участието в по-малко динамичните спортове – шахмат, БОЧА, тенис на маса. За двадесет години вече има добри постижения и изградени нормативни и финансови схеми, ангажирани с развитието и разширяването на възможностите за практикуване на масов спорт за хората с увреждания от всички възрасти. Изготвянето на проекти и тяхното изпълнение водят до информираност, международно общуване и внасяне на нови цели за участниците със съдействие на неправителствени организации. Всяка община изготвя годишна програма за финансово подпомагане на спортните организации и в зависимост от тяхната активност финансира дейностите. Липсата на достъпни спортни бази е основен проблем за развитие на спорта при лица с физически увреждания – архитектурни бариери; оскъдни финансови средства ограничават физическата активност като средство за подобряване на здравния статус, повишаване качеството на живот, профилактика на вторичната инвалидност, интеграцията и благополучието на лицата с увреждания.

Играта „Боча” – заимстване на опит

Контекст: В социална услуга Дом за пълнолетни лица с физически увреждания "Ильо войвода" ежедневно се предоставя комплексна рехабилитация на деветдесет души във всеки един сектор - медицински, социален, психологичен, трудовотерапевтичен, хигиенен, хранителен, осигуряване на достъпна среда, помощни средства, трудова заетост, културна и образователна активност. Но рехабилитационен спорт за биологична, психична и социална рехабилитация в зависимост от диагнозатане се практикува от 2011 година. Първите стъпки, които направихме, бяха чрез играта Боча. Този адаптиран спорт за лица с физически увреждания влезе в социалния дом чрез проект по европейска програма за популяризиране на спорта, в който дейностите се реализираха на място и чрез играта и ученето на правила се даде възможност за внедряване в кинезитерапевтичната програма, а след години и до участие в международни турнири

²²Българска Параолимпийска Асоциация

(<http://dvfu-ilyovoyvoda.com/index.php/bg>). Заимстването от добрите практики в други държави и тренировките водят до силен социален интегриращ стремеж за спортистите и създаването на професионални екипи за осигуряване на комплексна подготовка и пътуване до държави с дългогодишни интегриращи програми за работа с лица с увреждания²³.

Историята на играта: Боча - произлиза от латинската дума *bottia*, означаваща "топка" и се произнася бот-ча, като произходът ѝ ни отвежда назад във времето на Римската империя (Сдружение „Партньори – Кюстендил“). В Европа играта се развива в началото на 80-те години на миналия век, след като се идентифицират „голям брой спортисти с увреждания, които не могат да напредват в спортни дисциплини като лека атлетика, плуване, вдигане на тежести, и/или колоездене поради слаб баланс, слаба мускулатура и/или движения, ограничаващи техния успех.” (пак там). Играта Боча преодолява много от тези недостатъци и от 1984 година е дисциплина в параолимпийските игри (пак там). Днес се практикува в над 50 страни по света.

Описание на играта: Необходимите пособия за играта включват 13 топки - 6 червени и 6 сини, една бяла, която се нарича "джак" и е водеща. В играта се включват трима представители на червените и трима представители на сините, но може да се изпълнява и индивидуално - един с червените и един със сините топки. При тежки увреждания, както е диагнозата детска церебрална парализа с квадрипареза, на участника се предоставя помощно средство, изработено според възможностите (индивидуално адаптирана рампа и аксесоари към тялото - шапка със спомагателна показалка).

Играчите се делят на четири класификационни групи в зависимост от тяхното увреждане и физическа способност, обозначено с BC - Боча Категория²⁴:

- BC1 - Състезателите в този клас хвърлят топката с ръка или крак. Могат да се състезават с един асистент, който стои извън полето за хвърляне, стабилизира или намества техните столове за игра и им подава топки при поискване.
- BC2 - Играчите в този клас хвърлят топките с ръка. Няма право на асистенция.

²³Сдружение „Партньори – Кюстендил“ [/http://polskaboccia.pl/wp-content/uploads/2017/05/Brochure-BOCCIA-Erasmus-Final-bulgarian-version.pdf/](http://polskaboccia.pl/wp-content/uploads/2017/05/Brochure-BOCCIA-Erasmus-Final-bulgarian-version.pdf)

²⁴Интернационална спортна федерация по Боча – BisFed <http://www.bisfed.com/about-boccia/classification/>

- ВС3 - Играчите в този клас имат много тежка двигателна дисфункция във всички четири крайници. Няма устойчивост за захващане или способност за освобождаване и въпреки че могат да движат ръцете си, нямат достатъчен диапазон на движение, за да хвърлят топката в игрището. Могат да използват помощно устройство като рампа, за да пуснат топката. Могат да се състезават с асистент; асистентите стоят с гръб към корта и нямат право да наблюдават играта.
- ВС4 - Играчите в този клас имат тежка двигателна дисфункция на четирите крайници, както и слаб контрол на торса. Те могат да демонстрират достатъчно сръчност, за да хвърлят топката на игрището. Играчите нямат право на асистенция.

Всеки състезател се състезава с опонент в същата класификационна група в шест рунда.

Спортните занимания и положителното им въздействие формират компенсаторни механизми, преустройват нагласи, стабилизират, създават мотивация за включване в отбор, в изява, допринасят за самостоятелност и независимост при лицата с увреждания, а за специалистите, работещи в социалната сфера, спомагат за нови подходи.

Методика за включване в спортна дейност

Осигуряването на комплексна рехабилитация при организиране на състезания на участниците от социални услуги води до висока активност и желание за тренировки, участие в състезания, пътуване с цел участие в спортни прояви – изпълнението на спортните дейности по проекти е на 100 % с участници, живеещи в социалните услуги, защото зад тях стоят мотивирани мултидисциплинарни екипи, ангажирани с организацията на участника до всеки детайл и допринасят за реално придобиване на самочувствие на лицето с увреждане.

Лицата с физически увреждания, отглеждани в домашна среда, проявяват заинтересованост, но отказват участие в тренировки, спортни състезания, пътувания. Родителите само се информират и оставят на лицето с увреждане да вземе самостоятелно решение, което води до несигурност в собствените възможности – липса на мотивираност и поставяне на бариери. Осигуряването на специализиран транспорт също е водеща причина за трудностите при извозване до терените за тренировки. Резултатът

е участието на две лица с увреждания от домашна среда, със съдействието на родителите (информацията е от 2013 до 2018 година за град Кюстендил и предоставената възможност за провеждане на тренировки и активиране с проведени срещи-разговори с родители на лица с физически увреждания съвместно със социални работници на социални структури).

За обективността на действията на специалистите бе изготвената методика за оценка на възможности и включване на участници в тренировки в адаптиран спорт в социалната услуга Дом за пълнолетни лица с физически увреждания „Ильо войвода”. Тя е с показатели, посочени от мултидисциплинарен екип, включващ медицински работник, социален работник, кинезитерапевт, психолог, трудотерапевт. Показателите се нанасят в таблична карта, която дава възможност за оценяване и включване на желаещите в тренировъчни занимания. Ежедневно се проследява активността на лицето с увреждане и се посочват показателите:

1. Здравословно състояние; 2. Когнитивна оценка; 3. Спортни умения; 4. Устойчив интерес при участие във функционална и занимателна трудотерапия; 5. Социални умения. При събрани точки и сумирането им след поставяне на точка 10, 5 или 0 за всеки показател – подборът се извършва коректно и зачитащо възможностите на индивида – при 50 точки лицето се включва в тренировъчна програма, която се проследява от мултидисциплинарния екип до участие в състезания.

Таблица 1: Индивидуална карта за подбор

ИНДИВИДУАЛНА КАРТА ЗА ПОДБОР				
на /три имена/				
№	Показатели	Критерии/точки/		
		/10т./	/5т./	/0т./
1.	Здравословно състояние	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Когнитивна оценка	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Спортна активност	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.	Интерес при участие във функционална и занимателна трудотерапия	/10т./ <input checked="" type="checkbox"/>	/5т./ <input type="checkbox"/>	/0т./ <input type="checkbox"/>
5.	Социални умения	/10т./ <input checked="" type="checkbox"/>	/5т./ <input type="checkbox"/>	/0т./ <input type="checkbox"/>
Общо точки: т.45				
ИЗВЪРШИЛИ ОЦЕНКАТА: Председател на комисията:..... Членове: 1. – психолог: 2..... – трудотерапевт:..... 3. – лекар:.....				
.....20..... г.				

Комисията изготвя протоколи с резултатите, след което се уведомяват участниците в тренировъчните занимания.

Защо включихме показател от сектор "трудотерапия"? Тя е част от кинезитерапията и наблюдението за устойчивостта на заниманията носи информация за издръжливостта при участие в тренировките. „Трудотерапията е активен кинезитерапевтичен метод, при който се ползва системно трудовата дейност, специално подбрана според заболяването, формата и фазата му и функционалното и психическо състояние на човек” (Паризов, 2002). Тя е предназначена да подпомогне цялостното възстановяване на организма, намиращо израз в настъпващи у болния положителни биофизиологични, психични и социално-етични изменения (пак там). При извършване на подбора броят на желаещите се увеличава и обективността на оценката е важно условие за организацията, за да не се допуснат дискриминационни фактори, които да демотивират останалите.

В резултат, по отношение на показателите, заложи в методиката за оценяване на участниците в международни турнири по адаптиран спорт за лица с увреждания Боча, бяха идентифицирани пет основни теми: здравословен начин на живот, мотивация, воля, тренировъчен процес, дисциплина и отговорност при участие. В предварителните тренировки преди окончателният подбор взеха участие деветнадесет лица с физически увреждания – 10 жени и 9 мъже на възраст между 33 и 75 години.

Таблица 2 Участници - брой мъже и жени по категории

BC1	8 жени	3 мъже
BC2	1 жена	

BC3	1 жена	5 мъже
BC4		1 мъж

Тренировките се провеждаха в спортна зала извън социалната услуга, участниците спазваха стриктно часовете за извозване на състезателите и провеждане на тренировките. Мултидисциплинарният екип, който организира тренировките, включва треньор, съдия, асистенти за четирите класификационни групи, шофьор на специализиран транспорт. За участието в международните турнири подборът определя трима състезатели и един резерва, което води до сформирание на отбор, който представя страната в международно състезание. От участниците се изискваше търпеливост и ползване на адаптирани помощни средства за пътуване - с влак, с автобус, със самолет, което също е предизвикателство за устойчивост и поддържане на здравния и психологичен статус при лицата с физически увреждания. Социалната стойност може да измерим в показателите: общуване, изява в обществото, въвличане в ценностната и дисциплинираща функция на спорта, довеждащи до придобиване на много социални навици и стремежи. Формира се спортен клуб с управление на лица с увреждания и активирането им в създаване на отбори - влизане в група и провеждане на тренировки за обединяване на възможностите в една цел. Сформираният клуб дава възможност за идентифициране и заявяване на своите намерения за участие в състезания и подаване заявка в изготвянето на спортния календар във всяка община. Осигуряват се възможности за финансиране чрез точкуване на активностите – организиране на спортни игри, неолимпийски и олимпийски игри. Създават се обучителни програми за треньори и съдии, мотивират се и се включват доброволци в организираните мероприятия, които са съобразени с международния календар за спортни състезания за лица с увреждания. Желанието на лицата с увреждания е да се организират лагери в рехабилитационни центрове – но все още не е създадена структура за осигуряване на специализиран транспорт, осигурен достъп и планирана програма със специализирани екипи, аниматори и доброволци.

Заклучение

За осем години добрата информираност по отношение на съществуваща възможност за практикуване на адаптиран спорт за лица с физически увреждания на различни възрасти разчупи стереотипите и постави в спортните програми ежеседмичните тренировки,

организиране на градски турнири и междуградски състезания. Играта Боча е с правила, които се учат чрез играене от играчите. Водещата роля е на обучениния съдия, който създава строга и нормативно издържана спортна надпревара. В тази игра няма възрастови ограничения - играе се от една до 101 години. Така с участието на състезатели от социална институция и добре обучени съдии тя навлезе в спортните занимания на социалните услуги в градовете Сандански, Петрич, село Долно Драглище, община Разлог, Благоевград, Ловеч, Варна. Осигуряването на достъпна среда в спортните зали чрез реализиране на проекти към Агенцията за хората с увреждания е в процес на изпълнение. Постигнатото дотук показва как комплексната рехабилитация спомага за активността и предоставянето на възможности за интегрираност на лицата с физически увреждания, а така също поставя устойчиво начало за изграждане на теоретична и практична основа на специализираните екипи и доброволците в неправителствените организации за пълноценна работа.

Библиография:

Българска Параолимпийска Асоциация. Достъпен на 05.07.2019 г. от:

file:///C:/Users/User/Dropbox/Downloads/Lalov_fulltext.pdf

Дом „Ильо Войвода” гр. Кюстендил. Достъпен на 02.07.2020 г. от:

<http://dvfuilyovoyvoda.com/index.php/bg/%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B8/28-2011-08-15-16-54-25>

Закон за хората с увреждания, обн. ДВ. Бр. 105 от 18 Декември 2018 г., в сила от 01.01.2019 г.

Интернационална спортна федерация по Боча – BisFed Достъпен на 02.07.2020 г. от

<http://www.bisfed.com/about-boccia/classification/>

Методика на социалните услуги за хора с физически увреждания №9100-93/11.05.2005г.

Паризов, П. (2002). Рехабилитация на лица с физически увреждания, София

Паризов, П., & Лишев, Н. (2008) Кинезитерапия при медико-социални заболявания.

Благоевград: Неофит Рилски

Правилник за прилагане на закона за хората с увреждания, обн. ДВ. Бр. 27 от 02 Април 2019 г., в сила от 01.04.2019 г.

Сдружение „Партньори – Кюстендил“. Достъпен на 02.07.2020 г. от

<http://polskaboccia.pl/wp-content/uploads/2017/05/Brochure-BOCCIA-Erasmus-Final-bulgarian-version.pdf/>

Стандартни правила на ООН за равнопоставеност и равни шансове за хората с увреждания. Достъп на 05.07- 2019 г. от <https://www.google.bg/search?source=hp&ei=J5IfXfTMBdKfk74PjNmr2A4&q=.+Cтандартни+правила+на+ООН+за+равнопоставеност+и+равни+шансове+>

Jaarsma, E. A. (2014). Sports participation and physical disabilities: Taking the hurdle?!, Gildeprint, Enschede

Sport for Development and Peace International Working Group (SDP IWG). (2008). Harnessing the Power of Sport for Development and Peace: Recommendations to Governments. Retrieved 2 July 2020 from https://www.files.ethz.ch/isn/125443/5092_Final%20SDP%20IWG%20Report.pdf

Sport England, English Federation of Disability Sport (2016) Mapping Disability, Engaging disabled people: the guide. A practical guide for organisers of grassroots community sport, Retrieved 2 July 2020 from https://sportengland-production-files.s3.eu-west-2.amazonaws.com/s3fs-public/engaging-disabled-people_the-guide.pdf

АВТОРСКИ МОДЕЛ НА ХУМАННО ЛИДЕРСТВО

А. Фишбейн

Докторант, Факултет „Обществено здраве, здравни грижи и спорт“, катедра „Медико-социални науки“, ЮЗУ „Неофит Рилски“

Резюме: Статията представя разработването и валидирането на модел на хуманно лидерство, основан на личния опит на автора.

Ключови думи: хуманно лидерство, управленски умения, организационно лидерство, лидерски черти

THE AFIK MODEL OF HUMANE LEADERSHIP

A. Fishbein

PhD student, Department of Medico-Social Sciences, Faculty of Public Health, Health Care and Sport, South-West University “Neofit Riski”

Abstract: The article presents development and validation of a model of Humane Leadership, based on the author's personal experience.

Key words: humane leadership, management skills, organizational leadership, leadership traits

Introduction

Leadership is one of the most discussed and debated topics in the social sciences. It is considered to be one of the most important phenomena in many contexts, and specifically in the context of organizational behavior. As a science it means identifying the causal factors for leadership (Bogensneider, 2016). Leadership is a key component of organizational functioning; much of the leader's work in the organization is to coordinate people's activities and guide them towards achieving the goals and objectives of the organization. It is a process whereby an individual influences a group of individuals to achieve a common goal (Northouse, 2010). Leaders in the organization are under pressure to find ways to increase creativity in their organizations due to growing globalization, competition and an accelerating pace of change.

Habel (2002) found that leaders with strong relationship management skills treat other people with kindness, sensitivity, and compassion. Relationship management centers on the ability to connect with other people and build strong relationships, but it also focuses on developing people through inspirational leadership, building teamwork through collaboration, and resolving interpersonal conflicts. Leaders who excel in relationship management generally have good communication skills and are adept at using their influence to ensure positive results. Relationship management skills are particularly important for leaders in public health, given the highly collaborative nature of the field.

Over the years, adaptations and changes in leadership perceptions and leadership models can be seen in accordance with social, cultural and environmental changes. We see a shift from one-dimensional, goal-oriented models to multidimensional models that speak of a combination of professional and personal characteristics and factors in the leader's image (Fishbein, 2019).

Humane Leadership goes beyond building positive relationships with one's followers. Humane leaders are driven by kindness and deep concern for their followers. They see themselves as servants responsible for the well-being of their subordinates, and as nurturers, who are there not only to help others discover their own voices and inner potential, but also to guide their personal and professional development accordingly, so that they too can become leaders in their own right (Greenleaf, 1977). As such, humane leaders are attentive listeners, who express sincere appreciation and offer constructive feedback through ongoing dialogue (Morgan, 2016; Cornett, 2017).

Development of Humane Leadership Questionnaire

The Preliminary Study began with the researcher's personal story, which commenced with his pondering over his own leadership style and led to the creation of a list of personal traits that distinguished him from his peers. For more than thirty-five years the researcher held leadership and senior management roles, first as an officer in the Israeli Air Force, and then as the CEO or director of various civilian organizations. In all these positions he led people, operations and entire organizations to the highest levels of success, combining both task-oriented and people-oriented skills and strategies.

The ongoing conflict between his personal leadership style and that of his peers got him thinking about what truly makes great leaders – leaders who succeed in motivating their followers in ways that lead to exceptional organizational success.

Based on author's own experiences, a list with the most important traits of a leader was created, but with no categorization or prioritization of them:

1. kind-hearted
2. loves his subordinates
3. believes that caring about others inspires them to follow you
4. optimistic
5. smiles
6. positive attitude even when facing difficulties
7. offers positive feedback
8. honest and reliable
9. sticks with his mission
10. gives people a second chance
11. realistic and stable
12. doesn't *lose it*
13. stands up for his people
14. accountable
15. helps people solve problems
16. doesn't play the *blame game*
17. delegates responsibilities
18. a role model
19. shows people how to improve
20. listens patiently
21. consults with others
22. open to other people's opinions

The researcher's personal list was a starting point to discovering and defining the concepts of humane leadership.

Wisdom of the Crowd

Driven by both passion and curiosity about what other workplace leaders had to say about the key traits of a *Humane Leader*, the researcher uses "*wisdom of the crowd*".²⁵ Social media,

²⁵ The "wisdom of crowds" refers to the result of a very specific process, where independent judgments are statistically combined (i.e., using the mean or the median) to achieve a final judgment with the greatest accuracy.

in general, and Facebook, in particular, are a great tool for accessing “*wisdom of the crowd*”, so that’s where the researcher turned.

In 2015 simple question was posted on Facebook: *What, in your opinion, are the key traits of a Humane Leader?* (The question and the responses were in Hebrew). At the time the researcher’s Facebook page had close to 1000 friends and followers. Within a week, the post received comments from 299 organizational leaders ages 30-65. 81% of the respondents were male; 19% were female. 5% were either acting or former CEOs, while 95% were vice presidents or held middle-management positions. 65% were retired army officers (tabl. 1).

Table 1: Socio-demographic characteristics of respondents in Wisdom of the crowd (N=299)

	Characteristics	% (#)
Gender	male	81% (241)
	female	19% (57)
Age	30-40	2% (6)
	40-50	6% (18)
	50-60	79% (231)
	over 60	15% (45)
Organization Type	high tech	25% (65)
	industry	22% (56)
	business	19% (47)
	education	16% (38)
	start up	14% (31)
	health	12% (26)
	military/security	6% (18)
	hospitality	5% (15)
	other	1% (3)
Higher Education	none	8% (24)
	BA	71% (212)
	MA	19% (57)
	PhD	0
	other	2% (6)
Position	staff	10% (30)
	middle-management	85% (253)
	senior-management	5% (15)
Years of experience	up to 5 years	13% (39)
	5-10 years	36% (107)
	11-20 years	44% (131)
	more than 20 years	7% (21)

On average each respondent provided 2 traits reaching a total list of approximately 600 traits. Then, the traits list was consolidated by grouping similar traits under one heading. This narrowed the list down to 50+ unique traits, which included both operational and people skills. Finally, the traits sets were compared with the original list as can be seen in the table 2. This table compares between the hypotheses for the traits composing a humanistic leader in the researcher’s perspective, and the perception of the respondents in Wisdom of the crowd post.

Table 2: Humane leadership traits – comparison between researcher and respondents in Wisdom of the crowd post

Traits listed by Researcher	Traits listed by respondents to the <i>Wisdom of the Crowd</i> post
Operational Skills	
Visionary	has a vision
Action-Taker	takes calculated risks flexible and adapts to changing situations prepares for crises decisive change-maker takes initiatives skilled at analyzing situations reflects, briefs and assesses processes and outcomes in order to learn for the future seeks creative solutions follows-up
Clear Goals	focuses on what’s relevant and not on what’s not plans sets clear operational goals realistic – doesn’t live in <i>la-la-land</i>
Clear Instructions	good communication skills assertive forthcoming
Perseverance	focused and disciplined passionate sticks with mission
Role Model	positive inspiration professional respectful role model
People Skills	

Kindness	<p>loves and cares for the staff develops relationships with workers' families loves his subordinates believes that caring for others inspires them to follow you helps his subordinates to solve their problems stands up for his people</p>
Listener	<p>listens patiently listens to both sides</p>
Inter-Personal Skills	<p>believes in teamwork collaborates with others to improve achievements consults with others before making important decisions not afraid of strong staff members says what he means and means what he says open to other people's opinions consults with others</p>
	Delegates
	delegates responsibilities
Lifelong Learner	<p>deliberately surrounds himself with people who know more than he does strives for professionalism</p>
	Nurturer
	<p>offers positive feedback supportive challenges and nurtures staff to improve achievements shows others how to improve gives people a second chance</p>
	Accepts his Humanness
	<p>acknowledges mistakes balances work and leisure time</p>
	Positive Attitude
	<p>not moody doesn't <i>lose it</i> smiles optimistic and instills hope trustful positive attitude even when facing difficulties</p>
	Integrity

	loyal to people – superiors and subordinates alike loyal to organization follow's organization policies nurtures organization culture doesn't abuse position of authority and power doesn't use force or fear tactics doesn't practice cheap populism honest reliable accountable stable – doesn't lose it doesn't play the blame game
--	---

Results

The first thing that clearly stands out from the table above is the fact that the researcher's original list lacked basic operational skills to enable moving from having a vision to taking action, and being able to communicate that vision to others. It could be that when the researcher reflected upon his own leadership skills, he focused predominantly on those traits that set him apart from other leaders – i.e. his people skills. In other words, he perceived operational skills as the fundamental core of leadership and people skills unique to a certain type of leaders – what he coined *Humane Leaders*.

The second thing that stands out from this comparison is that, while both the researcher and the respondents to the *Wisdom of the Crowd* post acknowledge the importance of people skills, it appears that for the researcher, the followers are at the heart of his leadership model, while for the respondents, people skills are employed in order to empower followers to get the job done and achieve the organization's goals.

Finally, while not expressed explicitly by the researcher or the respondents, it would appear that motivation is created in two ways. One, followers are inspired by leaders' overall behavior and conduct – their vision, talents and how they treat others. Consequently, they feel committed to their leader to do well. Two, leaders create internal motivation by nurturing their followers. They challenge them and help them improve their performance, while allowing them

to make mistakes. In other words, employees are driven to achieve so as not to disappoint themselves!

Humane Leadership – Traits and Skills– the AFIK Model

The researcher’s personal story was the *trigger*. *Wisdom of the Crowd* supplied a significant quantity of meaningful data from a wide range of contemporary leaders from different fields, types of organizations and experiences. And, the story of Moses provided him with a structured framework and concrete examples of operational skills and people skills in leadership situations (Fishbein, 2019).

Validation of Theoretical model of Humane Leadership

In order to validate the model, 885 respondents were presented with 20 attributes of a 'Humane leadership' and were asked to choose up to ten attributes which, in their opinion, are the central characteristics of a "humane leader". Table 3 presents socio demographic characteristics of the respondents.

Table 3: Socio demographic characteristics of the respondents (N=885)

		N	%
Degree	Bachelor Degree	330	37.8%
	Master degree	229	26.3%
	Ph.D.	37	4.2%
	No academic degree	276	31.7%
Experience in management	Up to 5 years	404	45.8%
	5-10 years	202	22.9%
	11-20	157	17.8%
	21 or more	118	13.4%
Experience as CEO	None	590	66.7%
	Up to 5 years	162	18.3%
	5-10 years	90	10.2%
	11-20	34	3.8%
	21 or more	9	1.0%
Occupation	Industry	106	12.6%
	Education	276	32.9%
	High Tec	61	7.3%
	Services	69	8.2%
	Security	54	6.4%
	Medical Services	43	5.1%
	Innovation	39	4.6%

	Other	190	22.6%
--	-------	-----	-------

Respondents age ranged from 18 to 77, mean=38.6, SD=12.66.

As shown in Table 3, a majority of the respondents have no academic degree (32%) or Bachelor degree only (38%). 26% of the respondents have master degree, and only few (less than 5%) have Ph.D.

Almost half of the respondents reported less than 5 years of experience in management. Another 23% reported between 5 to 10 years of experience, and 18% reported up to 20 years of experience. 13% of the respondents reports more than 20 years of experience. Two thirds of the respondents reported that they have no experience as CEO. Respondents came from various fields, with almost one third of them from the education and 12% from industry. One should note that 23% described their domain of management as 'other' then listed. Figure 1 presents the frequency (percentage) that each attribute was mentioned as central to a “Humane Leader”.

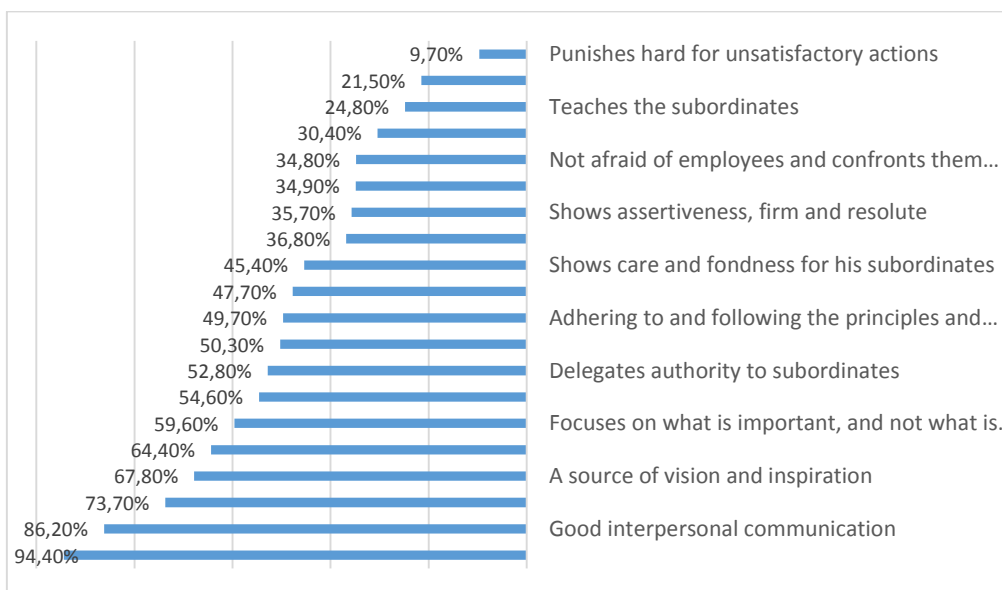


Figure 1: Attributes of a “Humane Leader” through the respondents’ perspective

As can be seen (fig. 1), nine of the attributes were selected by 50% of the respondents and above, another 3 attributes were selected by 45% of the respondents. We advise to include the 12 attributes that were mentioned by at least 45% of the respondents as the attributes to be presented in the final model and the version of the questionnaire.

Test-Retest Reliability

Test-Retest reliability refers to the research tool ability to be consistent over time. Having good test-retest reliability signifies the internal validity of a test and ensures that the measurements obtained in one sitting are both representative and stable over time (Davidshofer, Murphy, 2005). In order to examine the test-retest reliability of the 'Parameter of the human leader' questionnaire, 30 respondents were asked to fill it out again, a week after they had filled it up for the first time.

To calculate the reliability, we built an index that examines whether the respondent responded with the same answer in both measurements for each attribute. Table 4 presents the frequencies and percentage of identical answers.

Table 4: Frequency and percentage of test-retest reliability

Characteristics	N	%
Sets a personal example	30	100.0%
Delegates authority to subordinates	29	96.7%
Good interpersonal communication	28	93.3%
Teaches the subordinates	30	100.0%
Takes risks when necessary	30	100.0%
Maintains a balance between work and leisure	29	96.7%
Focuses on what is important, and not what is insignificant	29	96.7%
Gives credit and positive feedback	30	100.0%
Prepares for crises	29	96.7%
Ensures in collaboration with people that achievement levels will constantly improve	30	100.0%
Shows assertiveness, firm and resolute	26	86.7%
A source of vision and inspiration	29	96.7%
Improves the professional levels of subordinates	29	96.7%
Shows care and fondness for his subordinates	23	76.7%
Not afraid of employees and confronts them when necessary	25	83.3%
Implements organizational culture	28	93.3%
Makes decisions quickly	29	96.7%
Punishes hard for unsatisfactory actions	30	100.0%
Initiates and leads changes without hesitation	26	86.7%
Adhering to and following the principles and procedures of the organization	28	93.3%

As can be seen, agreement rates ranged from 76.7% to 100%, with rates of above 95% in 14 out of the 20 attributes. The average rate of agreement is 94.5%, which is a considerable high range of agreement.

Thus, we can conclude that there is high reliability between the responses to the questionnaire in both periods. This confirms its test-retest reliability.

Conclusion

This leadership model, which is named *Humane Leadership*, brings together *operational skills* and *interpersonal skills* and includes a comprehensive list of traits and an assessment tool. Ranking the features of the model for humane leadership in a web-diagram will provide feedback to the manager regarding how to improve and enhance his humane leadership skills. This tool enables leaders to evaluate their behavior as perceived by themselves as well as the people they work with – their boss, peers and subordinates.

The innovative model is an integrative model which focuses on the well-being of the employees from a humanistic point of view. Meaning, the humane leadership model views employees as individuals, and instructs the leader how to create the best fit between the employee and his/her tasks. Moreover, unlike other trait theories which only characterizes the traits of the leader, the web-diagram aspect of the model defines the *relationship* between the various traits. Hence, it theoretically contributes to the concept of leadership traits and significantly elaborates it.

Another important contribution of this study is from a practical point of view. By using the humane leadership model, supervisors and managers can easily understand their personal type of humane leadership, and also to learn how to train themselves to have stronger impact through specific traits. This accessible tool, once further developed, can be highly valuable to leaders and organizations interested in enhancing their leadership skills.

References:

Bogensneider, B. N. (2016). Leadership epistemology *Creighton Journal of Interdisciplinary Leadership* 2 (2), 3-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.17062/CJIL.v2i2.37>

- Cornett, L. (2017). How to be a Humane Leader in 7 Surprisingly Simple Steps - Your power and influence must be carefully managed, Medium - <https://medium.com/invinciblecareer/how-to-be-a-humane-leader-in-7-surprisingly-simple-steps-7ea164e5df9>
- Davidshofer, C.O., & Murphy, K. R. (2005). Psychological Testing: Principles and Applications. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
- DeWees, B., Minson, J. (2018) The Right Way to Use the Wisdom of Crowds. Harvard Business Review. Retrived from: <https://hbr.org/2018/12/the-right-way-to-use-the-wisdom-of-crowds>
- Fishbein, A. (2015). The Key to Humane Leadership. Tel Aviv: Effie Meltzer.
- Fishbein, A. (2019). Humane leadership. Multidisciplinary journal of science, education and art, Union of Scientists, Blagoevgrad, 450-457
- Greenleaf, R.K. (1977) Servant Leadership: A Journey into the Nature of Legitimate Power and Greatness. Paulist Press, New York.
- Habel, R.W. (2002). The human factor: Nurturing a leadership culture. Strategy + Business, (26), 83-89.
- Morgan, J. (2016). Building an Organization with Truly Human Leadership - How Barry-Wehmiller Treats Their Employees Like Family Members <https://www.inc.com/jacob-morgan/building-an-organization-with-truly-human-leadership.html>
- Northouse, P. G. (2010). Leadership: Theory and practice (6th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Prentice.

ПРОБЛЕМИ НА СОЦИАЛНАТА РАБОТА
(сборник)

Рецензенти:

проф. д-р Васка Станчева – Попкостадинова

доц. д-р Соня Будева

© Мая Чолакова – съставител и научен редактор

© Мария Стойкова – редактор

ISBN 978-954-00-0257-6

УНИВЕРСИТЕТСКО ИЗДАТЕЛСТВО
ЮЗУ „НЕОФИТ РИЛСКИ“