

[1]. Сбор и распространение информации должны осуществляться по следующим принципам: необходимость доступа к широкому кругу информации со стороны специалистов (социологов, психологов, специалистов по социальной работе, юристов); сложность проблемы означает, что в работе необходимы многоплановые стратегии, учитывающие противоречивость причин и решений домашнего насилия.

Официальные системы сбора информации являются одним из способов накопления сведений о насилии в семье. Некоторые системы отчетности дают возможность контролировать меры реагирования различных служб (включая службы здравоохранения, суды, исправительно-трудовые учреждения, кризисные центры, социальные службы, правоохранительные органы) на инциденты, о которых они сообщают. Более того, на национальном уровне механизмы отчетности могут использоваться для контроля эффективности действий широкомасштабных стратегий, таких как кампании по просвещению общественности.

Однако существуют препятствия, которые не позволяют исследователям составить ясное представление о насилии в семье, основываясь на информации из официальных систем отчетности. Социальные службы, как правило, неохотно (поскольку согласно распространенному стереотипу «нельзя выносить сор из избы», «это личное дело семьи» и т.д. и т.п.) дают информацию об имевшей место агрессии. Люди порой склонны замалчивать случаи насилия по целому ряду причин, в том числе из-за предосудительного отношения к жертвам насилия, в связи с проявлением заботы об их безопасности, когда данный случай становится достоянием гласности, а также в связи с тем, что необходимо неразглашения полученной информации. Официальная криминальная статистика ограничивается только фактами, которые в соответствии с законами определяются как акты бытового насилия [4]. Ограниченность таких данных также сужает возможности для оценки эффективности ответных (профилактических, диагностических и реабилитационных) действий. Наконец, различные определения и разные методы, используемые исследователями, усложняют задачу сопоставления данных.

Большинство специалистов сходятся во мнении, что официальная статистика не раскрывает полностью масштабы проблемы [3]. Поэтому подобные данные должны быть дополнены информацией, полученной с помощью обычных механизмов сбора информации (экспертных опросов, опросов жертв, членов их семей, правонарушителей, а также опросов общественного мнения).

В некоторых странах сбор информации производится на национальном уровне. Такой сбор данных способствует выработке общих усилий по систематизации информации об агрессии в обществе. В Центральной Европе и США существуют национальные справочные центры, которые периодически определяют масштабы и уровень применения насилия, владеют комплексной информацией как о потерпевших, так и об агрессор-

становятся постольку, поскольку при этом нарушается процесс их естественной социализации, их развитие начинает отклоняться от социальных норм и правил. Это различие обуславливает специфику социально-педагогической деятельности, т. е. особенности ее содержания, форм, методов, технологий, по сравнению с социальной работой, хотя во многом они пересекаются.

В то же время и сама социально-педагогическая деятельность чрезвычайно разнообразна. Поскольку это научное понятие, как и обозначаемое им социально-профессиональное явление, появилось недавно и пока еще находится в стадии разработки, не существует и общепринятых классификаций социально-педагогической деятельности. Однако уже сегодня достаточно четко обозначился ряд оснований для выделения разновидностей социально-педагогической деятельности. Так как социально-педагогическая деятельность направлена на разрешение проблемной ситуации ребенка, одним из оснований ее разновидностей могут выступать категории детей с проблемами.

Н.Ю. Масленцева

Приоритетные направления в исследовании насилия в семье

В системе знаний о насилии в семье, накопленных в результате проведенных зарубежных и отечественных исследований, остается весьма существенный пробел относительно эффективных способов получения информации. Успешный сбор информации создает динамичный источник, который позволяет накапливать комплексную, последовательную, сопоставимую, специфическую для представителей того или иного пола информацию о домашнем насилии. Кроме того, сбор подобной информации основывается на разработке стратегий исследований, необходимых для оценки и характера проблемы. Не менее важно, что это позволяет разработать методики оценки, позволяющие проверить уже апробированные и новые стратегии борьбы с семейным насилием.

Деятельность по сбору данных должна быть связана с механизмами распространения информации, обмена опытом и содействия диалогу между специалистами. Совершенствование всех форм обмена информацией на местном, региональном, национальном и международном уровнях создает мощный потенциал новаторского и адекватного решения проблемы борьбы с насилием в семье.

Стратегия сбора и распространения информации должна осуществляться с учетом общепринятых норм этики и международных документов по правам человека. Согласно резолюции ООН, стремление к знаниям не должно причинять зло жертвам, ущемлять права жертв и нарушителей

ку, обеспечивающие целенаправленное и целесообразное функционирование системы. В эту группу принципов входят:

- *адресность помощи*, т. е. оказание ее не всем, а конкретному ребенку, его семье, попавшим в трудную жизненную ситуацию;
- *гарантированность помощи*, предполагающая, что ребенок, обратившийся самостоятельно в систему социально-педагогической поддержки или переданный ей, обязательно получит ее;
- *оперативность помощи*, требующая того, чтобы ее организация обеспечивала быструю и своевременную помощь каждому ребенку;
- *конфиденциальность помощи*, которая предполагает, что сведения о ребенке или его семье не подлежат разглашению или использованию без их ведома или согласия;
- максимально возможное *сохранение ребенка в привычной социальной среде*, сохранение его микросоциальных связей с семьей, родственниками, близкими людьми, друзьями;
- *ранняя диагностика* задержки или искажения социального, умственного или психического развития ребенка;
- *лично-индивидуальный подход* к каждому ребенку, основанный на анализе его медицинских, социально-психологических и педагогических характеристик;
- *комплексность решения проблемы* каждого конкретного ребенка с учетом его индивидуальной ситуации;
- *принцип «помоги себе сам»*, предполагающий построение индивидуальной программы социально-педагогической поддержки на основе выявления и закрепления собственных возможностей ребенка и семьи по преодолению трудной жизненной ситуации;
- *приоритет воспитательных форм воздействия* перед традиционными мерами перевоспитания и наказания;
- *приоритет амбулаторных* медико-психолого-педагогических методов оказания психиатрической и наркологической помощи ребенку перед методами стационарного и диспансерного лечения;
- *изменение системы потребностей* ребенка с учетом его индивидуальных физических и психических возможностей в направлении самостоятельной трудовой деятельности и полноценного участия в жизни общества;
- *формирование и поддержка* ориентации ребенка на здоровый образ жизни, включая и духовное развитие.

Все выделенные принципы взаимосвязаны между собой, поэтому игнорирование одного из них неизбежно повлечет за собой нарушение других, что разрушит целостность системы.

Дети, положение которых характеризуется как социально неблагополучное, также являются объектом социальной работы. Однако, как было показано выше, объектом социально-педагогической деятельности они

альным программам. Построенная по этому принципу система также исключает или максимально уменьшает любого рода изоляцию детей от привычной для них социальной среды;

- *приоритет профилактических мер* социально-педагогической поддержки детей, ориентированных на предупреждение факторов риска, конфликтов и кризисных ситуаций, на сохранение и укрепление нормальных, благоприятных для развития ребенка условий. Реализация этого принципа предполагает создание действенных механизмов ранней диагностики проблем детства, причем эти механизмы должны быть четко ориентированы на учреждения и службы, решающие те или иные социально-педагогические проблемы;

- *комплексность*, предполагающую создание такой системы поддержки детства, в которой ребенок получает возможность решить все имеющиеся у него проблемы (здоровья, образования, трудоустройства, имущества, жилья), что достигается созданием учреждений и служб различной специализации, работающих в рамках единых программ. Реализация этого принципа позволит преодолеть существующую в настоящее время пропасть между социальными, психологическими, педагогическими, медицинскими и юридическими аспектами оказания помощи детям;

- *сочетание специализаций* и, в то же время, интеграции всех служб и учреждений-субъектов социально-педагогической поддержки детей, когда специализация одних служб системы обуславливается специализацией других, а в совокупности они дополняют друг друга;

- *организационно-функциональную взаимообусловленность* социально-педагогических учреждений и служб, оказывающих помощь и поддержку детям, когда организационная структура и функционирование каждой существующей службы ориентированы на все другие службы системы; при этом изменение организационной структуры или специализации одной службы либо создание новой влекут за собой модернизацию других служб и учреждений;

- *разнообразие форм и методов* разрешения трудных жизненных ситуаций детей, позволяющее построить индивидуальную, адекватную проблеме ребенка программу социально-педагогической поддержки;

- *научную, методическую и технологическую обеспеченность* деятельности всех типов учреждений и служб социально-педагогической поддержки детства, входящих в систему. Выделение этого положения в качестве самостоятельного принципа подчеркивает важность такого рода обеспечения для организации и функционирования системы социально-педагогической поддержки детства в целом, требует создания в ее структуре специальных компонентов, ответственных за реализацию этого принципа на регулярной непрерывной основе.

Деятельностно-функциональные принципы отражают общие положения практической реализации вышеизложенных принципов при оказании социально-педагогической помощи и поддержки конкретному ребен-

не могут и не должны брать на себя конкретное решение социальных вопросов. Что касается служб планирования семьи, то во вновь создаваемых центрах планирования семьи (чаще всего они организуются на базе ранее существующих женских консультаций) пока не найдено достойное место социальной работе, хотя необходимость в ней имеется. Существующая модель международного женского центра «Будущее женщины» по созданию социальной службы планирования семьи подтвердило целесообразность ее создания [2].

При анализе деятельности социальных служб в медицине и социальной работе как профессиональной деятельности последняя может оказаться «спасательным кругом» для решения многих проблем, в частности по организации санитарно-просветительской, профилактической, разъяснительной, консультативной, патронажной деятельности в системе центров планирования семьи через образовательные учреждения, промышленные предприятия и другие организации.

Вопросы полового воспитания и сексуального воспитания детей и подростков приобрели особую актуальность в связи с участвовавшими случаями заболеваний, передающихся половым путем, феноменом подросткового материнства [3].

Серьезную обеспокоенность вызывают изменения в состоянии здоровья девочек-подростков, показатели заболеваемости среди них на 10–15% выше, чем у юношей. За последние годы на 30% увеличилось число выпускниц школ, имеющих хронические болезни. В возрасте 15 лет гинекологические заболевания выявляются у 70% школьниц, а к 17 годам – уже у 92%. У подростков, живущих половой жизнью, частота этой патологии в 3 раза выше, чем у сверстниц, не вступивших в сексуальную связь. Частота гинекологических заболеваний за последние 5 лет увеличилась среди девочек-подростков в 3 раза [4].

Более быстрое половое созревание и раннее начало половой жизни привели к появлению феномена «юное материнство», что отрицательно отражается как на здоровье новорожденных, так и на здоровье юных матерей. В последние годы около 1,5 тысяч новорожденных рождаются у матерей в возрасте 15 лет, 9 тысяч – у матерей в возрасте 16 лет [4]. У юных беременных чаще развивается анемия, поздние токсикозы, преждевременные роды. Материнская смертность среди подростков в 5 раз выше, чем в общей популяции. По данным Минздрава РФ, в структуре материнской смертности около 10% приходится на женщин в возрасте моложе 20 лет.

Среди подростков-девочек нарастает число психических и социально обусловленных заболеваний, распространяются рискованные формы сексуального поведения, что наносит вред здоровью будущих отцов и матерей: за последние годы заболеваемость сифилисом среди подростков возросла в 30 раз, гонорей – на 18%, каждый 10-й аборт в стране проводится у девочек подросткового возраста [1]. В частности, стоит отметить,

что существенно уменьшилось количество критериев на разрешение абортов по социальным показателям при сроке беременности до 22 недель. Раньше социальных показателей было 12, теперь – 5. В связи с этим, может увеличиться число абортов, в том числе криминальных, на поздних сроках беременности среди подростков.

Жизнь показывает, что условием успешной работы по предупреждению заболеваний, передаваемых половым путем, профилактике абортов является широкое санитарное просвещение всех слоев населения. Чем раньше подросток получит необходимый объем информации в доступной его возрасту форме, тем больше у него шансов избежать тяжелых последствий и заболеваний.

По данным ВОЗ, внедрение программ полового воспитания в различных странах способствует тому, что молодые люди, получившие своевременную, грамотную и адекватную возрасту информацию, позднее начинают вести сексуальную жизнь, чаще пользуются контрацептивами, ответственнее относятся к своему здоровью.

В связи с ухудшением состояния здоровья подростков и в целях его защиты на государственном уровне от вредного воздействия социальной среды, воспитания чувства ответственности за свое здоровье в рамках целевой Федеральной программы «Планирование семьи» изданы большим тиражом и направлены в территории информационно-методические материалы по проблемам полового воспитания и здорового образа жизни.

Российской академией образования разработана концепция полового воспитания школьников, в соответствии с которой осуществляется разработка конкретных программ для педагогов, родителей, школьников по гигиеническому, нравственному и половому воспитанию детей и молодежи. Реализация задач по охране здоровья девочек-подростков осуществляется в соответствии с концепцией развития здравоохранения в РФ в рамках национальных планов действий по улучшению положения женщин и детей, Президентской программой «Дети России».

Библиографический список

1. *Баклаенко Н.Г., Стукалова Г.И.* Охрана здоровья женщин: современные проблемы // *Здравоохранение.* 1999. № 5.
2. *Григорьева Н.* Социальная работа в службах планирования семьи // В кн.: *Гуманистический подход к охране здоровья / Под ред. Н.Берковитц, М., 1998.*
3. *Журавлева И.В.* Самосохранительное поведение подростков и заболевания, передающиеся половым путем // *Социол. исслед.* 2000. № 5.
4. *Резер Т.М.* Медико-социальные подходы к организации полового воспитания и сексуального образования // Там же. 2003. № 1.