

Міністерство освіти і науки України
University of Applied Sciences, Zittau/Görlitz, Germany Університет
прикладних наук, Циттау-Герлиц, (Німеччина)
Жешувський університет (Польща)
Мозирський державний педагогічний університет імені імені І.П.
Шамякіна (Республіка Білорусь)
Костанайська академія імені Шрақбека Кабилбаєва МВС
(Республіка Казахстан)
Holy Cross University (Польща)
Реджайнський університет (Канада)
Глухівський національний педагогічний університет
імені Олександра Довженка
кафедра соціальної педагогіки і соціальної роботи



Медико-соціальні проблеми в теорії і практиці соціальної роботи

***Матеріали Міжнародної науково-практичної
інтернет-конференції
25-26 жовтня 2018 р.***

Глухів – 2018

УДК 37

М 42

*Затверджено на засіданні ради факультету педагогіки і психології
Глухівського НПУ ім. О. Довженка. Протокол № 4 від 23.11.2018 р.*

Редакційна колегія:

Мищик Л. І. – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри соціальної педагогіки і соціальної роботи Глухівського НПУ ім. О. Довженка;

Тюльпа Т. М. – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної педагогіки і соціальної роботи Глухівського НПУ ім. О. Довженка;

Корнієнко Т. М. – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної педагогіки і соціальної роботи Глухівського НПУ ім. О. Довженка;

Панченко С. П. – старший викладач кафедри соціальної педагогіки і соціальної роботи Глухівського НПУ ім. О. Довженка;

Смик А. С. – асистент кафедри соціальної педагогіки і соціальної роботи Глухівського НПУ ім. О. Довженка;

Науковий редактор:

Мищик Л. І. – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри соціальної педагогіки і соціальної роботи Глухівського НПУ ім. О. Довженка.

М 42
Медико-соціальні проблеми в теорії і практиці соціальної роботи: матеріали Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, м. Глухів, 25-26 жовтня 2018 року / Міністерство освіти і науки України, Глухівський НПУ ім. О. Довженка [та ін.] / [укл. Л. І. Мищик, Т. М. Тюльпа, Т. М. Корнієнко, С. П. Панченко, А. С. Смик] ; заг. ред. Л. І. Мищик. – Глухів : Глухівський НПУ ім. О. Довженка, 2018. – 57 с.

У збірнику представлено матеріали Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції «Медико-соціальні проблеми в теорії і практиці соціальної роботи», фундатором якої виступила кафедра соціальної педагогіки і соціальної роботи Глухівського НПУ ім. О. Довженка 25-26 жовтня 2018 року.

Збірник адресовано науковцям, викладачам, аспірантам, студентам, а також усім тим, хто цікавиться медико-соціальними проблемами підготовки фахівців соціальної роботи.

УДК 37

Подані на конференцію матеріали видаються в авторській редакції.
Відповідальність за достовірність інформації покладається на авторів.

© Глухівський національний педагогічний університет
імені Олександра Довженка, 2018
© Автори

ЗМІСТ

<i>Бльомерс В.</i> Соціальна медицина та соціальна робота у галузі інклюзивної освіти. Співпраця на рівних.....	4
<i>Міщик Л. І.</i> Система медико-соціальних послуг в Україні	7
<i>Криловець М. Г.</i> Використання елементів медичної географії у підготовці майбутніх фахівців з соціальної роботи.....	10
<i>Тверезовська Н. Т., Гаріна С. М.</i> Підготовка соціальних працівників і Сполучених Штатах Америки для роботи у сфері громадського здоров'я	12
<i>Демченко О. П.</i> Соціальні проблеми обдарованих дітей як особистостей з особливими освітніми потребами.....	17
<i>Тюльпа Т. М.</i> Підготовка майбутніх фахівців соціальної сфери до надання медико-соціальних послуг під час проходження практики	21
<i>Корнієнко Т. М.</i> Реалізація медико-соціального патронажу як медико-соціальної послуги особам похилого віку	25
<i>Захаріна М. І., Березова О.</i> Використання методів арт-терапії в професійній діяльності соціального працівника з людьми, які мають порушення психічного здоров'я	29
<i>Панченко С. П.</i> Профілактика падіння та травматизму людей похилого віку в соціальній роботі	33
<i>Кривенко Т. В.</i> Використання основ психосоматики у здійсненні психологічного та соціально-педагогічного супроводу навчально-виховного процесу у дітей дошкільного віку та молодшого шкільного віку	37
<i>Ветрова О. Д.</i> Медико-соціальні проблеми обдарованих дітей	40
<i>Єгорова К. Г.</i> Діти молодшого шкільного віку з діагнозом ДЦП як об'єкт соціально-реабілітаційної роботи майбутніх соціальних працівників: медичний аспект	43
<i>Курант О. Є.</i> Медична допомога в системі надання соціальних послуг в Республіці Польщі.....	48
<i>Смик А. С.</i> Особливості впливу інтернету на соціалізацію підлітка: теоретичний аспект	52

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА СОЦІАЛЬНА РОБОТА У ГАЛУЗІ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ. СПІВПРАЦЯ НА РІВНИХ

Вольф Бльомерс – європейський координатор програм бакалаврату та магістратури із соціального включення, доктор педагогічних наук, професор Університету прикладних наук Циттау-Герліц

ВСТУПНЕ СЛОВО. Мої короткі тези мають за основу німецьке бачення майбутнього та мій особистий досвід як педагога, психолога та фізіотерапевта, не медичного співробітника; тим не менше: мій внесок базується на досвіді багаторічної професійної співпраці з науковцями та практиками. Ось чому я звертаюся до праць німецьких колег (Норбер Рюкерт, Єва Любер та інші).

ПРОТИРІЧЧЯ. Міждисциплінарні зв'язки між медициною та соціальною роботою завжди були непростими та суперечливими з початку їх взаємодії. Очевидно, що здоров'я містить значну соціальну складову, що потребує соціо-політичного впливу та доступу до соціальної роботи. Стан здоров'я часто сприймався як індикатор суспільних проблем, недоліків, дискримінації. Історично медицина претендувала на пальму першості у структурній науковій ієрархії подібно Єсаву та Якову. Тож питання соціальної роботи часто розглядалися з позиції медицини або соціології, педагогічний же аспект завжди нівелювався. В результаті співвідношення між науковими дисциплінами характеризуються взаємним невіглаством, або ж згадуванням один одного як побічної проблеми – в той час як значна частина випускників працює у галузі охорони здоров'я. Згідно вищеперерахованого соціальна робота була близька до втрати власних позицій та подальшого розвитку, який був зумовлений науковими та політичними змінами.

НОВІ ПЕРСПЕКТИВИ. Зміна нового мислення та наукової парадигми були спричинені численними революційними науковими відкриттями у галузях екології, неврології та соціології. Виникли поняття «конституції радикальної множинності», «культури відмінностей та різноманітності», «плюралізм традицій, цінностей та ідеологій».

Взаємодія та соціально-структурні взаємозв'язки усіх феноменів (фізичних, біологічних, ментальних, соціальних, культурних) змінили бачення людини та соціально значущих наук. Зміна перспектив (міждисциплінарне екологічне розуміння, нова ідея людини, що виникли під впливом самодетермінації та вчення направленості на себе) спричинили крах першості медицини і появу парадигми взаємозалежності та мультидисциплінарності та співробітництва на рівних умовах.

НОВІ ВІДКРИТТЯ. Крім того, завдяки цим змінам виникли нові науки про здоров'я, наприклад салютогенез (професор Антоновський), перспективи щодо соціальних та навколишніх індикаторів бідності, незначні шанси на освіту через матеріальні негаразди, знання неврологічних дисциплін, що інвалідність в основному не індивідуальна неспроможність, а результат

скаліченого соціального діалогу. Це призводить до нових тлумачень Світової організації охорони здоров'я, яка виокремлює проблему обізнаності.

За будь-яких обставин, розвиток людства потребує усвідомлення соціальних умов та спільного діалогу. Тільки в умовах консенсусу існує можливість, що внутрішня суб'єктивна діяльність та допоміжна система зовнішнього впливу можуть бути структурно взаємопов'язаними. Усвідомлення цілісності стану людини як біологічної психо-соціальної єдності забороняє тривіальне скорочення підтримки, забороняє кожне ізольоване просування терапії, а також фокус на методи, які не вбудовані в загальний контекст біологічного психо-соціального стану відповідної людини. (Cf Störmer, 2006, 214)

СПІВРОБІТНИЦТВО НА РІВНИХ. Уявлення про лікування винятково лікарськими засобами має бути залишеним у минулому. Знання обох дисциплін – Медицини та Педагогіки/Психології – слугує запорукою розуміння стану людини. Вивчення та практика здобутків вищеперерахованих галузей є ознакою справжнього професіоналізму. Що ж це означає?

КОНТЕКСТ ІНКЛЮЗІЇ. Необхідно мати якомога більше знань про причини, ефекти та роботу з минулим досвідом. Це допоможе нам зрозуміти суб'єктивний стан здоров'я та інтерактивний досвід особи, що посприяє подальшій комунікації та процесу підтримки. Нестача цих знань може призвести до помилок, що можуть мати катастрофічний ефект. Наприклад, без спеціальних знань про синдром Дауна, спроби допомогти людині втратити зайву вагу за допомогою фізичних тренувань (біг) можуть мати фатальні наслідки. Через серцеву недостатність, що супроводжує синдром Дауна, існує небезпека загибелі людини протягом виконання фізичних вправ (cf. Rückert 2006, 135).

Соціальна робота/ Соціальна педагогіка та Соціальна медицина мають спільно збагатитися своїми здобутками та на цій основі розвинути нові концепції щодо змісту навчальних курсів (на засадах рівності!), шляхом виділення, наприклад: проти визнання ліків як єдиного засобу підтримки – необхідно провести межу між хворобою та інвалідністю: у той час як хвороба є скаргою на здоров'я, що потребує лікування, таке визначення не є підходящим для інвалідності. Інвалідність – це лише зменшена або недостатня фізична або ментальна складова, що має оцінюватися нейтрально. Залишається відкритим питання ступеню обмеженості можливостей кожної людини. Це залежить від самооцінки у контексті соціальних можливостей (cf. Kuhlmann 2003, 151 f.).

Навіть у рамках «класичної» концепції здоров'я ми вже знаходимо концепції, які враховують як зовнішню, так і внутрішню перспективи, наприклад, у відмінності між метою і суб'єктивним діагнозом («висновки» та «почуття»). Крім того, я хочу наголосити на відмінності, яка була розроблена виходячи з (феноменологічної) філософії між «тілом, яке ми маємо» та «тим, ким ми є» (Fuchs 2000).

Навіть, якщо необхідно зробити чітке розмежування між хворобою та інвалідністю, було б корисно розробити філософію важливості тілесного для розуміння внутрішнього, суб'єктивне вираження інвалідності.

На протигагу медичинської точки зору, яка спрямовує людину з особливими потребами на лікування та пристосування до навколишнього світу згідно з особистими можливостями й матеріальними ресурсами та умовами, які існують у світі: Людина не має обмежень. Вона обмежена суспільством! Немає необхідності виправляти людину, навпаки – необхідно трансформувати соціальний та матеріальний устрій для забезпечення доступності участі у суспільній діяльності для всіх.

Крім практичних зусиль (наприклад, тих, що стосуються «доступності») необхідно переглянути саму концепцію нормальності. Особливо – культурно розвинена інтерпретація нормальності, яка домінує у дискурсі та яка породжує відхилення від так званої «нормальності» генерує тиск для контролю або видалення відхилення.

Відповідь на питання про те, що ми повинні знати або розуміти про фізичні вади, функціональні розлади та інвалідність, як і раніше залишається тривалим процесом. Зрештою, як, наприклад, Д. Вебер зазначив, ми не будемо мати справу з відповіддю на запитання про порушення, інвалідність тощо. «У запитанні про те, як ми справляємося з людьми, які відрізняються від нас, яких ми не розуміємо головне – неважливо хто ці люди, важливо ким хочемо бути ми. (...) Запитання «Наскільки реальна ця неспроможність?» – не може бути вирішене теоретично, але змушує нас аналізувати практику взаємодії з людьми у педагогічному контексті (Weber 2003).

ЗАВДАННЯ. Завершальне, але не останнє: робота з охорони здоров'я та соціальна медицина працюють згідно наступних стратегій:

- пропаганда;
- розширення прав та можливостей;
- встановлення та підтримання контактів, які використовуються у п'яти напрямках: розвиток здорової державної політики; створення здорового середовища; розвиток особистих компетенцій, особиста підтримка; підтримка заходів охорони громадського здоров'я; реорганізація системи надання медичних послуг (Naidoo & Wills 2003, 76-77, VzGA 2003).

Вважаю, що соціальна медицина та соціальна робота у майбутньому можуть мати плідну співпрацю (на засадах рівності), змушуючи об'єднати інформаційні кампанії та знання батьків, вчителів, адміністрації, політиків, соціальних груп, шляхом надання повноважень та супроводу зацікавленим особам, шляхом створення спільних робочих та дослідницьких груп, шляхом сприяння міжнародному обміну, конференціям, дослідницьким проектам тощо.

СИСТЕМА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

*Мищик Л.І. – доктор педагогічних наук,
професор, завідувач кафедри соціальної
педагогіки і соціальної роботи
Глухівського національного педагогічного
університету імені Олександра Довженка*

Участь соціальних працівників у наданні медико-соціальної допомоги громадянам є предметом їх професійної діяльності в рамках профільного напрямку – медико-соціальної роботи. Серед різних видів медико-соціальної допомоги особливе місце займає організація заходів соціального характеру по догляду за хворими, особам з інвалідністю, громадянами похилого віку.

Даний вид медико-соціальної допомоги, який організовується в установах соціального обслуговування, носить назву «соціальне обслуговування». В рамках соціального обслуговування населенню надається значний обсяг різних соціальних послуг, у тому числі і соціально-медичні послуги, які надають соціальні працівники закладів соціального обслуговування.

Соціальні послуги повинні передбачати допомогу і всебічну підтримку громадянам, які опинилися у важкій життєвій ситуації.

Залежно від призначення вони поділяються на такі основні види:

- Соціально-побутові, спрямовані на підтримку життєдіяльності громадян у побуті;
- Соціально-медичні, спрямовані на підтримання та покращення здоров'я громадян;
- Соціально-психологічні, що передбачають корекцію психологічного стану громадян для їх адаптації в середовищі проживання (суспільстві);
- Соціально-педагогічні, спрямовані на профілактику відхилень у поведінці та аномалій особистого розвитку клієнтів соціальних служб, формування у них позитивних інтересів, у тому числі в сфері дозвілля, організацію останнього, надання сприяння в сімейному вихованні дітей;
- Соціально-економічні, спрямовані на підтримку і поліпшення життєвого рівня;
- Соціально-правові, спрямовані на підтримку або зміну правового статусу, надання юридичної допомоги, захист законних прав та інтересів громадян.

Соціальні послуги надають клієнтам соціальної служби в стаціонарних (стаціонарних відділеннях установ), в напівстаціонарних (відділеннях денного та нічного перебування установ), в нестаціонарних установах (нестаціонарних відділеннях установ), на дому, в комплексних закладах (відділеннях комплексного характеру установ), в інших установах, у тому числі громадянами, які займаються підприємницькою діяльністю в сфері соціального обслуговування населення без утворення юридичної особи.

При прийнятті рішення про надання конкретних соціальних послуг враховують інтереси клієнта, стан його здоров'я, специфіку важкої життєвої ситуації, в якій той перебуває, зміст індивідуальної програми реабілітації (за наявності такої програми), короточасність або довготривалість потреби в цих послугах, матеріальні можливості клієнта й інші об'єктивні чинники.

Національним стандартом встановлено порядок та умови надання соціальних послуг, що надаються на підставі звернення громадянина, його опікуна, піклувальника, іншого законного представника, органу державної влади, органу місцевого самоврядування або громадського об'єднання у відповідні органи або установи соціального захисту населення (у тому числі в установи інших форм власності), які беруть по цій заявці рішення про надання запитуваних послуг.

При отриманні соціальних послуг громадяни повинні мати право:

- На вибір установи та форми обслуговування в порядку, встановленому органом соціального захисту населення;
- Інформацію про свої права, обов'язки і умови надання соціальних послуг;
- Поважне і гуманне ставлення з боку працівників установ соціального обслуговування;
- Конфіденційність інформації особистого характеру, що стала відомою працівникові установи соціального обслуговування при наданні соціальних послуг;
- Захист своїх прав і законних інтересів, у тому числі в судовому порядку;
- Відмова від соціальних послуг.

Згода на соціальне обслуговування осіб, які не досягли 14 років, та осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, дають їх законні представники після отримання необхідної інформації у сфері соціального обслуговування. При тимчасовій відсутності законних представників рішення про згоду приймають органи опіки та піклування.

Громадяни, що направляються в установи, а також їх законні представники мають бути попередньо ознайомлені з умовами проживання або перебування в зазначених установах і видами соціальних послуг, що надаються ними. Приймання громадян до стаціонарного закладу має бути здійснене на підставі особистої письмової заяви та підтверджено їх підписом, а осіб, які не досягли 14 років, та осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, – на підставі письмової заяви їхніх законних представників.

Розміщення в спеціалізовані стаціонарні установи бездоглядних, безпритульних дітей і підлітків, які знаходяться в соціально небезпечному положенні і потребують соціальної реабілітації, здійснюють на підставі:

- Особистого звернення неповнолітнього;

- Заяви батьків неповнолітнього або його законних представників з урахуванням думки неповнолітнього, який досяг 10 років, крім випадків, коли облік думки неповнолітнього суперечить її інтересам;

- Направлення органу управління соціальним захистом населення або узгодженого з цим органом клопотання посадової особи органу чи установи системи профілактики бездоглядності та правопорушень неповнолітніх;

- Постанови особи, яка провадить дізнання, слідчого, прокурора або судді в разі затримання, арешту або засудження батьків або законних представників неповнолітнього;

- Акта оперативного чергового районного, міського відділу (управління) внутрішніх справ, відділу (управління) інших муніципальних і адміністративно-територіальних утворень про необхідність приміщення неповнолітнього в подібна установа.

Соціально-економічна послуга надається клієнтам з метою підтримати і поліпшити їхній життєвий рівень шляхом надання матеріальної допомоги, консультування, сприяння у працевлаштуванні, у вирішенні інших соціально-економічних проблем життєдіяльності.

Матеріальна допомога може бути розглянута як соціально-економічна послуга, що складається в наданні клієнтам грошових коштів, продуктів харчування, засобів санітарії і гігієни, засобів догляду за дітьми, одягу, взуття та інших предметів першої необхідності, палива, а також спеціальних транспортних засобів, технічних засобів реабілітації осіб з інвалідністю та осіб, які потребують стороннього догляду.

Соціально-медична послуга надається клієнтам з метою підтримки і поліпшення стану їх здоров'я, соціально-медичної реабілітації шляхом організації лікувально-оздоровчих заходів, надання медикаментів та медичної техніки, консультування, сприяння в своєчасному отриманні кваліфікованої медичної допомоги, у вирішенні інших соціально-медичних проблем життєдіяльності.

Соціально-медичний патронаж як соціально-медична послуга полягає в систематичному спостереженні за клієнтами для виявлення відхилень у стані їхнього здоров'я та надання їм, при необхідності, соціально-медичної допомоги.

Вищеназвані послуги можуть бути реалізовані у вигляді соціально-педагогічного патронажу – систематичної роботи з батьками, опікунами, піклувальниками, дітьми, в тому числі вдома, для забезпечення нормального виховання та розвитку дітей.

ВИКОРИСТАННЯ ЕЛЕМЕНТІВ МЕДИЧНОЇ ГЕОГРАФІЇ У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ З СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

Криловець М. Г. – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри соціальної педагогіки та соціальної роботи Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя

Майбутнє нашої держави залежить від рівня освіти тому важливою ланкою входження України в Європейську спільноту є збереження здоров'я людини, формування культури здоров'я і безпеки життєдіяльності всіх верств населення.

Формування потреби у здоровому способі життя молоді – важливий крок на шляху активізації людського фактора, який має кінцевою метою забезпечення всебічно гармонійного розвитку особистості. Здоровий спосіб життя має реалізовуватися в сукупності всіх основних форм життєдіяльності – трудової, суспільно-побутової та у дозвіллі. Формування здорового способу життя передбачає закріплення комплексу оптимальних навичок, умінь та відповідних стереотипів, які охоплюють раціональну організацію праці, дозвілля, харчування, фізичну активність, сферу індивідуальної гігієни, сімейне життя, виключаючи шкідливі звички. Більшість науковців сходяться на тому, що необхідно виховну роботу в навчальних закладах організувати так, щоб у молоді сформувалась активна життєва позиція, щоб діти і молодь займалися свідомим та цілеспрямованим самовдосконаленням.

Реалізація здорового способу життя молоді є важливою ланкою формування могутньої, процвітаючої держави, адже тільки здорові фахівці можуть творити нові технології, виробляти необхідну кількість якісного товару, ефективно навчати та виховувати, боротися з хворобами. Здорова людина є носієм гуманності, душевного добра, високих моральних якостей, творцем історії.

В процесі підготовки майбутніх фахівців з соціальної роботи викладач має можливість довести студентам який величезний вплив мають природні фактори на людський організм і показати практичну користь медико-географічних знань. Саме набуті знання дозволять належним чином підготуватись до поїздок у зарубіжні країни.

Під час розгляду медико-соціальних проблем потрібно дати необхідні знання про хвороби, що викликаються географічними факторами (серцево-судинні, сонячний та тепловий удар, фотоеритема (сонячний опік), рак шкіри, ушкодження, пов'язані з дією холоду, снігова сліпота, гірська хвороба); хвороби зумовлені контактами з отруйними рослинами та алергенами рослинного походження (отруєння грибами, латиризм, кропивниця, бронхіальна астма, сінна лихоманка); хвороби, пов'язані з агресивною поведінкою тварин та отрутами тваринного походження, інфекційні хвороби (ебола, зіка, СНІД, фрамбезія, беджель, венеричні, кір, грип, дифтерія,

скарлатина, черевний тиф, холера бактеріальна дизентерія, амебіаз, висипний тиф, малярія, лихоманки, хвороби-зоонози, хвороби-сапронози) ушкодження та хвороби людей, що виникають внаслідок дії стихійних сил природи (землетрусів, цунамі, вулканічних вивержень, смерчів, тропічних циклонів, повеней, аномально низьких та високих температур повітря, зсувів, обвалів, лавин); хвороби пов'язані з соціально-економічними умовами життя та традиціями різних народів (стреси та нервові депресії, порушення системи травлення, злоякісні пухлини, авітаміноз, дія тютюну, алкоголю та наркотиків на організм людини); хронічні хвороби як результат забруднення довкілля; хвороби, пов'язані з техногенними аваріями та катастрофами.

Викладачу також потрібно розповісти студентам і про сучасні фактори, які формують медико-екологічну ситуацію, особливо в містах – психоемоційні навантаження, гіподинамія, однотипне харчування, і все це – в умовах постійного забруднення середовища: хімічного, фізичного, теплового, електромагнітного тощо. Такий спосіб життя спонтанно зумовлюється цивілізацією, загальними рисами якої слід вважати високі темпи урбанізації, насиченість транспортом, прискорення всього темпу життя. Також характерними для міст є такі чинники, які формують сприятливе середовище для розмноження збудників інфекційних хвороб та створюють умови для їх поширення. Серед них: велика скупченість населення, що сприяє збільшенню числа контактів між людьми, велика концентрація осередків самих збудників, таких як неорганізовані сміттєзбірники та необладнані звалища побутових відходів (особливо в периферійних районах та на ділянках старої і непланової забудови). До цього слід додати ще й явище нашої сучасності – стихійні та неупорядковані базари по продажу продовольчих товарів, збільшення обсягу мігрантів, що обумовлює завезення невідомих раніше хвороб.

Зміна соціально-економічних умов у багатьох країнах виражається в поширенні невідомих раніше для більшості населення явищ – бідності, безробіття, вимушених міграцій, послаблення медичної допомоги, різкого падіння статусу тощо. А нераціональне і неповноцінне харчування є причиною виникнення у першу чергу, порушень, пов'язаних із дефіцитом в організмі різних хімічних речовин, які істотно впливають на його функціонування. Інший наслідок – загальне послаблення захисних функцій організму, коли він стає вразливим до всіх інфекцій.

Клімат також суттєво впливає на життєдіяльність людини. Без урахування кліматичних особливостей тих чи інших регіонів не може бути ефективної праці, належного побуту і відпочинку населення, вдало спроектованих міст, окремих забудов тощо. Вплив клімату і погоди може бути короткотривалим і довготривалим.

Серед важливих екологічних факторів, які визначають умови проживання населення є забруднення довкілля. Це поняття використовується не лише в прямому значенні, але і в небажанні зміни в фізичних, хімічних та біологічних параметрах довкілля. Забруднення проявляється через концентрацію тих чи інших речовин або енергії вище природних (фонових або

допустимих) норм; воно може викликатися як природними (перенесення частинок ґрунту, піску тощо), так і антропогенними факторами.

При підготовці фахівців з соціальної роботи студентам доцільно показати на карті території екологічного лиха та екологічних катастроф і наголосити, що до районів екологічних катастроф відносяться території, деградація яких набула незворотного характеру, а проживання людей стає неможливим. До районів екологічного лиха належать території, в межах яких природні процеси та екологічні зв'язки настільки глибоко порушені, що різко погіршують умови життя населення, але ще не набули незворотного процесу.

Сучасних викладачів не може не турбувати те, що саме серед старшокласників і навіть студентів все частіше поширюється алкоголізм, наркоманія, токсикоманія. Через перевантаженість навчанням багато учнів також страждає від недостатньої фізичної активності, відсутності навичок організації навчання, здорового дозвілля, правильного харчування.

Оскільки метою занять при підготовці майбутніх фахівців з соціальної роботи є не лише засвоєння корисних знань, а й переконання в необхідності їхнього постійного застосування, то форми й методи навчання набувають особливої ваги. При проведенні занять потрібно широко використовувати статистичні, картографічні, архівні та відео матеріали, літературні джерела, сучасні технічні засоби навчання.

Література:

1. Гуцуляк В.М. Медична географія (екологічний аспект) : навч. посібник / В.М. Гуцуляк. – Чернівці : Рута, 1997. – 72 с.
2. Шевченко В.А. Медико-географическое картографирование территории Украины / В.А. Шевченко. – К. : Наук. Думка, 1994. – 158 с.
3. Шевченко В.О. Загальна медична географія світу / В.О. Шевченко, В.М. Гуцуляк, Г.Л. Нечипоренко та ін. – К. : 1998. – 178 с.

ПІДГОТОВКА СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ У СПОЛУЧЕНИХ ШТАТАХ АМЕРИКИ ДЛЯ РОБОТИ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Тверезовська Н.Т. – доктор педагогічних наук, професор кафедри соціальної роботи та інформаційних технологій в освіті Національного університету біоресурсів та природокористування України;

Гаріна С.М. – кандидат технічних наук, доцент, старший науковий співробітник ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій» НАН України

Критична ситуація зі станом здоров'я населення України обумовила нагальну потребу проведення комплексної реформи системи охорони здоров'я

взагалі і сфери громадського здоров'я зокрема [1]. Виокремлення сфери громадського здоров'я в окрему категорію на державному рівні свідчить про її незадовільний стан, важливість подальшого розвитку та специфіку делегованих завдань. Сферу громадського здоров'я визначають як комплекс інструментів, процедур і заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку і заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства [1]. Її вважають основою профілактичної медицини, до сфери діяльності якої належить розробка основних попереджувальних заходів у сфері охорони здоров'я, спрямованих на збереження здоров'я населення.

Актуальність зазначеної соціальної сфери діяльності зумовила потребу у підготовці відповідних фахівців, в зв'язку з чим до Галузі знань 22 «Охорона здоров'я» введено спеціальність 229 «Громадське здоров'я» [2].

В країнах зарубіжжя, зокрема, в Сполучених Штатах Америки (США), сфера громадського здоров'я достатньо популярна, поширена, має багатолітню історію, а система підготовки фахівців для роботи в зазначеній сфері має свою специфіку. Враховуючи досягнення США, потребу в розвитку вітчизняної сфери громадського здоров'я, актуальним вважаємо вивчення закордонного досвіду та особливостей підготовки відповідних фахівців.

Так, у США фахівців з громадського здоров'я називають «фахівець охорони здоров'я» або «фахівець з охорони здоров'я» [3]. Особливості їх підготовки обумовлюються як спільними питаннями, котрими опікуються сфери соціальної роботи та охорони здоров'я, так і деякими відмінностями між ними. Соціальним працівникам, що мають освіту в обох сферах, відкривається широкий спектр кар'єрних можливостей в галузях, які знаходяться на перетині цих сфер. Незважаючи на те, що існує безліч асоційованих та бакалаврських програм у сфері охорони здоров'я, оптимальним вважається попереднє отримання бакалавра (Bachelor's of Social Work (BSW)) або магістра (Master of Social Work (MSW)) з соціальної роботи, а потім – ступеня магістра в галузі охорони здоров'я (Master of Public Health, (MPH)).

Бакалавр з соціальної роботи (BSW), як правило, передбачає навчання у коледжі або університеті протягом чотирьох років. Випускники BSW також мають можливість отримати магістра з соціальної роботи всього за один рік.

Магістр з соціальної (MSW). Фахівцю з таким ступенем віддається перевага в будь-якій соціальній роботі, окрім робіт початкового рівня, які призначаються для бакалавра. Магістратура з соціальної роботи надає більше професійних можливостей та готує випускників до керівних посад у цій галузі, роботи в наглядових посадах, на клінічних посадах та управлінні. До магістратури вступають як безпосередньо після отримання ступеня бакалавра, так і після додаткового практичного досвіду в сфері соціальної роботи. Ступінь бакалавра є обов'язковою умовою. Якщо підготовка в бакалавраті не включала деякі теми, то вимагається додатково проходження відповідних курсів. Традиційні програми денної форми навчання в магістратурі зазвичай

тривають два роки: рік загальної освіти та рік обраної за власними інтересами спеціалізації. Більшість штатів вимагають від професійних соціальних працівників ступінь бакалавра або магістра соціальної роботи та ліцензії як соціального працівника.

Магістр охорони здоров'я MPH або MPH/MSW подвійний ступінь. Програма MPH готує випускників до провідних ролей у сферах, що сприяють громадському здоров'ю та благополуччю, включаючи організації з соціальної роботи, охорону здоров'я громад, уряд та некомерційні організації. Потенційні робочі місця магістра охорони здоров'я – це працівники з охорони здоров'я та педагоги в галузі охорони здоров'я. Ступінь магістра в галузі охорони здоров'я (MPH) не дозволяє випускникам отримати ліцензію безпосередньо на соціальну роботу, тому багато навчальних закладів пропонують подвійну програму навчання MPH/MSW. Складова MSW дає змогу випускникам отримати ліцензію на соціальну роботу. Складова MPH додає більш широкі кар'єрні можливості в соціальному забезпеченні та адмініструванні. Ступінь магістра в галузі охорони здоров'я (MPH), або магістра наук у галузі охорони здоров'я (MSPH) готує студентів до роботи в ряді цікавих та різноманітних медичних сфер. Студенти, які навчаються за програмою MPH протягом двох років, повинні навчитися критично і ефективно мислити над вирішенням проблем місцевого, національного та глобального рівнів здоров'я. Вони дізнаються про біологічні, соціальні, культурні, політичні, поведінкові, екологічні чинники, що сприяють здоров'ю та добробуту, у тому числі людей з низьким рівнем кваліфікації та обездолених.

Студенти, які бажають отримати ступінь магістра з охорони здоров'я, повинні мати чотирирічний диплом бакалавра з акредитованого коледжу або університету; надати приймаючій кафедрі набір документів, що характеризують його попереднє навчання і мати певний середній бал. Деякі програми MPH до початку навчання в магістратурі вимагають досвіду попередньої роботи в охороні здоров'я.

Курси програми охорони здоров'я розроблені, щоб допомагати студентам стати експертами в ряді дисциплін, які сприяють здоров'ю людей. Так, вони вивчають сучасні проблеми в галузі охорони здоров'я, соціальну політику, основні практичні методи дослідження тощо. Деякі програми включають: Вступ до статистичного мислення; Сучасні проблеми охорони здоров'я; Охорона здоров'я, охорона здоров'я та освіта для груп ризику; Оцінка вибірки: методи та управління; Принципи епідеміології; Біостатистика; Соціальне та поведінкове здоров'я; Політика охорони здоров'я, управління та політика; Планування та оцінка програми; Практикум охорони здоров'я.

Програми навчання окремих штатів мають деякі відмінності. Наприклад, університет штату Колорадо (Colorado State University) містить Школу громадського здоров'я, яка дозволяє отримати ступінь магістра. Програмою Школи передбачено навчання студентів методам боротьби з хронічними та інфекційними захворюваннями, екологічними проблемами та, безпосередньо, охорони здоров'я, а також отримання студентами навичок

боротьби з критичними проблемами громадського здоров'я. Студенти можуть обрати одну з шести спеціалізацій: Тварини, люди та навколишнє середовище; Епідеміологія; Глобальне здоров'я та диспропорції в галузі охорони здоров'я; Здоров'я; Фізична активність і здоровий спосіб життя; або Громадське харчування. Кожна спеціалізація вимагає, проходження студентами 42 кредитів, половина з яких присвячена основним курсам громадського здоров'я, а інша – пов'язана з обраною спеціалізацією. До основних навчальних курсів відносять: Фундації громадського здоров'я; Теорія прикладних змін поведінки; Системи охорони здоров'я, управління та політика; Охорона навколишнього середовища та політика в галузі охорони навколишнього середовища; практичні заняття та ін.

Колорадська Школа охорони здоров'я також пропонує три програми для студентів з двома ступенями: MPH-MSW (Master of Public Health and Master of Social Work / Магістр громадського здоров'я та магістр соціальної роботи), MPH-DVM (Master of Public Health and Doctor of Veterinary Medicine / Магістр суспільного здоров'я та доктор ветеринарної медицини) та MPH-дієтологія (Master of Public Health and Public Health Nutrition / Магістр суспільного здоров'я та громадського здоров'я харчування).

Гарвардський університет, Бостон, штат Массачусетс (Harvard University (Boston, MA)) пропонує як 45-кредитну, так і 65-кредитну програми для задоволення потреб студентів з різним рівнем професійного досвіду. Зацікавлені у 45-кредитній програмі повинні мати закінчену відповідну програму вищої освіти або п'ятирічний професійний досвід в галузі охорони здоров'я. Студентам цьому курсу надається гнучка можливість виконання програми протягом двох років за денною формою навчання або протягом трьох років за вечірньою. 65-кредитна MPH-програма призначена для студентів, які не мають відповідного освітнього рівня та навичок в галузі охорони здоров'я. Більшість студентів повинні виконати 65-кредитну програму за денною формою навчання (три семестри, а також один літній семестр). Обидві програми дозволяють студентам обрати певну спеціалізацію. Курси включають: Принципи охорони навколишнього середовища; Вступ до епідеміології; Фінансовий менеджмент та контроль; Політика охорони здоров'я Сполучених Штатів та Принципи соціальних та поведінкових досліджень. Студенти повинні пройти 300-годинний навчальний практикум, щоб закінчити навчання.

Університет Джона Хопкінса (John's Hopkins), Балтімор, штат Каліфорнія пропонує 80-кредитний ступінь магістра громадського здоров'я (MPH) через свої Bloomberg школи громадського здоров'я. При цьому студенти отримують освіту та підготовку, щоб стати лідерами в галузі охорони здоров'я, використовуючи науково обгрунтовані дослідження та багатопрофільну основу для вирішення глобальних проблем в галузі охорони здоров'я. Студенти, які обирають денну форму навчання, завершують програму за п'ять восьми тижневих періодів протягом 11 місяців. Ті, хто обрав вечірню форму, зможуть її закінчити через два-три роки, причому більшість

кредитів надаються через Інтернет-курси. Як на денній, так і на вечірній формах навчання приблизно половину навчального плану складають основні курси, а решта – факультативні. Студенти можуть обрати одну з 12-ти спеціалізацій, що стосуються старіння та громадського здоров'я, глобального екологічного сталого розвитку та охорони здоров'я, жіночого та репродуктивного здоров'я. Школа суспільної охорони здоров'я Bloomberg пропонує ряд програм подвійних дипломів, включаючи програму MPH / MSW у партнерстві зі Школою соціальної роботи університету штату Меріленд.

Ліцензування магістра з соціальної роботи. Незважаючи на відсутність вимог ліцензування для державних медичних закладів, Національна рада експертів з охорони здоров'я (NBPHE) дозволяє тим, хто відповідає вимогам, стати сертифікованим фахівцем у галузі громадського здоров'я (CPH). Випускники бакалавра з громадського здоров'я (BPH), які мають п'ять років професійного досвіду в цій галузі, а також студенти, що мають ступінь магістра ділового адміністрування, зможуть пройти іспит з CPH. Щоб зберегти ліцензію, потрібно проходити 50 постійних освітніх кредитів кожні два роки.

Магістру охорони здоров'я надається можливість кар'єри в галузі охорони здоров'я за спеціальностями: Біостатистик; Громадський медичний працівник; Лідер реагування на катастрофи; Вчений-еколог; Епідеміолог; Адміністратор охорони здоров'я; Педагог охорони здоров'я; Аналітик з питань політики; Спеціаліст з репродуктивного здоров'я.

Узагальнений досвід США з підготовки фахівців охорони здоров'я може бути використаний у навчанні та професійній діяльності вітчизняних фахівців у галузі громадського здоров'я, а також для корегування навчальних планів підготовки соціальних робітників до роботи з особами, що мають проблеми зі здоров'ям, зокрема, з громадянами, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи.

Література:

1. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я [Електронний ресурс] : Розпорядження кабінету міністрів України від 30.11.2016 р. №1002 / Законодавство України. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-p#n8> (дата звернення 26.09.2018) – Назва з екрану.

2. Про внесення змін до постанови Кабінету міністрів України від 29 квітня 2015 р. №266 «Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти» [Електронний ресурс]: Постанова Кабінету міністрів №53 від 01.02.2017 / Урядовий портал. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249722170> (дата звернення 26.09.2018). – Назва з екрану.

3. Your Guide for Becoming a Social Worker in 2018 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.socialworkguide.org> (дата звернення 26.09.2018). – Назва з екрану.

СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ОБДАРОВАНИХ ДІТЕЙ ЯК ОСОБИСТОСТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Демченко О.П. – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри дошкільної та початкової освіти Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського

Обдаровані діти мають особливі освітні потреби, оскільки для реалізації високого творчого потенціалу, розвитку здібностей ім. потрібно створити сприятливі умови, надати додаткові ресурси. За результатами останніх досліджень частка дітей з проявами різних видів обдарованості становить до 15-30% від загальної вікової вибірки. Тобто, серед дітей дошкільної групи чи учнів класу приблизно кожна третя/четверта/п'ята особистість є потенційно обдарованою, може мати високу схильність до навчання, чи музичної / художньої / спортивної діяльності, або розвинені лідерські та організаторські здібності.

Однак зазначимо, що в межах інклюзивної освіти такий статус талановитих і обдарованих дітей й молоді є фактично декларативним, оскільки в реальному житті вони часто залишаються поза увагою фахівців мультидисциплінарної команди та соціальних служб. Більше того, маємо підставу говорити про приховану «дискримінацію» такої категорії дітей через орієнтацію освітнього процесу на середнього учня, відсутність у роботі частини вчителів диференційованого підходу, надмірну уніфікацію програм, в яких недостатньо передбачені або зовсім не враховуються індивідуальні можливості обдарованих дітей. Низку проблем соціального, психологічного та матеріального характеру, як правило, вирішують сім'ї, в яких виховується дитина з проявами обдарованості.

Апелюємо до результатів досліджень учених (Ю. Гільбуха, О. Матюшкіна, В. Моляка, О. Савенкова, Е. Уйтмора, Л. Холлінгзуорта, В. Чудновського, В. Юркевич та ін.), в яких показано, що достатньо велика частка обдарованих дітей, не зважаючи на значний творчий і особистісний потенціал, високий рівень розвитку здібностей та значні успіхи в одному чи декількох видах діяльності, є достатньо вразливими і має проблеми різного походження. Акцентуємо увагу на труднощах обдарованих дітей, допомога в розв'язанні яких повинна стати об'єктом особливої уваги як педагогічних працівників, так і фахівців соціальних служб.

Вважаємо, що, з одного боку, соціалізація обдарованих дітей і підлітків має загальні закономірності й тенденції, характерні для такої категорії учнів, забезпечуючи їм можливість досягнення успіху й самореалізації. Як зазначає О. Музика [3], розвиток здібностей, уміння знаходити шляхи для отримання визнання серед можливих варіантів, які пропонує життя, є тим загальним, що підвищує адаптивність людини в соціальному середовищі, забезпечує

соціалізацію й соціальну адаптацію особистості та її розвиток у суспільстві. З другого боку, входження обдарованих особистостей у складну систему соціальних відносин зумовлюється наявністю в них неповторного «набору / ансамблю» і високого рівня здібностей, які лежать в основі обдарованості. Тобто діти з певним видом обдарованості (інтелектуальної, академічної, технічної, художньої, соціальної тощо) по-своєму реагують на зовнішні обставини, реагують на комунікативні ситуації, розв'язують проблеми, пов'язані із спілкуванням. Вони мають неоднакову потребу у взаємодії з іншими (однолітками й дорослими) й різні цілі входження в комунікативний процес.

Асинхронність розвитку, зокрема прискорений розвиток за інтелектуальними параметрами, який нерідко проявляється в обдарованих дітей, може супроводжуватися різними проявами соціальної дезадаптації. Вчені його кваліфікують як «синдром Аспергера» (СА), коли йдеться про порушення психічного розвитку високоінтелектуальної дитини у сфері соціальної взаємодії, комунікації та уяви.

Варто звернути увагу на особливості емоційної сфери обдарованих дітей, оскільки в них є проблеми, пов'язані з нестійким і часто негативно забарвленим афективним станом. Згідно досліджень, проведених В. Юркевич [5], у 95% особливо обдарованих дітей у тій, чи іншій мірі, відзначаються труднощі функціонування емоційного інтелекту, які породжують проблеми розвитку особливо обдарованих.

Діти такої категорії часто відчують психологічний дискомфорт, високий рівень тривожності та фрустрованості. Свій емоційний стан вони можуть приховувати, або навпаки проявляти агресію, бути замкнутими або ж дуже активними та деструктивними. У частини обдарованих учнів недостатньо сформовані вольові звички і способи саморегуляції, спостерігаються порушення відчуття реальності, відсутність соціальної рефлексії та несформованість навичок просоціальної поведінки на різних рівнях. Нерідко вони не можуть «втиснутись» у стандартні рамки, що дратує всіх учителів і однокласників. Вчені навіть відносять деяких з них до категорії «девіантних», «важких», «групи ризику», «ізолюваних».

Особистісні труднощі обдарованих дітей часто з'являються у випадках формування в них неадекватно пониженої самооцінки, критичності до себе, нездатності реалізувати потенціальні можливості. Обдаровані діти часто не можуть реалізуватися в колективі, зайняти в ньому належне місце, а натомість стають об'єктом насмішок і переслідувань з боку однокласників. Більш того, часто вони не вміють утвердитися в групі однолітків, недостатньо фізично розвинені для того, щоб постояти за себе в сутичках, не властива агресивність, тому, що уникають зіткнень – в результаті обдаровані діти та підлітки набувають репутацію боязких людей, що також не сприяє їх гармонійному розвитку. Ранній досвід подібних конфліктів з однолітками негативним чином позначається на становленні розвитку характеру обдарованих дітей і підлітків, підштовхує їх до рішення «розірвати клубок проблем» шляхом самогубства.

Дослідження показують, що в учнів з високим рівнем обдарованості та творчих здібностей мають середній коефіцієнт соціального статусу в шкільному колективі, а в тих учнів, що мають середній рівень творчих здібностей часто буває високий соціальний статус.

Стосовно обдарованих дітей також спостерігаються різні форми насильства, зокрема, психічне, нехтування їхніми потребами у визнанні особливих здібностей, недостатня оцінка обдарованості та незабезпечення умов для особистісного зростання, є досить поширеними. За висновками дослідників, однією з причин, які викликають психологічне насильство над обдарованими дітьми є те, що в них бачать лінивих, упертих, інколи аномальних, «не відсвіту цього». Насильство обдарованої дитини часто має негативні наслідки, призводить до тяжких переживань, коли дитина може надовго замкнутися в собі. В поведінці дитини можуть також з'явитися прояви агресії, протесту, небажання вчитись і працювати, а іноді й жити.

Навіть у сім'ях бувають випадки, обдаровану дитину батьки не помічають, не розуміють, не створюють належних умов для розвитку й здібностей і самореалізації. Зокрема, ранній і незвичайний розвиток дитини не помічають батьки з низьким рівнем освіти або невисоким загальним культурним розвитком. У сім'ях, де дитина є єдиною або навпаки, всі діти мають особливі здібності, теж нерідко «упускають» обдаровану дитину, тому що їй немає з ким порівнювати. Інший варіант – батьки опираються визнанню своєї дитини обдарованою. Але коли батьки «заплющують очі» на особливі здібності дітей, вони однак продовжують впливати на взаємини дитини з тими, хто поруч. Часто дитині самостійно доводиться розбиратися в складних ситуаціях. Почуття провини, неприйняття себе, бажання «бути як усі» можуть утруднювати чи навіть нівечити розвиток особистості [4, с. 46].

Нерідко батьків, як стверджує М. Карне, дратує висока активність обдарованих дітей, швидкий інтелектуальний розвиток та опанування мовою, особливо її словниковим багатством, які вносять ускладнення у сімейні стосунки. Безліч запитань обдарованих дітей своїм батькам часто залишається без відповідей, а поступовий розвиток агресивності викликає в дітей бажання взагалі припинити спілкування і вже не розкривати свої намір і свої можливості будь-кому.

Отже, в особистому розвитку обдарованих дітей спостерігаємо амбівалентність. З одного боку, вони мають досить високий рівень розвитку спеціальних і загальних здібностей, креативні, оригінальні, працелюбні й цілеспрямовані, показують високі успіхи в одному або декількох видах діяльності. З другого боку, позитивні особистісні якості обдарованої дитини, як допомагають їй досягати високих результатів у сфері її творчої діяльності, так і стають джерелом конфліктів емоційного характеру.

Поділяємо думку вчених [1; 5 та ін.], що важливою для педагогів має стати інформація не тільки про позитивні характеристики обдарованих і талановитих учнів, а й про їхні негативні сторони, які також можуть мати місце: впертість, небажання брати участь у будь-якій суспільній діяльності,

неорганізованість, схильність до сумніву в усьому, емоційні розлади, неуважність і відсутність інтересу до деталей. Такі діти іноді неактивні, демонструють відсутність мотивації і бажання чогось добиватися, що призводить до низьких результатів у навчанні та не відповідає їх здібностям.

У свою чергу вважаємо [2], що роботу з вивчення обдарованих учнів потрібно спрямовувати в двох напрямках: з одного боку, діагностувати прояви обдарованості в дітей різних вікових груп, оцінювати їхні здібності й потенційні можливості; з другого боку, проводити діагностування особистісних потреб і проблем одарованих школярів. Важливим напрямом діагностики має стати виявлення соціально-психологічних проблем обдарованих дітей у процесі діагностування їхньої самооцінки, емоційного стану (тривожності й агресивності); задоволеності умовами навчання, рівня соціальної активності в освітньому процесі школи. Нами виділено категорії обдарованих учнів, які мають соціально-психологічні проблеми, серед яких є діти з проявами різних видів обдарованості, як успішні, так і неуспішні в певному виді діяльності:

Інтелектуально обдаровані: успішні, з високими досягненнями в усіх або більшості навчальних предметів; мають завищену самооцінку, але низький соціометричний статус і референтність в колективі; схильність до перфекціонізму; проявляють демонстративний тип поведінки; протиставляють себе колективу; неуспішні, з низьким рівнем досягнень по одному або декільком навчальних предметів; можуть мати високу або низьку самооцінку, часто знаходяться в стані фрустрації; девіантні, конфліктні; постійно порушують дисципліну на уроках, сперечаються з вчителями.

Художньо / технічно / спортивно обдаровані: успішні, інтроверти, схильні до перфекціонізму і філософських роздумів, постійно незадоволені результатами; проявляють високий рівень тривожності, іноді суїцидальні наміри; часто мають низьку самооцінку, нетовариські, мають низький соціометричний статус; фізично нерозвинені і хворобливі (крім спортивно обдарованих); неуспішні, орієнтовані на досягнення успіхів у відповідній діяльності; мають суттєві проблеми в навчанні, часто пропускають уроки або приходять непідготовлені, безвідповідально ставляться до виконання домашніх завдань; мають завищену самооцінку, виявляють зарозумілість у ставленні до однокласників.

Соціально обдаровані / с акторським талантом: демонстративні, неуспішні, з розвиненими акторськими, ораторськими, управлінськими здібностями і демонстративним типом поведінки; мають високий соціометричний статус і широке коло спілкування, є лідерами в колективі; в той же час постійно конфліктують з учителями, ініціюють колективне порушення дисципліни; переживають стан фрустрації і нереалізованості; завищена самооцінка; неуспішність по одному або кількох предметів.

Отже, обдарованим дітям необхідно допомогти успішно соціалізуватися, ввійти в складну систему соціальних відносин, пристосуватися до реальних умов школи й учнівського колективу, щоб

розвивати максимально свій творчий потенціал і задовольняти актуальні соціальні потреби. Робота з обдарованими дітьми полягає не тільки в тому, щоб у процесі навчання створити умови для розвитку їхніх здібностей, а також підготувати їх до участі в реальних процесах життєдіяльності. Обдаровані діти, як і будь-які інші, не можуть стати успішними, почувавши ти себе некомфортно в соціумі, в учнівському колективі, не маючи для цього достатнього рівня сформованості соціальних навичок.

Література:

1. Ветрова О. Д. Соціально-педагогічний супровід обдарованих дітей і молоді як шлях гармонізації інтелектуального та емоційного факторів навчання / О.Д. Ветрова // Педагогіка вищої та середньої школи. Збірник наукових праць. – Кривий Ріг, 2011. – Випуск 33. – С. 414–421.

2. Демченко Е. П. Одаренный ребенок как личность с особыми потребностями в инклюзивном пространстве учебного заведения / Е.П. Демченко, О.М. Зайцева // SOCIETY. INTEGRATION. EDUCATION. Proceedings of the International Scientific Conference. Volume II, May 26 th - 27 th. – 2017. – P.61–71.

3. Здібності, творчість, обдарованість: теорія, методика, результати досліджень / за ред. В.О. Моляко, О.Л. Музики. – Житомир : Вид-во Рута, 2006. – 320 с.

4. Марінушкіна О. Е. Родина та обдарована дитина / О. Е. Марінушкіна, Г.В.Шубіна. – Х. : Вид. група «Основа», 2008. – 191 с.

5. Юркевич В. С. Проблема емоціонального інтелекта / В.С. Юркевич // Вестник практической психологии образования. – 2005. – №3 (4). – С. 4–10.

ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ ДО НАДАННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ПІД ЧАС ПРОХОДЖЕННЯ ПРАКТИКИ

Тюльпа Т.М. – кандидат педагогічних наук, доцент, докторант кафедри соціальної педагогіки і соціальної роботи Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка

Здоров'я населення є важливою складовою соціального, культурного і економічного розвитку країни. Сьогодні зростає розуміння ролі здоров'я населення як стратегічного потенціалу, фактора національної безпеки, стабільності і благополуччя суспільства. У даній ситуації особливо важливо враховувати, що тільки взаємодія всіх соціальних інститутів, орієнтованих на запобігання негативного впливу на людину, реалізація соціально-профілактичних програм здатні вирішувати стратегічні завдання збереження здоров'я нації.

Соціально-економічні перетворення українського суспільства стали причиною збільшення кількості соціально вразливих верств населення, які перебувають у важкій життєвій ситуації, а також захворюваності та смертності від соціально значущих і соціально обумовлених хвороб. Для надання допомоги зазначеній категорії особливої актуальності набуває новий напрям соціальної роботи – медико-соціальна допомога, одним із способів підвищення ефективності розвитку якого є організація підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери до надання медико-соціальних послуг. Підготовка фахівців з соціальної роботи, соціальних працівників та волонтерів значно поліпшить медико-соціальні можливості систем охорони здоров'я і сприятиме соціальному розвитку країни.

Правовим підґрунтям для підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери до надання медико-соціальних послуг варто відзначити наступні документи:

- кваліфікаційну характеристику фахівця із соціальної роботи (Наказ Міністерства соціальної політики України від 25.05.2012 №309);
- затверджений перелік соціальних послуг (Наказ Міністерства соціальної політики України від 03.09.2012 №537);
- порядок атестації соціальних працівників та інших фахівців, що надають соціальні послуги (Наказ Міністерства соціальної політики України від 01.10.2012 №612);
- встановлені критерії діяльності суб'єктів, що надають соціальні послуги (вимоги до надавачів) (Постанова Кабінету Міністрів України від 14.11.2012 №1039);
- порядок надання соціальних послуг із встановленням диференційованої плати (Постанова Кабінету Міністрів України від 19.12.2012 №1184);
- типові структури і штати центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді в частині визначення нормативу розрахунку чисельності фахівців із соціальної роботи (Наказ Міністерства соціальної політики України від 08.06.2013 №344) та методичні рекомендації для фахівців із соціальної роботи (Наказ Міністерства соціальної політики України від 05.09.2013 №557) та інші.

Підготовка майбутніх фахівців соціальної сфери до надання медико-соціальних послуг має на меті формування здатності до вирішення виникаючих в практичній діяльності проблем індивідуального та громадського здоров'я; виконання посередницьких функцій в області вирішення медико-соціальних проблем окремих осіб, сімей і груп населення; участь у формуванні здорового способу життя на індивідуальному і груповому рівні; медико-соціальний супровід. Зазначені цілі вирішуються в процесі теоретичної та практичної підготовки студентів.

Теоретичні основи підготовки до надання медико-соціальних послуг здійснюються під час вивчення наступних дисциплін: «Формування здорового способу життя», «Основи здоров'я людини», «Соціальна реабілітація», «Деонтологія соціальної роботи», «Соціальна геронтологія»,

Навчальна і виробнича практики є обов'язковим видом навчальних занять, безпосередньо орієнтованих на професійно-практичну підготовку студентів. Практики закріплюють знання і вміння, придбані майбутніми фахівцями в результаті освоєння теоретичних курсів, виробляють практичні навички і сприяють комплексному формуванню загальнокультурних (універсальних) та професійних компетенцій. Мета виробничої практики – закріплення і поглиблення знань, отриманих в процесі навчання; формування практичних навичок і компетенцій для професійної діяльності в якості соціального працівника, який надає послуги з вирішення проблем клієнтів, пов'язаних зі здоров'ям. Під час проходження практики студенти мають можливість отримати досвід роботи з групами підвищеного ризику, які потребують специфічні соціально-медичні послуги з огляду на їхню поведінку, ризику, пов'язані з нею, супутні інфекції тощо. Соціально-медичні послуги цим верствам населення надають як державні, так і громадські організації, а також релігійні громади. Основними видами послуг, які надають зазначені організації їхній цільовій аудиторії, залишаються психологічні, медичні, економічні, юридичні та соціальні послуги [2, с. 50].

Практичні вміння та навички, що здобуваються студентами на виробничій практиці:

- вміння використовувати технології і методики соціальної роботи для вирішення проблем клієнта;
- вміння навчати родичів основам догляду за хворими та людьми похилого віку;
- вміння приймати на себе відповідальність в професійних та інших ситуаціях;
- вміння взаємодіяти з клієнтом з урахуванням його віку, психологічних особливостей, соціального статусу, релігійної приналежності і інших особливостей при наданні медико-соціальних послуг;
- вміння збирати необхідну інформацію, здійснювати системний та інші види аналізу ситуації клієнта при наданні медико-соціальних послуг та адресної допомоги;
- володіння методами прийняття управлінських рішень і здатність їх альтернативного застосування;
- вміння визначати цілі і завдання професійної діяльності; аналізувати шляхи покращення ситуації клієнта, організувати і здійснювати процес її перетворення;
- вміння надавати першу медичну допомогу;
- вміння створювати і підтримувати сприятливий психологічний клімат в колективі, вирішувати конфлікти;
- знання основ догляду за хворими.

Під час проходження виробничої практики студенти вдосконалюють соціально-орієнтовані технології роботи, пов'язані з наданням медико-соціальних послуг: забезпечення соціального захисту прав громадян в питаннях охорони здоров'я і надання медико-соціальної допомоги;

відстоювання в органах влади інтересів осіб, які потребують медико-соціальної допомоги; сприяння в попередженні суспільно небезпечних дій; оформлення опіки та піклування; участь у проведенні соціально-гігієнічного моніторингу; участь у створенні реабілітаційної соціально-побутової інфраструктури; забезпечення доступу до інформації щодо питань здоров'я, стану довкілля, якості продовольчої сировини і продуктів харчування та інше; інформування клієнтів про пільги, компенсації та інші види соціального захисту; сприяння клієнтам у вирішенні соціально-побутових та житлових проблем, отриманні пенсій, допомоги і виплат; сімейне консультування і сімейна психокорекція; психотерапія, психічна саморегуляція; комунікативний тренінг, тренінг соціальних навичок та інше; комплексна оцінка соціального статусу клієнта; сприяння виконанню профілактичних заходів соціально-залежних порушень соматичного, психічного і репродуктивного здоров'я на індивідуальному, груповому та територіальному рівнях; формування установок клієнта, групи, населення на здоровий спосіб життя; сприяння запобіганню поширенню ВІЛ-інфекції та забезпечення соціального захисту інфікованих та членів їх сімей; соціально-правове консультування; організація спільнот само- та взаємодопомоги реабілітаційного, психолого-педагогічного, соціально-правового характеру; участь в розробці комплексних програм медико-соціальної допомоги нужденним групам населення на різних рівнях тощо [3].

Окрім формування вище зазначених професійних компетентностей, виробнича практика сприятиме розвитку у студентів особистісних якостей, творчої активності, загальнокультурному зростанню і соціальної мобільності: цілеспрямованості, організованості, працьовитості, відповідальності, самостійності, громадянськості, прихильності етичним цінностям, толерантності, наполегливості в досягненні мети, виховання громадянського патріотизму студентів, підготовка всебічно розвиненої особистості, що відповідає сучасним потребам розвитку суспільства.

Отже, засвоєння теоретичних знань та їх практична реалізація під час проходження виробничої практики дає можливість сформувати готовність студентів до надання медико-соціальних послуг, які науковці розглядають як інноваційний підхід до мультидисциплінарної професійної діяльності медичного, психолого-педагогічного та соціально-правового характеру [1], що спрямована не тільки на відновлення, але і збереження, і зміцнення здоров'я клієнтів. Вона принципово змінює існуючий підхід до охорони здоров'я, так як передбачає системний медико-соціальний вплив на більш ранніх етапах розвитку хвороби і запобігає виникненню більш складних соціальних проблем людини.

Література:

1. Мартыненко А.В. Теория и практика медико-социальной работы: учеб. пособие / А.В. Мартыненко. – М. : Гардарики, 2007. – 159 с.
2. Особливості надання медичних та соціальних послуг для вразливих категорій населення з використанням гендерно-чутливого підходу : навч.

посіб. / Ярошенко А.О., Варбан М.Ю., Шульга Л.О. та ін.; за заг. ред. Ярошенко А.О. – К. : МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017 – 112 с.

3. Турсынбекова Ж. Д. Медико-социальные технологии как средство реализации компетенций социального работника в сфере здравоохранения. 2015 / Ж. Д. Турсынбекова. <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-sotsialnye-tehnologii-kak-sredstvo-realizatsii-kompetentsiy-sotsialnogo-rabotnika-v-sfere-zdravoohraneniya>.

РЕАЛІЗАЦІЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО ПАТРОНАЖУ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ПОСЛУГИ ОСОБАМ ПОХИЛОГО ВІКУ

Корнієнко Т.М. – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної педагогіки і соціальної роботи Глухівського НПУ ім. О. Довженка

Постановка проблеми. Україна входить до 30 найстаріших країн світу за часткою осіб віком 60 років і старше: у 2015 році вона становила 21,8 %, а частка людей віком 65 років і старше – 15,5 % від загальної чисельності населення. Згідно з національним демографічним прогнозом до 2025 року частка осіб віком понад 60 років становитиме 25,0 % загальної кількості населення, віком 65 років і старше – 18,4 %, у 2030 році – понад 26 % і понад 20 %, відповідно.

Основними викликами, пов'язаними зі старінням у нашій країні, є ті, що стосуються сфери публічних фінансів, функціонування ринку праці, системи охорони здоров'я, розвитку соціальних та освітніх послуг.

Реагуючи на ці виклики, Україна взяла на себе міжнародні зобов'язання, зокрема, щодо імплементації 17 Цілей сталого розвитку на період до 2030 року, прийнятих на Саміті ООН у вересні 2015 року, а також підписання та імплементації Угоди про асоціацію з ЄС [4].

Розроблення, прийняття та виконання Стратегії сприятиме розв'язанню проблем та використанню можливостей, пов'язаних зі старінням населення.

Ця Стратегія визначає пріоритетні напрями протистояння демографічним змінам, передбачає комплексні заходи щодо підтримки громадян похилого віку, їх інтегрування в суспільний розвиток, підвищення якості життя, захисту прав громадян похилого віку.

З метою раціонального використання ресурсів передбачено концентрацію зусиль на таких пріоритетах щодо громадян похилого віку:

- поліпшення умов для самореалізації та участі в процесах розвитку суспільства;
- забезпечення здоров'я та благополуччя;
- створення середовища, сприятливого для активного життя;
- створення системи захисту їхніх прав [4].

11 січня 2018 р., на своєму засіданні Кабінет Міністрів України схвалив Стратегію державної політики з питань здорового та активного довголіття

населення на період до 2022 року, який розроблено з метою реалізації Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, Мадридського міжнародного плану дій з питань старіння, а також для забезпечення створення сприятливих умов для здорового старіння й активного довголіття, адаптації суспільних інститутів до подальшого демографічного старіння та розбудови суспільства рівних можливостей для людей будь-якого віку [4].

Відтак, особливої актуальності набуває проблема надання якісних послуг даній соціальній групі.

Аналіз досліджень. Істотною роллю у розробку питань щодо потреб людей похилого віку в останні роки внесли вітчизняні автори: К.М. Аримбаєва, О.В. Белокони, Е.П. Васильєва, І.А. Гехт, О. Грегор, Н.В. Гудков, Н.Ф. Дементьєва, Т.Г. Дичев, Т.В. Карсаєвська, Т.Г. Кисельова, Т.З. Козлова, О.В. Краснова, С.Г. Марковкіна, Т.Д. Марцинковська, Є.Ф. Молевич, Г.В. Морозов, Е.С. Пушкова, К. Рошак, К.А. Страшнікова, М.М. Тульчинський, Є.І. Холостова, Ж.В. Хозіна, В.М. Шабалін, Є.Ю. Шаталова та інші. У їхніх роботах докладно розкрито питання теорії і практики соціальної роботи з людьми похилого віку, проблеми вироблення позитивних установок у суспільстві по відношенню до людей похилого віку.

Мета статті полягає у означенні медико-соціального патронажу як медико-соціальної послуги для людей похилого віку.

Виклад основного матеріалу. Соціальна робота з пенсіонерами вважається однією з найскладніших у психологічному плані і висуває високі професійні вимоги до соціального працівника. Так, соціальний працівник повинен мати фахову різнопланову підготовку щодо всіх аспектів життя людей похилого та старечого віку, усвідомлювати величезну кількість психологічних, соматичних, психопатологічних, морально-етичних проблем, які виникають у людей цього вікового періоду.

Однією з важливих особливостей літньої людини є обмеження життєдіяльності, під яким розуміється повна або часткова відсутність у людини здатності чи можливості здійснювати самообслуговування, пересування, контроль за своєю поведінкою, орієнтацію, спілкуванням, а також можливість займатися трудовою діяльністю. Ця особливість є проблемою для деяких людей і пов'язана з якістю матеріальної забезпеченості літньої людини. Люди похилого віку стурбовані своїм матеріальним становищем, високою вартістю медичного обслуговування, розміром пенсії, рівнем інфляції та ін.

Похилий вік пов'язаний з розвитком вікової патології, зміною фізіологічних функцій, втратами (які часто не помічаються самою людиною). Погіршення стану здоров'я літніх людей супроводжується, з одного боку, обмеженням або втратою фізичних можливостей і здатності до самообслуговування, а з іншого – підвищеною потребою в медичній і соціальній допомозі [5].

Відтак, турбота про здоров'я повинна включати медичний та соціальний сектор, а також сім'ю, з метою поліпшення якості життя людей похилого віку. Турбота про літніх людей повинна виходити за межі того, що пов'язано з орієнтацією на хвороби, і пропагувати забезпечення їх загального добробуту, беручи до уваги взаємозв'язок фізичних, психічних, соціальних, духовних чинників, а також факторів навколишнього середовища.

Одним із шляхів вирішення означеної проблеми є впровадження медико-соціального патронажу.

Медико-соціальний патронаж – це новий вид мультидисциплінарної професійної діяльності медичного, психолого-педагогічного і соціально-правового характеру, спрямований на відновлення, збереження і зміцнення здоров'я. Він принципово змінює комплексну допомогу в сфері охорони здоров'я і соціальної роботи, оскільки припускає реалізацію системних медико-соціальних впливів на ранніх етапах розвитку процесів залежності і соціальної дезадаптації, які потенційно ведуть до важких ускладнень, інвалідизації і летального результату. Відтак, медико-соціальний патронаж може здійснювати не лише реабілітаційний, а й профілактичний напрям [2].

Мета медико-соціального патронажу полягає у досягненні максимально можливого рівня здоров'я, функціонування і адаптації осіб з проблемами зі здоров'ям, а також соціальним неблагополуччям.

Об'єктом медико-соціального патронажу є різні групи клієнтів, які мають виражені медичні і соціальні проблеми, що в свою чергу, взаємно підсилює одна одну, а їх вирішення є проблематичним через односторонність професійних заходів.

Дослідники означеної проблеми [2] медико-соціальний патронаж умовно поділяють на дві складові:

- медико-соціальний патронаж профілактичної спрямованості;
- медико-соціальний патронаж патогенетичної спрямованості.

Медико-соціальний патронаж профілактичної спрямованості включає виконання заходів щодо попередження соціально залежних порушень соматичного, психічного і репродуктивного здоров'я, формування установок на здоровий спосіб життя, забезпечення доступу до інформації з питань здоров'я, участь у розробці цільових програм медико-соціальної допомоги на різних рівнях та ін.

Медико-соціальний патронаж патогенетичної спрямованості включає заходи щодо організації патронажної роботи; проведення медико-соціальної експертизи; здійснення медичної, соціальної і професійної реабілітації; проведення соціальної роботи в окремих областях медицини і охорони здоров'я, проведення корекції психічного статусу клієнта, створення реабілітаційної соціально-побутової інфраструктури, забезпечення наступності у взаємодії фахівців суміжних професій.

За визначенням А.Й. Капської, медико-соціальний патронаж діє стосовно хворих і фізично неповноцінних членів родини, які потребують систематичного і щоденного догляду. Дана форма надання медико-соціальних

послуг включає, залежно від потреб клієнта: доставку ліків і медикаментів; вимір кров'яного тиску; надання гігієнічних послуг, доставка продуктів і годування відповідно до визначеної дієти; зміна постільної і нижньої білизни; перевертання, умивання, виконання нескладних фізичних вправ; прийом ліків – дії, які необхідно виконувати відносно людини, яка нездатна до самообслуговування [1].

Завданнями медико-соціального патронажу є: оцінка умов життя об'єктів медико-соціального патронажу; виявлення медико-соціальних проблем клієнта; встановлення зв'язку об'єкта медико-соціального патронажу з медичними установами, закладами соціального захисту, відділенням товариства Червоного Хреста, благодійними організаціями, фондами тощо; контроль за виконанням програм реабілітації; підвищення рівня санітарно-гігієнічних і разових знань об'єктів медико-соціального патронажу; спостереження за станом здоров'я об'єкта медико-соціального патронажу; первинна і вторинна профілактика; формування установки об'єкта медико-соціального патронажу на здоровий спосіб життя [3].

Здійснювати медико-соціальний патронаж можуть фахівці з соціальної роботи, дільничні терапевти, дільничні медичні сестри, співробітники різних товариств і фондів.

Реалізація медико-соціального патронажу проходить в кілька етапів: 1) обстеження; 2) виявлення медико-соціальних проблем; 3) планування шляхів вирішення даних проблем; 4) реалізація намічених цілей; 5) аналіз виконаної роботи, оцінка її результатів і, в разі необхідності, корекція цієї роботи.

Види медичних послуг, які надаються в рамках медико-соціального патронажу: 1-й рівень – професійна медична допомога, яка виявляється дипломованою медсестрою: ін'єкційне введення медичних препаратів, перев'язки, обробка пролежнів, постановка банок і т. д. 2-й рівень – медичні послуги, які не потребують професійної підготовки, але припускає обізнаність з їх надання: вимірювання артеріального тиску, температури. 3-й рівень – медичні послуги по догляду, що не потребують спеціальної підготовки: зміна білизни, гігієнічні ванни і т. д. 4-й рівень – допомога при санітарному обслуговуванні, прийомі їжі і т. д. Послуги 2, 3 і 4-го рівня доступні і соціальному працівнику, тому при здійсненні догляду за літньою людиною простежується не тільки взаємозв'язок, а й взаємозамінність. Всі дані медико-соціального патронажу, як правило, заносяться в спеціальні медико-соціальної карти (амбулаторні карти, соціальні і т. д.) [3].

Догляд за літніми людьми здійснюється установами загальної системи охорони здоров'я, соціальної сфери. Разом з тим, множинний характер хронічних захворювань у даної категорії людей, затяжний період одужання, особливості проведення реабілітаційних заходів, що включають медичний, психологічний та професійний аспекти, вимагають організації спеціалізованих стаціонарів довготривалого перебування для хронічних хворих в складі

великих лікарень та реабілітаційних центрів. До числа таких установ віднесені будинки та відділення сестринського догляду та хоспіси.

Таким чином, використання в практиці медико-соціальної роботи медико-соціального патронажу, дозволяє комплексно підійти до вирішення цілої низки проблем людей похилого віку.

Література:

1. Капська А.Й. Технології соціально-педагогічної роботи з сім'ями: навчально-методичний посібник / Капська А.Й., Пеша І.В., Міхеєва О.Ю., Соляник М.Г. – К. : Слово, 2015. – 328 с.
2. Медико-соціальний патронаж : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://studcon.org/medyko-socialnyu-patronazh>.
3. Медико-соціальний патронаж : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://uamedova.ru/rizne/13355-mediko-socialnij-patronazh.html>.
4. Уряд схвалив Стратегію державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.msp.gov.ua/timeline/Osobam-pohilogo-viku.html>.
5. Чайковська В. Потреби літніх людей у медико-соціальній допомозі: проблеми, методологія, визначення / В. Чайковська // Соціальна політика і соціальна робота. – 1998. – № 3(7). – С. 17-23.

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ АРТ-ТЕРАПІЇ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА З ЛЮДЬМИ, ЯКІ МАЮТЬ ПОРУШЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Захаріна М.І. – ст. викладач кафедри соціальної роботи Чернігівського національного технологічного університету;

Березова О. – студентка II курсу магістратури Чернігівського національного технологічного університету

На сьогодні все більшої актуальності в Україні набуває такий вид реабілітації, як арт-терапія, або лікування мистецтвом. Використання методів арт-терапії активно займає свою нішу у професійній діяльності соціальних працівників та педагогів. З кожним роком збільшується кількість державних і приватних установ, які запозичують позитивний зарубіжний досвід «лікування мистецтвом» та вводять до переліку методів роботи арт-терапію.

Арт-терапія в діяльності соціального працівника може використовуватися в діагностичних цілях, тому що за допомогою творчого самовираження своїх внутрішніх проблем на папері, за допомогою виконаних з пластиліну фігур і т.п., людина з проблемами психічного здоров'я доносить соціальному працівнику (арт-терапевту) інформацію про існуючу проблему,

яку не наважилася б озвучити за допомогою словесного контакту. Тому для одних людей, нездатних розповісти про свої проблеми, арт-терапія часто є єдиним методом діалогу між нею і соціальним працівником (арт-терапевтом), тому що висловити свої емоції за допомогою творчості їм набагато простіше, ніж розповісти про них. Для інших людей, спочатку вибудовують широкий емоційний паркан, який огорожує їх емоції і переживання від оточуючих, що не дозволяє вникнути в суть проблеми і, відповідно, знайти шляхи її вирішення, методи арт-терапії допомагають «зламати» даний паркан, перевести відносини між особою і соціальним працівником (арт-терапевтом) в більш довірчу площину.

В Україні проблеми арт-терапії досліджували такі вчені: А. Бреусенко-Кузнецов, О. Вознесенська, Н. Волкова, В. Газолишин, Н. Ещенко, О. Любарець, Н. Полякова, Н. Простакова, О. Пинчук, А. Старовойтов, А. Чуприков, Т. Яценко та ін. Методи арт-терапії відповідають очікуванням, установкам, традиціям клієнтів в Україні, для яких характерна орієнтація на емоційно-образне переживання, а не на раціональне вирішення конфліктів. Психотерапевтичним впливом творчості на емоційний, а також моральний розвиток особистості займалися Р. П. Арнхейм, Т. А. Добровольська, А. М. Вейн, В. А. Міткевич, К. Г. Юнг, П. І. Сидоров, А. Г. Соловйов.

Термін арт-терапія утворений від англійських слів art – «мистецтво, майстерність» і therapy – «лікування, терапія» і дослівно розуміється як терапія мистецтвом. Акцент тут робиться не на мистецтво взагалі, а на його візуальні різновиди : живопис, графіку, скульптуру, дизайн та інші форми творчості, в яких візуальний канал комунікації відіграє провідну роль. Все це – образотворча діяльність, і психологічні закономірності її розвитку єдині (Л.С. Виготський, Ю.А. Полуянов) [4].

На думку Є. Вознесенської, арт-терапія – це метод «зцілення» за допомогою творчого самовираження. Не терапія або лікування, а саме зцілення – досягнення цілісності [1].

На наш погляд, дуже точне визначення арт-терапії дає кандидат психологічних наук І. В. Сусаніна: «Арт-терапія – це область, яка використовує невербальну мову мистецтва для розвитку особистості як засіб, що дає можливість контактувати з глибинними аспектами нашого духовного життя» [5, с.4].

Арт-терапія пропонує людині висловити свої емоції, почуття за допомогою ліплення, малювання, конструювання з природних матеріалів. Переживаючи образи, людина знаходить свою цілісність, неповторність та індивідуальність. Можна також застосовувати інші форми мистецтва – тілесні імпровізації, театральні постановки, літературна творчість.

Існує два основні підходи в арт-терапії:

1. Мистецтво має цілощодо дію саме по собі, художня творчість дає можливість висловитися і заново пережити внутрішні конфлікти, воно є засобом збагачення суб'єктивного досвіду, арт-терапія розглядається як засіб

розвитку особистості та її творчого потенціалу, Основний механізм – сублимація і трансформація.

2. На першому місці – терапевтичні цілі, творчі цілі вторинні, арт-терапія як додаток до інших терапевтичних методів, висловлюючи утримання власного внутрішнього світу у візуальній формі, людина поступово рухається до їх усвідомлення, основний механізм-трансфер.

Різноманітні арт-терапевтичні методи створюють обстановку для безболісного доступу до глибин свідомості клієнта, допомагають стимулювати опрацювання його несвідомих переживань. Розвиваються блоковані або слаборозвинені системи сприйняття навколишнього світу, асоціативно-образне мислення. Методи арт-терапії допомагають відпрацювати агресію, внутрішні конфлікти, страхи і т.д.

Останнім часом все частіше у комплексній реабілітації людей з проблемами психічного здоров'я, а також які проходять реабілітацію, використовуються методи арт-терапії. Багато з пацієнтів, які страждають на психічні розлади, мають невиражені, затамовані відчуття гніву, тривоги, відчуття власної неспроможності, незадоволеності і безвихідності. Якщо їх запитати, вони можуть вам розповісти про відчуття внутрішньої порожнечі та самотності. Також вони відчувають потребу у спілкуванні, розумінні. Але не завжди у своєму повсякденному житті вони можуть подолати самотійно ці негативні стани та задовольнити свої потреби.

«Арт-терапія на подальших етапах лікування і реабілітації має основні завдання подальшу стабілізацію психічного стану пацієнтів, попередження нових загострень, подолання негативних наслідків хвороби, що пов'язані, зокрема, з «синдромом госпіталізму», втратою працездатності, обмеженням соціальних контактів і так далі. Важливе значення має відновлення цінних практичних навичок і інтересів хворих, підвищення їх самооцінки і самостійності, а також подолання соціальної стигматизації» [2, с. 83].

Відповідно постає необхідність визначити роль методів арт-терапії у професійній діяльності соціальних працівників, для чого проаналізуємо основні напрямки використання соціальними працівниками методів арт-терапії.

Спектр проблем, при вирішенні яких можуть бути використані техніки арт-терапії, достатньо широкий: внутрішньо- і міжособистісні конфлікти, кризові стани, в тому числі екзистенційні та вікові кризи, травми, втрати, невротичні та психосоматичні розлади, в консультуванні і терапії дітей і підлітків, для розвитку особистості, при проблемах у сімейних та дитячобатьківських відносинах, життєвих, вікових кризах, при психологічних травмах, під час педагогічної корекції, у роботі з обдарованими дітьми, для естетичного виховання особистості [3].

Арт-терапію застосовують у багатьох лікувальних закладах України для пацієнтів, що страждають на психічні розлади.

Українським науково-дослідним інститутом соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України було організовано всеукраїнський

проект «Мистецтво, що об'єднує всіх!», який стартував 7 червня 2013 р. у м. Києві за підтримки Міністерства охорони здоров'я України, посольства Великої Британії в Україні та громадських організацій. Даний проект був спрямований на підтримку осіб з вадами психічного здоров'я із залученням до процесу лікування арт-терапії як альтернативного методу роботи з пацієнтами.

Завдяки проекту лікарі-психіатри отримали можливість аналізувати власний досвід і результати арт-терапії та обмінюватися досвідом з колегами усіх регіонів. Це стало поштовхом до своєрідного реформування підходу до пацієнта, коли на перший план виносяться його потреби і реабілітаційний потенціал мистецтва, а не лише призначення лікування згідно з клінічним протоколом. Реабілітаційний потенціал у кожному конкретному випадку виявляє лікар-психіатр разом із психологом. Окрім того, до цієї роботи залучаються медичні сестри та проводиться робота з родичами пацієнта для визначення його інтересів. Тобто йде робота мультидисциплінарної команди для виявлення реабілітаційного потенціалу, а це вже комплексний підхід до лікування, який сприяє зміні ставлення до пацієнта й вивченню його здібностей, що дає можливість швидше виходити з хворобливого стану, і в результаті загострення психопатологічної симптоматики виникають значно рідше.

У Чернігівській обласній психоневрологічній лікарні було організовано та відкрито Службу психологічно-соціального відновлення, яка включає в собі трудові арт-терапевтичні майстерні. Служба була створена в 2011 році.

Основними напрямками арт-терапії в трудових майстернях лікарні на сьогоднішній день є: малювання, ліплення, маскотерапія, оригами, вишивання (муліне та бісер), вироби з природних матеріалів, композиції із солоного тіста, пошиття набивних іграшок, створення ляльок мотанок, колаж, в'язання крючком та спицями, флористика, ікебани, вижигання, створення виробів та композицій з дерева. В психотерапії та психологічній корекції також використовують відеотерапію та пісочну терапію. Дослідження впливу арт-терапії на адаптаційні можливості пацієнтів проводяться за допомогою методів спостереження та обробки інформації.

Таким чином, творчість включає в себе дуже широкий спектр видів діяльності, тому в рамках арт-терапії постійно з'являються нові напрямки, які дозволяють підібрати «ключик», знайти свій спосіб самопізнання і самовираження практично для кожного. Арт-терапія є незамінним інструментом для дослідження і гармонізації тих сторін внутрішнього світу людини, для виразу яких слова мало придатні.

Література:

1. Бабій І. В. Теорія і практика арт-терапії: навчально-методичний комплекс / І. В. Бабій. – Умань, Алмі, 2014. – 75 с.
2. Вознесенская Е. Л. Особенности и перспективы развития арт-терапии в Украине [Текст] / Е. Л. Вознесенская // Наукові праці: науково-методичний журнал. – Вип. 95: Арт-педагогіка та арт-терапія. – Миколаїв : Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2009. – Т. 108.

3. Кудрина А. В. Методы арт-терапии в практике психологического консультирования [Электронный ресурс] / А. В. Кудрина // Психологический журнал Международного университета природы, общества и человека «Дубна». – 2009. – №3. – Режим доступа: <http://www.psyanima.ru/>.

4. Лебедева Л. Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий./ Л. Д. Лебедева – СПб. : Речь, 2003. – 256 с.

5. Сусанина И. В. Введение в арт-терапию: учебное пособие / И. В. Сусанина – М. : Когито-Центр, 2007. – 95 с.

ПРОФІЛАКТИКА ПАДІННЯ ТА ТРАВМАТИЗМУ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ В СОЦІАЛЬНІЙ РОБОТІ

*Панченко С.П. – ст. викладач кафедри
соціальної педагогіки і соціальної роботи
Глухівського НПУ ім. О.Довженка*

На сучасному етапі спостерігається збільшення частки людей похилого віку. За прогнозами ВООЗ кількість людей, не здатних самостійно проживати збільшиться. Значна кількість людей похилого віку втрачає здатність до самостійного життя із-за обмеження мобільності, слабкості чи інших фізичних або психічних проблем зі здоров'ям. Серед чинників, що знижують рівень здоров'я людей похилого віку й призводять до захворювань, інвалідності, ізоляції та передчасної смерті є падіння. Падіння і пов'язані з ними травми у літніх людей є важливою медико-соціальною проблемою.

Падіння – це подія, в результаті якої людина раптово опиняється на землі, підлозі або більш низькому рівні (ВООЗ, 2008). Падіння – серйозний побутовий нещасний випадок, що найбільш часто відбувається у житті літніх людей. Вперше визначення поняття «падіння» було дано в 1987 р. міжнародною робочою групою. Падіння є причиною виникнення найбільших складнощів для людей похилого віку. За результатами досліджень третина людей старше 65 років отримує травми внаслідок падіння раз на рік. Дослідження показують, що поширеність падінь вже досить висока з 50-річного віку, але у жінок – з 40 років і постійно збільшується. Біля 30% випадків падінь людей похилого віку закінчуються травмами в результаті чого людина потребує медичної допомоги: тривалого перебування у лікарні, хірургічного втручання і навіть імплантації з подальшим медико-соціальним супроводом, догляду вдома чи перехід до будинку людей похилого віку. Відновлення після травмування у людей похилого віку відбувається дуже повільно. Часто їх травмування стає однією з причин передчасної смерті. У людей старше 75 років ризик отримання травми зростає до 50%. На тип та складність травми впливає вік, стать та здоров'я людини. Досить часто результатом падіння людини у віці стає перелом шийки стегна, перелом в області зап'ястя, хребта, плеча.

Підсумком 12-ї Всесвітньої конференції з попередження травматизму та забезпечення безпеки (18-21 вересня 2016 року) стала Декларація Тампере.

У Декларації були визначені спільні цілі і принципи щодо запобігання травм і насильства, досягнуті учасниками та представниками ВООЗ. Декларація Тампере акцентує увагу на розробку Національного Стандарту й програм з профілактики травматизму.

Проблемам падінь серед літніх людей, вивченням основних факторів ризику і найбільш ефективних профілактичних заходів присвячені дослідження С. Todd, D. Skelton [1], А. А. Волова, А. В. Демин, Т. П. Мороз, Ю. А. Сафонові, Е. Г. Зоткіна, Е. Н. Косильникова тощо. Але розгляд означеної проблеми недостатньо висвітлюється в соціальній роботі.

Мета нашого дослідження полягає у теоретичному аналізі досвіду профілактики травматизму для його подальшого впровадження в практику соціальної роботи.

Ціль взаємодії медичного працівника, соціальної служби, соціального працівника, соціального робітника та літньої людини полягає у мінімізації випадків її травмування а також вчасного виявлення груп ризику щодо падіння та підвищення їх обізнаності з цього питання.

Падіння є головною ознакою виникнення залежності від оточуючих, оскільки людина стає більш слабкою і втрачає попередню рухливість. Профілактика падіння спрямована на зниження ризику отримання травми. Профілактика падіння в роботі соціального працівника – це поради, як зменшити ризик падіння, створення безпечного середовища, оцінка ризику, спостереження, ведення документації, вчасне реагування на скарги клієнтів. Практиками виявлена наступна залежність: падіння призводить до травмування і у людини виникає страх впасти ще раз в наслідок чого з'являється бажання обмежити рухову активність, що призводить до протилежного результату – збільшення ризику падіння та невпевненості і нове падіння. Коло замикається. Частим наслідком неодноразових падінь є виникнення синдрому страху повторного падіння (post-fall syndrome): поєднання депресії, постійного остраху впасти і інших психологічних розладів. Навіть при відсутності травм після падіння у літньої людини можуть розвинути втрата впевненості в собі, соціальна самоізоляція, дезорієнтація і почуття самотності. Соціальний працівник може допомогти літній людині подолати означену проблему застосовуючи технологію консультування, наснаження та роз'яснення.

Навіть падіння, що не супроводжується фізичною травмою, може привести до смерті в тому випадку, якщо потерпілий не може самостійно піднятися і не має можливість покликати на допомогу. Якщо літня людина пролежить на підлозі більше 12 годин, виникають пролежні, може розвинути стан зневоднення, гіпотермія, пневмонія і наступити смерть.

Соціальним працівникам, що працюють з людьми похилого віку необхідно знати, що основними причинами травматизму є: хронічні захворювання судин головного мозку, головокружіння, порушення харчування, остеопороз, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет, артрит, зниження зору, нетримання сечі, дефіцит уваги, гіподинамія, прогресуюча

м'язова слабкість, нестандартна хода, патологія стопи, порушення рівноваги та зору, побічні дії ліків, деменція, використання пристосувань для ходи. Також зовнішніми факторами ризику падіння виступають дефекти навколишнього середовища: неадекватне освітлення, слизька чи нерівна підлога, вузькі коридори, специфічний одяг чи взуття, незручні допоміжні засоби для ходи, незручні меблі, відсутність належного обладнання. У зв'язку з чим виникає необхідність проведення експрес-діагностики для виявлення групи ризику: анкетування, клінічні дослідження, психометричні тести, м'язові тести, спостереження за особливостями способу життя, харчуванням, постуральні тести – координаційно-площинний метод, методи інструментальної діагностики, протоколи падіння тощо. На практиці для об'єктивної оцінки ризику падіння застосовується метод за Шкалою оцінки ризику падіння Морсе (Morse Fall Scale). Розрахунки ступеня ризику падіння прості і не потребують складного обстеження і можуть бути використані для моніторингу ситуації соціальним працівником.

У світовій практиці сформувалися 4 напрямки роботи щодо забезпечення активного довголіття [2].

Перший лікувальний, що забезпечується медичними установами та медичними працівниками.

Другий – профілактичний, що може реалізовуватися в роботі соціальних працівників. Для корекції порушення рівноваги використовуються індивідуальні профілактичні рекомендації спрямовані на зменшення гіподинамії та соціальної ізоляції, дихальна та постуральна гімнастика, вправи за системою Тай-Чи, релаксація, медитація, застосування нейроактивних технологій арт-терапії, музикотерапії, кольоротерапії, що сприяють інтеграції сенсорних та нейромоторних систем в умовах діяльності реабілітаційних та територіальних центрів по роботі з людьми похилого віку. Перспективними є цільові заходи серед літніх людей, які проживають в домашніх умовах, спрямовані на зміну поведінки і зниження впливу факторів ризику в обладнанні житла і організації життєвого простору.

Тому третій напрям роботи полягає у аналізі та розробці рекомендації щодо організації житлового простору безпечного для людини похилого віку, створенні та функціонуванні спеціалізованих будинків для проживання – «розумний дім».

Четвертий напрям – додаткова професійна освіта полягає у розробці програм та підготовці інструкторів з керування здоров'ям, відновлення рівноваги та профілактики травматизму людей похилого віку, консультантів з підвищення інформованості клієнта та його найближчого оточення, членів сім'ї щодо ризику падіння.

Те що можуть побачити, переступити, обійти, перестрибнути тощо здорові молоді люди стає проблемою для людини похилого віку чи хворої людини. Створення безпечного середовища передбачає роботу мультідисциплінарної команди у поєднанні з індивідуальним підходом до

клієнта. До складу такої команди необхідно включати медичного працівника, психолога та соціального працівника.

Профілактика падіння має два напрямки: попередити падіння взагалі і мінімізувати його наслідки. Соціальний працівник в рамках занять «Університету третього віку» або просвітницько-профілактичних заходів має поінформувати клієнта щодо способів захисту від падінь:

- підвищити рівень безпеки в будинку;
- регулярно займатися фізичною активністю;
- стежити за правильним харчуванням і достатньою кількістю рідини;
- проконсультуватися з лікарем щодо правильного прийому ліків;
- стежити за зором і слухом;
- використовувати допоміжні пристосування, що сприяють безпеці;
- звертатися до лікаря за консультацією і для діагностики можливих захворювань в наступних випадках: якщо клієнт падав більше двох разів за останній рік; якщо після падіння було надано медичну допомогу (включаючи госпіталізацію); якщо важко ходити і / або утримувати рівновагу, якщо цього не було раніше, або якщо труднощі при ходьбі і / або утриманні рівноваги посилюються.

Отже, залучення соціального працівника до профілактики, інформування та навчання допоможе людині похилого віку вчасно скорегувати свої дії і зберегти незалежність і високу якість життя.

Концепція активного довголіття і заохочення здоров'я, на протипагу довгого залежного життя, передбачає незалежність від матеріальної і фізичної допомоги близьких або соціальних працівників, від хвороб і недуг, від матеріальних умов. Саме тому необхідно налаштовувати людей похилого віку бути уважнішими до свого здоров'я; для цього необхідно використовувати будь-які можливості їх навчання з питань: дієти; фізичних вправ; створення сприятливого навколишнього середовища; факторів ризику розвитку захворювань; зміни звичок і культурних традицій, негативно діючих на здоров'я.

Для вирішення цієї вкрай серйозної для літніх людей проблеми і організації ефективної допомоги необхідна тісна співпраця служб охорони здоров'я і соціального забезпечення, неурядових організацій та інших офіційних і громадських структур.

Література:

1. Проблема падений среди пожилых людей: что можно считать основными факторами риска и наиболее эффективными профилактическими мерами? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report); [Електронний ресурс] / Todd C, Skelton D. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>.

2. Падения [Електронний ресурс] // Информационные бюллетени / Всемирная организация здравоохранения. 2018. – 16 января. – Режим доступа: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/falls>.

ВИКОРИСТАННЯ ОСНОВ ПСИХОСОМАТИКИ У ЗДІЙСНЕННІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ТА СОЦІАЛЬНО- ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОГО ПРОЦЕСУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ТА МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

*Кривенко Т.В. – практичний психолог
Кролевецького закладу дошкільної освіти
(центр розвитку дитини) № 9 «Ромашка»*

Постановка проблеми. Процес виховання дитини та становлення її самостійності на даному етапі розвитку суспільства починається дуже рано. Адже в півтора-два роки діти приходять в заклади дошкільної освіти, де нема поруч близьких і знайомих облич, інша атмосфера та оточення. Звикання до нового та незнайомого відбувається, в основному, досить болісно. Діти часто плачуть, сумують, відчувають тривогу і дискомфорт. З'являється певні побоювання та страх загубити близьких. У більш важких випадках адаптації спостерігаються розлади сну, апетиту, може початись енурез або звичка смоктати пальці. Вступ до школи – також переламний момент в житті дитини. Він пов'язаний з новим типом стосунків з однолітками, вчителем, новими формами діяльності. У першокласника має сформуватися усвідомлення свого нового статусу – школяра, учня. Готовність дитини до систематичного навчання є підґрунтям, від якого залежать її подальші успіхи в навчальній діяльності, здатність до довільної діяльності, самодостатність і самопочуття, що значною мірою впливає на її психічне та соматичне здоров'я [1]. Перераховані фактори викликають високу емоційне напруження у дошкільників та молодших школярів. Хворобливість, знижений імунітет можуть бути наслідком саме даного емоційного напруження. Психологічний та соціальний супровід адаптації до дитячих садків та загальноосвітніх навчальних закладів орієнтується на створення позитивного емоційного фону, психологічного комфорту, не беручи до уваги негативні соматичні фактори. Медичні працівники, обстежуючи стан здоров'я дошкільнят і майбутніх першокласників, майже не звертають увагу на психологічні особливості процесу адаптації. Комплексного підходу до вивчення хворобливого стану, як наслідку негативних емоційних реакцій дітей, в системі освіти, нажаль, не існує.

Аналіз дослідження. Ідеї психосоматики проглядаються у представників різних психологічних течій. Психоаналітична концепція почала широко використовуватися для пояснення причин різних захворювань. Так, у 1908 р. Штегман та у 1913 р. Федерн оприлюднили психоаналітичній спільноті випадки з астмою 1907 р. К. Г. Юнг проводить дослідження соматичних реакцій – відповідей на зміни емоційного стану та встановлює тісний

взаємозв'язок: стану здоров'я особи та вектору (піднесеного чи пригніченого) її емоцій; психічних особливостей людини та її тілесних характеристик. Таким чином, він збагатив уявлення про психосоматику виявленням не лише реактивного фізичного стану, а й наявності стійких соматичних утворень внаслідок відповідної психічної діяльності. [4] На ролі психіки у перебігу хвороби наголошували М.І. Пирогов, О.О. Остроумов, С. П. Боткін. Але, на відміну від західних психоаналітично-орієнтованих теорій, розвиток вчення про психосоматику тут ґрунтувався на основі вивчення матеріального субстрату психіки – мозку. Здійснювалися ґрунтовні дослідження взаємозв'язку між мозком, психікою та тілесними проявами (М. Є. Введенський, О. О. Ухтомський, І. П. Павлов та ін.). фізіологічними факторами при хронічних розладах вегетативних систем почалося порівняно недавно. Б.Д. Карвасарський (1982) і Д.Н. Ісаєв (1996) до власне психосоматичних захворювань відносять наступні: бронхіальна астма, виразкова хвороба шлунку, неспецифічний виразковий коліт, гіпертонічна хвороба, ревматоїдний артрит, нейродерміт (псоріаз) [3].

Мета статті обґрунтувати важливість комплексного підходу до організації психологічного та соціального супроводу процесу адаптації дошкільників та молодших школярів, використовуючи основи психосоматики. Виклад основного матеріалу. У процесах діяльності, пізнання навколишньої дійсності і себе, спілкування з дорослими й однолітками дитина переживає різноманітні емоції і почуття, виявляє своє ставлення до того, що її оточує, що а нею відбувається. Ці переживання утворюють сферу емоцій і почуттів, які є формою відображення дійсності, наслідком задоволення або незадоволення потреб. Це – узагальнена чуттєва реакція у відповідь на сигнали, які зумовлюють зміни у фізіології організму – у свідомості людини постають не образи предметів і явищ, а переживання. Період від двох до шести років називають віком афективності, який характеризують бурхливі, нестійкі емоції, швидкий перехід від одного емоційного стану до іншого. Дитину легко налякати, розсердити, зацікавити, викликати у неї задоволення, радість. Вона відкрита до сприйняття і впливу емоцій, які переживають інші діти й дорослі. У дошкільному віці почуття переважають над усіма сторонами життя дитини, надають їм відповідного забарвлення і виразності. Малюк ще не вміє керувати своїми переживаннями, майже завжди перебуває у полоні почуттів, які мають бурхливий, безпосередній і мимовільний характер. Вони швидко і яскраво спалахують і не менш швидко згасають. Бурхливі веселощі часто змінюються слізьми [5]. Така інтенсивність роботи емоційної сфери не може не вплинути на роботу всього організму в цілому. Діти можуть скаржитись на реакції з боку шлунково-кишкового тракту, головні болі, нудоту. Фізіологічні реакції на емоційні стимули, як нормальні так і патологічні, залежать від природи

емоційного стану. Сміх – реакція на веселощі, плач – на горе, видих виражає полегшення або відчай, а почервоніння – ніяковість. Вегетативні реакції на різні емоційні стимули також залежать від типу емоцій. Кожному емоційному стану притаманний свій фізіологічний синдром. Підвищений кров'яний тиск та прискорене серцебиття – компоненти гніву і страху. Посилена шлункова секреція може бути регресивною реакцією на надзвичайну ситуацію. Приступи астми пов'язані з витісненим неусвідомленим імпульсом кричати або покликати на допомогу [2]. Поєднуючись з уявою, вегетативні реакції можуть закріплюватись на підсвідомому рівні. Потрапивши у нову стресову ситуацію, дитина знову починає переживати негативні симптоми. Дуже важко відрізнити психосоматичні симптоми від частих і хронічних захворювань. Саме на хворобливість та слабкий імунітет батьки часто списують погане почуття власних дітей. Тоді як потрібно було б поспостерігати, в яких ситуаціях та після яких подій діти відчувають погіршення самопочуття. В дошкільному і молодшому шкільному віці діти не досконало вміють визначати потреби та сигнали свого тіла. Важко зрозуміти, що первинніше – фізіологічна реакція, чи емоційна. Чи погіршився настрій та через це заболів живіт, чи, може, спочатку заболів живіт, а тоді зіпсувався настрій? Дошкільник та молодший школяр не можуть самостійно відповісти на таке питання. Проте для надання допомоги дитині відповідь на це питання є дуже важливою. Навчити дитину дослухатись до свого тіла можливо за допомогою релаксаційних та дихальних вправ. За допомогою цих технік діти можуть достатньо розслабитись, зняти позбутись нервової напруги, заспокоїтись та зосередитись на відчуттях свого тіла. Спочатку дошкільники та учні початкової школи можуть зосередитись на зовнішніх відчуттях : вони відчувають, чи комфортний одяг, чи не холодно окремим частинам тіла, але потім можуть виокремлювати і внутрішні відчуття та говорити про них. Часто при роботі з психосоматичними проблемами допомагають метафори та порівняння. Жвава уява дітей також може створювати влучні та яскраві порівняння, висловлюючи свої відчуття. Отже, робота з метафорами дітям також під силу. Як було сказано вище, в процесі адаптації дітей, часто виникають шкідливі звички, що є результатом нервового перевантаження. Широковідома звичка гризти нігті або смоктати пальці часто відкриває секрет своєї появи після таких незвичайних питань, як «Що ти хочеш з'їсти зі своїх пальців?» та інших схожих запитань, які можна поставити дитині. Крім гризіння нігтів, є ще звичка зняття неприємних емоційних відчуттів – «заїдання», яка може призвести до надмірної ваги та інших проблем зі здоров'ям. Вміння прислухатись до потреб та відчуттів свого тіла допоможе контролювати споживання їжі. Адже дитина може чітко відрізнити, почуття справжнього голоду та бажання замінити негативні емоції

позитивними за рахунок вживання їжі, замість того, щоб вирішувати справжні проблеми.

Отже, знання основ психосоматики стає актуальним для психологів та соціальних педагогів. Працівники психологічної служби, здійснюючи психологічний супровід процесу адаптації, знаходяться поруч з дитиною у важкий для неї період. Чим раніше вони зможуть виявити психосоматичне підґрунтя деяких шкідливих звичок та хворобливих станів, тим ефективнішою буде допомога.

Література:

1. Адаптація дітей до навчання у школі в діяльності психологічної служби : методичні рекомендації / за наук. ред. В.Г. Панка – Електрон. дані – Київ, Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2013. – 102 с.

2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Пер. с англ. С. Могилевского. – М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с. – (Серия «Психология без границ»).

3. Старик В.А. Особливості психосоматичних захворювань у працівників державної служби України з надзвичайних ситуацій [Електронний ресурс] / В.А.Старик. – Режим доступу : <http://problemp.s.kpnu.edu.ua>.

4. Шелег Л.С. Історичні етапи формування уявлень про психосоматичний статус особистості [Електронний ресурс] / Л.С. Шелег. – Режим доступу : www.apppsychology.org.ua.

5. Емоційний розвиток у віці 3-7 років [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://pidruchniki.com>.

МЕДИКО–СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ОБДАРОВАНИХ ДІТЕЙ

*Ветрова О. Д. – асистент кафедри
соціальної педагогіки і соціальної роботи
Глухівського національного педагогічного
університету імені Олександра Довженка*

Кризові зміни, які відбуваються в суспільно-політичному житті нашої країни, соціально-економічне неблагополуччя, недостатній рівень життя призводять до зростання кількості соціально-знедолених і незахищених людей, спричиняють погіршення фізичного і психічного здоров'я населення. В даних умовах особливого значення набуває медико-соціальна робота, яка забезпечує реалізацію спеціальних профілактичних, реабілітаційних, корекційних програм для різних категорій населення, серед яких особливе місце займають обдаровані діти і молодь.

А. Капська зазначає, що в дітей з ознаками обдарованості проблем не менше, ніж у їхніх звичайних однолітків, а іноді й більше. До таких проблем дослідниця відносить неординарність, гнучкість і швидкість мислення, прекрасно розвинуте мовлення, здібності організатора, високу чутливість, схильність до критичного ставлення до себе й оточуючих. З одного боку, ці якості допомагають їм досягати високих результатів у сфері їх обдарованості, з іншого – є джерелом конфліктів; агресивність. Часто таку дитину просто не розуміють ні однолітки, ні педагоги, а іноді й батьки, що веде до складних переживань дитини, вона або закривається в собі, намагаючись збагнути, чому її не розуміють, або, не бажаючи миритися з роллю вигнанця, вдається до різноманітних хитрощів, намагаючись отримати соціальну підтримку, може використати всі види агресивних реакцій: непрямую, вербальну, фізичну. Ще однією з проблем є неприязнь до школи. Таким дітям подобаються складні ігри й нецікаві ті, якими захоплюються їх однолітки, що мають середні здібності. Унаслідок цього дитина опиняється в ізоляції, замикається в собі. Обдарованим дітям властивий конформізм, занурення у філософські проблеми, невідповідність між фізичним, інтелектуальним і соціальним розвитком, потяг до досконалості. Для цих дітей характерна внутрішня потреба досконалості, адже вони не заспокоюються, не досягнувши вищого рівня, що часто зумовлює відчуття незадоволеності. Таке ставлення до самих себе пов'язано з характерним для дітей з ознаками обдарованості прагненням досягти досконалості в усьому, стати кращими, ніж вони є. Вони дуже критично ставляться до власних досягнень, часто незадоволені ними, звідси – відчуття власної неадекватності й низька самооцінка. Обдаровані діти часто ставлять перед собою завищені цілі. Не маючи можливості досягти їх, вони починають переживати. З іншого боку, прагнення до досконалості й є тією рушійною силою, яка веде до високих результатів. Оскільки діти з ознаками обдарованості більш сприйнятливі до сенсорних стимулів і краще розуміють відношення й зв'язки, вони схильні до критичного ставлення не лише до себе, але й до оточуючих. Така дитина часто сприймає слова або невербальні сигнали як вияв неприйняття себе оточуючими. У результаті таку дитину вважають гіперактивною, оскільки вона постійно реагує на різного роду подразники й стимули. Через природну допитливість і прагнення до зростання обдаровані діти часто монополізують увагу вчителя, батьків та інших дорослих. Це викликає непорозуміння в стосунках з іншими дітьми, яких дратує постійна потреба такої уваги. Діти з ознаками обдарованості часто з недостатньою толерантністю ставляться до інших дітей, які нижчі від них за інтелектуальним розвитком. Вони можуть відштовхувати оточуючих зауваженнями, що виражають презирливість або нетерплячість [4, с. 216].

Через зазначені вище проблеми ці діти, за рішенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, належать до «групи ризику» поряд із розумово відсталими, малолітніми порушниками, дітьми алкоголіків, адже ці проблеми не тільки створюють дискомфорт у повсякденному житті, але й також негативно впливають на їх подальший розвиток та соціалізацію в цілому.

Обдарованість як проблема є поширеним варіантом розвитку дитини в закладах загальної середньої освіти. Це свідчить про те, що у своїй поведінці, навчанні, внутрішньому психологічному стані обдарована дитина наближається до дитини дезадаптованої. У такому випадку обдарованість набуває рис неуспішності, соціальної занедбаності, девіантності і виступає як медико-соціально проблема. Обдарована дитина потребує допомоги в процесі її соціалізації, створення умов для її самореалізації в суспільстві, що є частиною професійної діяльності соціального працівника та предметом медико-соціальної роботи, яка має бути обов'язковим елементом діяльності освітньої установи.

Саме тому головною метою медико-соціальної допомоги є – досягнення максимально можливого рівня здоров'я, функціонування та адаптації обдарованих дітей і молоді в соціумі.

Важливим напрямком профілактичної медико-соціальної роботи є підвищення рівня медичної освіти обдарованих дітей і молоді, формування у них уявлення про здоровий спосіб життя і його значення в попередженні захворювань. Другим значимим напрямком профілактичної медико-соціальної роботи є виявлення найбільш важливих соціальних факторів, що роблять негативний вплив на здоров'я обдарованих дітей і молоді, і безпосереднє їх усунення або зменшення їх впливу на організм: психологічна корекція стану, патронаж «обдарованих дітей», надання їм допомоги у вирішенні правових проблем, дотримання соціальних гарантій, визначених Конституцією України.

Активним напрямком профілактичної медико-соціальної роботи є спільна робота з попередження шкідливих звичок (куріння, зловживання алкоголем, наркотизація і т.п.). Пріоритетним напрямком медико-соціальної роботи є реабілітація обдарованих дітей і молоді, тобто комплекс медичних, соціально-економічних, соціально-педагогічних заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, повне або часткове відновлення порушених функцій організму, підвищення адаптаційних ресурсів обдарованих дітей і молоді, їх соціальної активності. Ступінь відновлення соціальної активності обдарованих дітей і молоді і їх адаптаційних ресурсів є своєрідним підсумком медико-соціальної роботи.

Отже, важливість медико-соціальної роботи з обдарованими дітьми є безумовною. Оскільки лише узгоджена діяльність фахівців соціальної роботи

та медичних працівників дозволить забезпечити оптимальні умови для вирішення їх медико-соціальних проблем та створити сприятливі умови соціалізації.

Література:

1. Данко Д. В. Соціальна робота в медичній сфері. Науковий вісник УжНУ : Серія застосування «Педагогіка. Соціальна робота». Вип. 23. Ужгород, 2011. С.39 – 42.

2. Демченко О. П. Формування суб'єктності соціально обдарованої особистості в культурно-освітньому просторі як умова її соціалізації Вісник Київського Національного університету імені Тараса Шевченка : Серія психологія, 2017. №6. С.47-51.

3. Завгородня Н. М. Педагогічні умови соціалізації обдарованих учнів у навчально-виховному середовищі загальноосвітнього навчального закладу: автореф. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.05 «Соціальна педагогіка». Х., 2006. 221 с.

4. Капська А. Й. Практична діяльність студентів як оптимальна їх підготовка до роботи в різних мікросоціумах. Соціальна робота: теорія, досвід, перспективи. Ужгород, 1999. Ч. 1. С. 281–285.

ДІТИ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДІАГНОЗОМ ДЦП ЯК ОБ'ЄКТ СОЦІАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАЙБУТНІХ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ: МЕДИЧНИЙ АСПЕКТ

*Єгорова К.Г. – асистент кафедри
соціальної педагогіки і соціальної роботи
Глухівського національного педагогічного
університету імені Олександра Довженка*

Рівень цивілізованості будь-якої держави визначається ставленням до найменш захищених та найбільш вразливих її членів, які потребують соціального захисту, у першу чергу до дітей з інвалідністю. В умовах реформування економічної системи України у зв'язку з переходом до ринкових відносин такі діти опинилися в найбільш тяжкому становищі. За статистичними даними, в Україні кількість дітей з інвалідністю віком до 18-ти років у 2017 році сягнула показника 159 044 дітей [1, с. 59], значна частина з яких мають вади з фізичного розвитку.

Питання щодо дітей молодшого шкільного віку з діагнозом ДЦП як об'єкта соціально-реабілітаційної роботи, потребує з'ясування особливостей життєдіяльності дітей з відповідним захворюванням та їх родин. Діти з захворюванням церебрального паралічу відповідно до Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України» [2] мають офіційний

статус «дитина з інвалідністю». На думку О. Холостової та Н. Дементьєвої [3], інвалідність – це специфічна ситуація розвитку й стану особистості, що супроводжується обмеженнями життєдіяльності в найрізноманітніших її сферах. Особи з інвалідністю є в усіх країнах та в усіх ланках суспільства. В різних країнах як причини, так і наслідки інвалідності неоднакові. Це обумовлено різними соціально-економічними умовами і залежить від тих кроків, які здійснює держава для підвищення благополуччя своїх громадян. Інвалідність у дітей означає суттєве обмеження їх життєдіяльності і є причиною соціальної дезадаптації, яка обумовлена порушеннями у розвитку, труднощами у самообслуговуванні, спілкуванні, придбанні професійних навиків. Засвоєння дітьми з інвалідністю соціального досвіду, включення їх в існуючу систему суспільних відношень потребує від суспільства певних додаткових заходів, засобів та зусиль.

Відповідно до наукових думок (Л. Бадалян, В. Козьявкін), ДЦП це важке і складне захворювання центральної нервової системи. Однак, щоб усвідомити проблему дітей з ДЦП, потрібно детально проаналізувати зміст терміну «дитячий церебральний параліч». Згідно з розподілом дітей з інвалідністю до 18-ти років за причинами інвалідності в Україні (всього: 159 044 осіб) у 2017 року на захворювання центральної нервової системи (II місце) припадає – 25 885 осіб, з них: дитячий церебральний параліч – 13 699 осіб. На I-му місці – група з уродженими аномаліями (вади розвитку), деформаціями і хромосомними аномаліями, на III-му місці – розлади психіки та поведінки [1]. Збільшення числа хворих пов'язують не тільки з погіршенням екології, але також з прогресом у перинатальній й неонатальній медицині. Сьогодні успішно виходжують немовлят, які народжені недоношеними, у тому числі з вагою 500 грамів, а саме недоношеність є одним з основних факторів ризику виникнення захворювання ДЦП у дітей МШВ.

Захворювання церебрального паралічу у дітей відноситься до категорії «порушення опорно-рухового апарату». З метою розуміння особливостей терміну церебрального паралічу у дітей нами був проведений історичний аналіз виникнення та розвитку відповідного терміну. Понад століття вже існує термін «ДЦП». Сама хвороба існувала без назви протягом усієї історії людства. Незважаючи на свою довгу історію, і до тепер немає єдності у поглядах на цю проблему.

У 1861 році англійський хірург-ортопед В. Літтль першим доповів про клінічний опис ДЦП на засіданні англійського Королівського медичного товариства. Протягом майже 100 років «дитячий церебральний параліч» називали хворобою Літтля. Канадський лікар В. Ослер у 1889 році запропонував використовувати термін «церебральні паралічі», відзначаючи зв'язок між важкими родами й ураженнями нервової системи у дітей.

Термін «ДЦП» належить відомому віденському невропатологу, психіатру і психологу З. Фрейду, який в 1893 році запропонував об'єднати всі форми спастичних паралічів внутрішньоутробного походження з однаковими клінічними ознаками в групу церебральних паралічів. В Оксфорді у 1958 році за засіданні VIII перегляду Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) цей термін затверджений з наступним визначенням: «Дитячий церебральний параліч – це прогресуюче захворювання головного мозку, яке уражує його відділи, котрі відповідають за рух і положення тіла, захворювання набувається на ранніх етапах розвитку головного мозку» [4]. В даний час цей термін є загальноприйнятим.

Багато наукових робіт, присвячених вивченню пізнавальних процесів і мови у дітей з церебральним паралічем (Р. Абрамович-Лехтман, М. Іполітова, Е. Каліжнюк, Є. Кіріченко, І. Мамайчук, Д. Ельконін та ін.) з'явилися у 1960-1980-х роках ХХ століття.

Важливою віхою у становленні поглядів на дитячий церебральний параліч було проведення у липні 2004 року в Меріленді (Сполучені Штати Америки) Міжнародного семінару з визначення та класифікації церебральних паралічів. Учасники семінару підтвердили важливість цієї нозологічної форми і підкреслили, що ДЦП є не етіологічним діагнозом, а клінічним описовим терміном. Автори запропонували наступне визначення: «Термін дитячий церебральний параліч (ДЦП) означає групу порушень розвитку рухів і положення тіла, що викликають обмеження активності, викликані непрогресуючим ураженням мозку плоду або дитини. Моторні порушення при церебральних паралічах часто супроводжуються дефектами чутливості, когнітивних і комунікативних функцій, перцепції і/або поведінковими і/або судомними порушеннями» [5].

Причини розвитку у дітей захворювання церебрального паралічу різноманітні. Загальновживаними є пренатальні, натальні, постнатальні шкідливі фактори, котрі можуть мати відношення до походження ДЦП. Частіше за все на практиці зустрічаються комбінації шкідливих впливів, діючих на різних етапах розвитку дитини. До шкідливих факторів, які мають негативний вплив на розвиток мозку дитини на різних етапах формування відносяться інфекційні захворювання матері в період вагітності, психічні і фізичні травми під час пологів, асфіксії, черепно-мозкові травми та ін.

У вітчизняній клінічній практиці використовується класифікація К. Семьоновой, в яку включені особисті дані і елементи класифікації Д. Футер і М. Цукер. В даній класифікації виділено п'ять основних форм ДЦП: спастична диплегія, геміпаретична форма ДЦП, гіперкінетична форма ДЦП, двійна гімплегія і атонічно-астатична форма. На практиці виділяється також змішана форма ДЦП.

Церебральний параліч – це не спадкове захворювання. ДЦП не можна заразитися або захворіти. ДЦП повністю не виліковується, але при постійній терапії може з'явитися поліпшення стану людини. Багаторічний досвід як вітчизняних, так і зарубіжних спеціалістів (Л. Бадоян, М. Брейтман, В. Козьякін, К. Семьонова, Н. Финин, Д. Футер, М. Цукер та ін.), які працювали з дітьми хворими на ДЦП показав, що чим скоріше розпочата комплексна реабілітація цих дітей, тим вона ефективніша і має кращі результати в лікуванні.

Медична реабілітація і соціально-педагогічна адаптація дітей з церебральним паралічем на різних етапах розвитку суспільства вирішувалось по-різному. В кінці XVIII та на початку XIX ст. в Європі з'являються заклади для дітей з порушеннями рухових функцій. Вони виникають у столицях і великих містах. Наприклад, в Лондоні, Копенгагені, Стокгольмі, Мюнхені та ін. Приблизно в той самий час такі заклади з'являються і на інших континентах – в Сполучених Штатах Америки, Японії, Австралії [6].

Значний внесок у розвиток методів реабілітації ДЦП внесли Берта і Карел Бобат. Ще в 40-х роках XX ст. вони почали розробляти свій підхід, який базувався на клінічних спостереженнях Берти Бобат. Кондуктивна педагогіка була розроблена після Другої Світової Війни угорським лікарем та педагогом Андрашем Петьо. Спочатку цей підхід використовувався тільки в інституті кондуктивної педагогіки в Будапешті, який носить ім'я автора, а з часом набув популярності і став застосовуватися в багатьох країнах світу.

Метод Вайтатерапії, відомий також як метод рефлекс-локомоції, був розроблений чеським лікарем Вацлавом Войтою на початку 50-х років. Одним з перших відкрився санаторій Комарова у Санкт-Петербурзі у 1960 році. Під керівництвом лікаря С. Бортфель були розроблені різноманітні методи лікувальної фізкультури для дітей з захворюванням ДЦП. На початку 1970-х років в Москві було відкрито Всесвітній Центр відновлювального лікування дітей з ДЦП [7].

Важливою віхою у розвитку медичної реабілітації в Україні стало створення в середині 80-х років системи інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації, відомої у світі як метод професора В. Козьякіна [31]. У 1995-1997 роках Міністерство охорони здоров'я розробило Концепцію вдосконалення неврологічної допомоги дітям України. Особливу увагу в ній приділяли профілактиці, наданню спеціалізованої допомоги, створенню центрів медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи.

У 1998 році на колегії Міністерства охорони здоров'я було схвалено модель реабілітації, що перенесена з Європи. Її прообразом є Мюнхенський дитячий реабілітаційний центр. Модель пройшла апробацію в Києві, згодом досвід був перенесений у регіони [7].

Засобами реабілітації дітей з інвалідністю внаслідок ДЦП є методи соціально-відновної дії, психологічної корекції, фізичної реабілітації (ЛФК, масаж, рефлексотерапія, світлолікування, електролікування, вібротерапія, магнітотерапія, теплолікування, водолікування, метод динамічної пропріорецептивної корекції носінням гравітаційного костюма) і професійна орієнтація. Останнім часом у загальному комплексі заходів щодо реабілітації інвалідів із дитячим церебральним паралічем все більшу увагу приділяють іпотерапії як елементам соціальної адаптації і рекреації [8].

Сьогодні в Україні існує Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів у Лютіжі. Школи-інтернати для дітей, хворих на ДЦП, перетворюють на центри адаптації і вже функціонує понад 63 регіональний центр [7].

Отже, ефективність допомоги майбутніми соціальними працівниками дітям молодшого шкільного віку із захворюванням ДЦП полягає у створенні необхідних умов, оточення, в якому б здійснювалася комплексна реабілітаційна робота, котра спрямована на досягнення соціальної реабілітації та адаптації дітей в умовах родини, у колективі однолітків й у суспільстві; фізичної реабілітації; психологічної реабілітації та роботи з професійної орієнтації. При системній, цілеспрямованій, комплексній взаємодії соціальних працівників, педагогів, психологів, лікарів, батьків та наявності науково обґрунтованих програм розвитку, позитивна динаміка покращення рівня психофізичного та соціального розвитку дітей молодшого шкільного віку з ДЦП є реальною.

Література:

1. Статистичний збірник «Захист дітей, які потребують особливої уваги суспільства» державної служби статистики України. Київ, 2018 відповідальний за випуск О. О. Кармазіна 76с. Електронне джерело : ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/publzhahist_u.htm (дата звернення : 15.09.2018).
2. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України : Закону України від 19.12.2017 р. № 2249-VIII. Електронне джерело : <https://ua.censor.net.ua/n3044665> (дата звернення : 15.09.2018).
3. Холостова Е. И., Дементьева Н. Ф. Социальная реабилитация : учебное пособие. Москва, 2002. 340 с.
4. Миронова С. П., Гаврилов О. В., Матвеева М. П. Основи корекційної педагогіки : навчальний посібник / за заг ред. С. П. Миронової. Кам'янець-Подільський, 2010. 264 с
5. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. Санкт-Петербург, 2001. 220
6. International Women in Science: A Biographical Dictionary to 1950. Catharine M. C. Haines, Helen M. Stevens. Santa Barbara, 2001. 383 p.

7. Мицкан Б., Мицкан Т., Остапак З. Огляд методів фізичної реабілітації дітей із церебральним. Нова пед. думка. 2013. № 4. С. 161–164.

8. Ганзина Н. В., Губарева Н. В. Подвижные и спортивные игры как средство рекреации и социальной адаптации инвалидов с ДЦП. Спорт, духовные ценности, культура. Москва, 1997. Вып. 8. С. 175-186.

СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНА ДОПОМОГА В СИСТЕМІ НАДАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ В РЕСПУБЛІЦІ ПОЛЬЩІ

*Курант О. Є. – асистент кафедри
соціальної педагогіки і соціальної роботи
Глухівського національного педагогічного
університету імені Олександра Довженка*

Постановка проблеми. Уряд Польщі завжди приділяв велику увагу запровадженню економічних перетворень в країні і значно в меншій мірі – системі медичного обслуговування та наданні соціальних послуг. Польща тривалий час спиралася на систему охорони здоров'я, що існувала в країні до 1989 р., характерною особливістю якої було фінансування з державного бюджету за наявності відрахувань громадян. Однак, низький рівень адаптованості до ринкових умов та скромні фінансові доходи польського населення знижували доступність ліків, якісного медичного обслуговування, отримання повноцінної соціальної допомоги, що значно збільшувало можливість соціальних ризиків серед населення. Спостерігалось хронічне недофінансування даної галузі, застаріла матеріальна база, відсутність фармацевтичних препаратів у лікарнях, низька заробітна плата працівників у соціальній сфері тощо. Згадані вище зміни посприяли виникненню потреби якісної соціально-медичної допомоги та підготовки фахівців соціальної сфери, які своїм головним завданням в діяльності поставили б вирішення назрілих проблем, надання соціальної допомоги та медичного обслуговування

Відтак, особливої актуальності набуває проблема надання якісних соціально-медичних послуг.

Аналіз досліджень. Істотну роль у розробку питань щодо дослідження згаданої проблематики присвячено достатню кількість наукових праць. Польські НУО, що сприяли вирішенню тих чи інших соціальних проблем в країні у досліджуваній період, стали предметом вивчення в колективній монографії «Organizacje pozarządowe w społeczeństwie obywatelskim» [6], у дослідженнях Е. Лешь [4], Д. Базунь [1], М. Ціхоцької [3], пріоритетні напрями соціальної допомоги вивчено у працях «Sfery działalności organizacji pożytku publicznego w Polsce» [10]. Важливим джерелом фактичної інформації стали офіційні сайти неурядових організацій [2; 7; 8; 9; 11].

Мета статті полягає у означенні соціально-медичної допомоги в системі соціальної сфери у Республіці Польщі, визначенні діяльності системи надання соціальної допомоги та медичного обслуговування, дослідження основних напрямів діяльності, визначення пріоритетних методів та засобів її здійснення, узагальнення досвіду даної роботи.

Виклад основного матеріалу. Відповідно до проведених досліджень останніх років кількість організацій, для яких соціальна допомога була пріоритетною сферою діяльності, складала 17 тис. або 24% від загальної кількості діючих організацій non-profit в Республіці Польщі [10, s. 37]. Більше половини цих організацій – 8,9 тис. – виникли ще перед трансформаційними змінами 1989 р. і мали вже 20-річний стаж такої діяльності. У 2015 рр. спостерігається значне зростання організацій, що склало 2,6 тис. [10, s. 39].

Основні сфери соціальної допомоги: 1) допомога інвалідам і хворим (46%); 2) підтримка патологічних сімей або сімей, які мають проблеми із вихованням дітей (45%); 3) допомога малозабезпеченим (42%); 4) допомога людям похилого віку (32%); 5) допомога наркозалежним і алкозалежним особам та їх сім'ям (30%); 6) утримання і підтримка дитячих будинків, прийомних сімей, надання послуг з усиновлення, допомога сиротам або інші соціальні послуги, адресовані дітям та молоді (30%); 7) розподіл одягу, продуктів харчування і фінансової підтримки (25%); 8) утримання притулків, допомога безпритульним (20%); 9) допомога жертвам стихійних лих (10%); 10) допомога біженцям (2%) [9].

Соціальна допомога і медичне обслуговування якісно надавалися довгий час переважно у великих містах. Щодо фінансування, то послуги такого типу частіше отримували пожертвування і благодійні внески від фізичних та юридичних осіб. Наприклад, у 2003 р. надходження з цих джерел згідно статистики є 70% [9]. Польський Червоний Хрест (далі – ПЧХ) (Polski Czerwony Krzyż – РСК) є найстарішою неурядовою організацією, що діє в Польщі з 27 червня 1919 р. Так, однією із пріоритетних сфер діяльності того часу стали періодична і невідкладна допомога, що виникли у зв'язку з різким збідненням польського населення. Так, ПЧХ організував пункти безкоштовної їжі, пункти надання одягу, ліків, засобів гігієни, видавав талони, що дозволяли користуватися послугами закладів громадського харчування тощо [3, s. 123]. Організація провела відповідну підготовку кадрів штатних працівників та відповідальних волонтерів у воєводських управліннях із організації допомоги жертвам катастроф і стихійних лих (курси, самоосвітні матеріали і т.д.) [3, s. 124–125].

Особливою формою діяльності ПЧХ стала допомога біженцям різних національностей, які перебували на території Польської держави [4, s. 214]. Так, відбувалося забезпечення проживання і цілодобового харчування для 200

громадян з бувшого СРСР, які залишилися в Польщі після державного перевороту 1991 р. Невідкладна допомога була надана румунським громадянам – циганам, зокрема матерям з маленькими дітьми. На початку 1992 р. Польський Червоний Хрест взяв шефство над групою людей з території минулої Югославії у кількості 700 осіб [3, s. 125].

У 1981 р. в Державній палаті було зареєстровано організацію під назвою Асоціація МОНАР (МОлодь проти НАРкотиків, Stowarzyszenie MONAR) [1, s. 84]. Перший центр допомоги наркозалежним було створено Марекот Котанським у 1978 р. в Глоскові. Саме цей центр і став фундаментом для створення всієї мережі допомоги хворим у Польщі, заснованої на ідеї терапевтичних громад. Асоціація стала також членом Суспільного руху з протидії наркоманії, ця організація одна із перших у Польщі поширювала листівки з інформацією на тему можливих шляхів зараження вірусом ВІЛ та тяжким інфекційним захворюванням СНІД, оскільки епідемія хвороби у Польщі в останній третині ХХ ст. явно недооцінювалася. Іншою важливою ініціативою МОНАР стало створення пункту невідкладної медичної допомоги людям–носям вірусу ВІЛ, який було відкрито у Варшаві в лютому 1991 р. У цьому ж році Асоціація організувала «Marsz przeciw AIDS» («Марш проти СНІДу») [5]. Заходами більш великих масштабів стали два концерти, організовані в 1992 р., перший під назвою «Serce dla dziecka – niech świat się do nich uśmiechnie» («Серце для дітей – нехай світ до них усміхнеться») відбувся у Любліні, другий концерт під назвою «Niech świat się do nich uśmiechnie» («Нехай світ до них усміхнеться») відбувся у Варшаві на Стадіоні Десятиріччя. Метою, яку переслідував МОНАР, організовуючи заходи таких масштабів, було широке інформування польського суспільства про загрози СНІД не тільки у випадку наркозалежності та формування у польських громадян толерантності й солідарності до хворих.

За 1989–2004 рр. МОНАР створив 13 клінік і консультаційних пунктів. Ці програми включали в себе допомогу близько 4000 особам на рік. Наприклад, тільки у 2004 р. співробітники і волонтери МОНАР надали допомогу 3385 особам, які вживали наркотики (90% від загальної зареєстрованої кількості наркоманів). Організацією регулярно публікувався інформаційний бюлетень під назвою «MONAR NA BAJZLU», якого, наприклад, тільки у 2004 р. вийшло 4 номери тиражем у 3000 екземплярів [2].

2 березня 1993 р. у Варшаві було зареєстровано Фонд «Великий оркестр святкової допомоги» («Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy») [11]. Це одна з найбільших неурядових благодійних організацій у Польщі, що рятує життя дітей, забезпечуючи дитячі лікарні новітнім медичним обладнанням. Протягом 1993–2004 рр. Фонд провів 5 національних медичних програм і одну освітню. Серед них: «Narodowy program wczesnej diagnostyki onkologicznej dzieci»

(«Національна програма ранньої діагностики онкологічно хворих дітей»), програма неінвазивної штучної вентиляції легень у новонароджених – «Infant Flow», освітня програма «Ratujemy i Uczymy Ratować» («Рятуємо і вчимо рятувати») [11]. Кошти на реалізацію програм і проєктів Фонд отримував шляхом проведення однойменної акції, завдяки якій лікарні Польщі отримали медичне обладнання для діагностики тяжких дитячих захворювань на ранніх стадіях та їх профілактики. З 1993 р. кожен рік організовувалася загальнопольська акція, результатом якої був Великий фінал «Великого оркестру святкової допомоги». У день Великого фіналу волонтери виходили на вулиці і збирали кошти, які потім витрачали на придбання новітньої медичної техніки.

З 1994 р. у Польщі здійснює свою діяльність неурядова організація Польська Гуманітарна Акція (Polska Akcja Humanitarna), важливою стратегічною метою якої стала боротьба із бідністю населення шляхом створення відповідних умов для реалізації невід'ємних прав людини на свободу, освіту, охорону здоров'я тощо. Крім того організація діяла і як центр для біженців. Так, під опікою Польської Гуманітарної Акції перебували чеченці, румуни, боснійці, білоруси. Допомога біженцям надавалась у вигляді юридичних консультацій та забезпечення їх необхідними засобами для життя [7].

З квітня 1999 р. у Польщі розпочала свою діяльність Польська Медична Місія (Polska Misja Medyczna). Імпульсом до створення організації стала війна, яка розпочалася у 1999 р. в Косово і викликала масову втечу мирних жителів до сусідньої Албанії. Польська Медична Місія займалася наданням професійної медичної допомоги постраждалим від війн, стихійних лих та катастроф. Варто зазначити, що увага організації була націлена не тільки на допомогу біженцям та іноземцям, але і на польське населення. Допомога надавалась тим групам осіб у Польщі, які не мали прямого доступу до медичного обстеження. Організацією здійснювались профілактичні кампанії. Її діяльність ґрунтувалась в основному на роботі добровольців: лікарів, медсестер, фельдшерів, психологів та медичних аналітиків [8].

Діяльність Польської Медичної Місії здійснювалась шляхом реалізації певних програм та проєктів. Так, у 2003 р. стартувала програма «Medical Support for Roma Population in Poland» («Медичне забезпечення циган у Польщі»), 2004 р. – «Karetka dla Powiatu» («Карета швидкої допомоги для повіту»), «Szkozenia lekarzy z Europy Wschodniej» («Навчання лікарів із Східної Європи»), «Mobilne Ambulatoria Medyczne oraz Projekt Profilaktyki i Leczenia Gruźlicy – pomoc dla Gruzji» («Мобільні медичні амбулаторії і Проєкт з профілактики та лікування туберкульозу – допомога для Грузії»), 2004–

2005 рр. було завершено проект «Uchodźcy (2004–2005)» («Біженці (2004–2005 рр.)») тощо [8].

Проаналізувавши вище зазначену діяльність, бачимо, актуальним завжди було в основному надання соціальної допомоги малозабезпеченим польським родинам, інвалідам, безпритульним, постраждалим від воєнних конфліктів, здійснення патронажу над дитячими будинками, будинками для людей похилого віку, підтримка біженців. Методи, які використовувалися організаціями в реалізації статутних цілей, – це профілактика і медична просвіта, реабілітація, терапія, невідкладна медична допомога, придбання ліків та медичного обладнання, у меншій мірі це утримання санаторіїв, реабілітаційних центрів, лікувальних і санітарних установ. Завдяки наданій соціально-медичній допомозі відбувся процес включення в суспільне життя.

Таким чином, констатуємо суспільну користь і важливу роль надання соціальної допомоги та медичного обслуговування. Цю тезу яскраво підтверджують дані соціологічного опитування, проведеного в лютому 2014 р., з приводу довіри польського населення до конкретних організацій та соціальної сфери загалом. Так, найвищий рівень довіри – 86% – отримали Польський Червоний Хрест, Карітас, Фонд «Великий оркестр святкової допомоги». Саме орієнтація на правильні цілі і завдання дозволили не тільки зміцнитися і отримати визнання з боку громадян, але й знайти необхідні джерела фінансової підтримки для реалізації своїх програм та проєктів.

Література:

1. Bazuń D. Monar – fenomen ruchu społecznego / D. Bazuń. – Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, 2010. – 248 s.
2. Casestudy – Stowarzyszenie MONAR, jesień 2005 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.bezrobocie.org.pl/x/202519>.
3. Cichocka M. Ł. Polski Czerwony Krzyż w latach 1919–2004 / Marianna Łucja Cichocka. – Płock: Wyd. Naukowe Novum, 2006. – 171 s.
4. Leś E. Od filantropii do pomocniczości: studium porównawcze rozwoju i działalności organizacji społecznych / Ewa Leś. – Warszawa: Elipsa, 2000. – 246 s.
5. Гілея: науковий вісник : Збірник наукових праць. – К., 2016. – Випуск 113 (№ 10).

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ІНТЕРНЕТУ НА СОЦІАЛІЗАЦІЮ ПІДЛІТКА: ТЕОРЕТИЧНИЙ АСПЕКТ

Смик А. С. – асистент кафедри соціальної педагогіки і соціальної роботи Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка

У вітчизняних вікових періодизаціях хронологічні межі підліткового віку прийнято визначати від 10 – 11 до 14 – 15 років, при цьому виокремлюють молодший (11 – 12 р.) і старший (13 – 15 років) підлітковий вік. Початок цього періоду пов'язують зі статевим дозріванням: у дівчаток біологічні зміни з'являються раніше, у хлопчиків – пізніше. У структурі шкільного навчання підлітковий вік відповідає проміжку з 5-го по 9-й класи.

Ситуація соціалізації розвитку підлітка набуває суттєво змінюється, що відображається у його прагненні набути певного статусу в суспільстві. Одноліток у цьому віці стає найбільш значущою (референтною) особою, тоді як ставлення до навчання, як правило, визначається ставленням до особистості вчителя. Тобто зміна системи шкільних стосунків обумовлюється зменшенням значущості навчальної діяльності порівняно з молодшим шкільним віком. У зв'язку з цим варто говорити про встановлення нового виду провідної діяльності – інтимно-особистісного спілкування, що проявляється у домінуванні неформальної комунікації, активній участі особистості у вуличних компаніях. Також однією з особливостей підліткового віку є поява проблем у системі сімейних стосунків: непорозумінь, конфліктів з батьками.

Основні новоутворення особистісної сфери підлітка: почуття дорослості, потреба в самореалізації та суспільному визнанні, прагнення до самоствердження, самооцінка, моральний характер самосвідомості, вміння підпорядковуватись нормам колективного життя. Ці психологічні феномени можуть проявлятися у негативних поведінкових проявах: упертості, негативізмі, агресивності, дратівливості, різких змінах настрою тощо. Ситуація психічного розвитку ускладнюється також глобальними трансформаціями організму, що пов'язано з центральним біологічним новоутворенням – статевим дозріванням.

Типовою особливістю підліткового віку, безперечно, можна додати захопленість мережею Інтернет. Ця проблема є дуже багатогранною, і деякі її аспекти тільки починають вивчатися. Для нас наразі важливо хоча б коротко з'ясувати основні теоретичні положення щодо перебування підлітків у віртуальному світі.

Не викликає сумнівів, що сучасні діти проводять у мережі багато часу. Дослідники виокремлюють низку чинників, які впливають на тривалість користування Інтернетом, а саме: 1) доступність мережі (технічна і фінансова); 2) привабливість інтернет-контенту (особливо це стосується соціальних мереж і он-лайн ігор); 3) використання Інтернету як засобу для «скачування» літератури, музики, кінофільмів; 4) вирішення завдань навчальної діяльності; 5) наявність вільного часу; 6) структура інтересів особистості; 7) контроль батьків; 8) самоконтроль.

Як бачимо, існує низка суб'єктивних та об'єктивних причин, що регулюють інтернет-активність, які слід урахувувати батькам та вчителям. Потрібно завжди чітко з'ясовувати мету, з якою дитина перебуває у мережі, а також пам'ятати про потенційні небезпеки віртуального світу. Так, М. А. Снітко визначає такі ризики Інтернету для процесу соціалізації підлітків: 1) велика кількість спаму та недостовірної інформації, що може викликати деформації ментальної моделі світу особистості; 2) залучення до різних мережеских організацій асоціальної спрямованості; 3) відвідування сайтів агресивного та аутоагресивного змісту (пропаганда суїциду); 4) залучення до он-лайн порноіндустрії; 5) поширення фото та відеофайлів із зображенням сцен порнографії та насильства; 6) спілкування та зустріч з віртуальними друзями, які в реальному житті є особами з асоціальною поведінкою; 7) використання персональної інформації користувачів сторінок соціальних мереж з корисливою метою [3].

Зазвичай виокремлюють три види мережевої діяльності: комунікативну, пізнавальну та ігрову. Проаналізуємо особливості кожної у підлітковому віці. Нині спілкування є найпопулярнішою складовою інтернет-діяльності. Можливість анонімності та відсутність безпосередньої фізичної взаємодії нівелює низку комунікативних бар'єрів, пов'язаних із соціальним статусом, зовнішністю, гендерними характеристиками. Така тенденція є надзвичайно привабливою для підлітків, які можуть бути незадоволені своєю зовнішністю, віком, фізичними можливостями, рисами характеру тощо. Типові тенденції компенсаторної віртуальної ідентичності підлітка: демонстрації впевненості, сміливості, розкутості (особливо у спілкуванні з протилежною статтю).

Варто зауважити, що в останні роки переосмислюється погляд на інтернет-спілкування як виключно негативний феномен, що обмежує реальний життєвий простір. Наприклад, С. Б. Цимбаленко, за результатами проведених опитувань, стверджує, що підлітки та юнаки, які активно спілкуються в мережі, також інтенсивно взаємодіють з однолітками, відвідують гуртки, ходять на побачення, тобто ведуть активне соціальне життя [4].

Ігрова сторона інтернет-діяльності підлітків часто реалізується через субкультуру геймерів (від англ. gamer – гравець), основною ознакою якої є стійке захоплення комп'ютерними іграми, що часто перетворюється на залежність. Середній віковий діапазон геймерів – 12 – 20 років. Особливо актуальною ця субкультура є для підліткового віку, тому що її специфічні риси частково задовольняють потребу в дорослості. Нестабільна емоційно-чуттєва сфера, уява, що активно розвивається, знаходять вираження у захопленні комп'ютерними іграми, які негативно впливають на формування самосвідомості підлітків унаслідок прийняття багатьох уявних ролей.

Поведінка геймерів у соціумі може характеризуватися інфантилізмом, дезадаптованістю, різними невротичними станами.

Актуальною проблемою для підлітків – представників цієї субкультури є виникнення залежності від комп'ютерних ігор, що характеризується такими ознаками: 1) небажання відмовитися від гри; 2) виникнення роздратування, якщо підлітка змушують відволіктися від гри; 3) витрати великих коштів на оновлення комп'ютерного забезпечення, пов'язаного з грою; 4) ігнорування домашніх справ і навчання; 5) відсутність уваги до власного здоров'я – нехтування сном та елементарними правилами гігієни, зловживання кавою, нерегулярне харчування без відриву від гри; 6) відчуття емоційного піднесення під час гри; 7) обговорення геймерської тематики з випадковими людьми.

Проте захоплення он-лайн-іграми може мати і позитивні наслідки: розвиток практичного мислення, набуття досвіду соціальної взаємодії, удосконалення реакції. Важливо, щоб гра не спричиняла соціальної дезадаптації особистості, а набуті навички та вміння не заглиблювали підлітка у віртуальний світ, а знаходили відображення у реальній дійсності.

Пізнавальна діяльність у мережі реалізується через пошук інформації, розв'язання задач, розвивальні ігри – як такі, що мають аналоги у реальності (шахи, шашки тощо), так і суто комп'ютерні. Зазначимо, що часто пізнавальна активність в Інтернеті супроводжується комунікативними процесами. Н. С. Нікіфорова та Л. А. Серих пропонують класифікацію форм організованої діяльності учнів у мережі: 1) збір інформації (мережевий пошук, онлайніві опитування); 2) змагальна діяльність (електронні олімпіади, вікторини, різноманітні конкурси, фестивалі тощо); 3) співробітництво (телекомунікаційні проекти зі спільного розв'язання проблем); 4) продуктивне спілкування (телеконференції, тематичні чати, обговорення на форумах тощо) [2]. Втілення цих видів роботи у педагогічну практику може супроводжуватися проблемами психологічного характеру, тому для їх ефективного усунення та вдосконалення навчальних занять необхідно мати більше достовірних наукових даних.

На думку А. В. Кузнецової, яка вивчала пізнавальні процеси інтернет-активних старших підлітків, розвиток когнітивних здібностей у віці 14 – 16 років визначається «тривалістю систематичної різноцільової взаємодії з ресурсами мережі і виявляється у різній ефективності реалізації психічної пізнавальної діяльності» [1]. Результати досліджень свідчать, що залучення до інтернет-діяльності потребує максимальної активізації когнітивного процесу: властивості віртуального простору відрізняються від реального світу, тому мислення особистості має вирішувати специфічні завдання. Отже, можна говорити, що пізнавальна сфера підлітків, які перебувають в Інтернеті, може

розвиватися, удосконалюватися, але за умови неконтрольованого, неорганізованого впливу мережі, коли віртуальність підміняє реальний світ, відбуваються негативні зміни у когнітивній структурі особистості.

Отже, соціальний педагог у своїй роботі з підлітками повинен звертати увагу на їхнє захоплення інтернет-активністю, проте це явище слід оцінювати об'єктивно. «Демонізація» віртуального спілкування, наголошення тільки на його негативних аспектах може призвести до ігнорування педагогічних можливостей інформаційно-комунікаційних технологій, що мають використовуватися з урахуванням специфіки взаємодії у віртуальному просторі.

Література:

1. Кузнецова А. В. Когнитивные способности интернет-активных школьников 14–16 лет : диссертация ... кандидата психологических наук : 19.00.01 / А. В. Кузнецова; Моск. пед. гос. ун-т. – Москва, 2011. – 264 с.

2. Никифорова Н. С. Познавательная деятельность школьников в сети: исследование Рунета / Н. С. Никифорова, Л. А. Серых // Сетевая культура. Сб. статей / под общей редакцией Алексеевой Е. В. – М. : НП СТОиК, 2007. – С. 98–109.

3. Снітко М. А. Соціально-педагогічні умови формування у підлітків безпечної поведінки в інтернет-мережі : автореферат дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / М. А. Снітко ; Київський університет імені Бориса Грінченка. – К., 2004. – 20 с.

4. Цимбаленко С. Б. Влияние Интернета на российских подростков и юношество в контексте развития российского информационного общества [Электронный ресурс] / С. Б. Цимбаленко // Международный электронный научно-образовательный журнал «Медиа. Информация. Коммуникация». – 2012. – № 4. – Режим доступа до статті: <http://mic.org.ru/index.php/4-nomer-2012/162-vliyanie-interneta-na-rossijskikh-podrostkov-i-yunoshestvo-v-kontekste-razvitiya-rossijskogo-informatsionnogo-prostranstva>.

Наукове видання

За редакцією доктора педагогічних наук, професора **Л. І. Міщик**

*Матеріали Міжнародної науково-практичної інтернет-
конференції*
Медико-соціальні проблеми в теорії і практиці
соціальної роботи

25-26 жовтня 2018 р.

*За достовірність фактів, назв, дат, посилань на літературні
джерела тощо відповідальність несуть автори.*

за заг. ред. Людмили Іванівни Міщик

В авторській редакції
Комп'ютерний набір: Смик А. С.
Технічний редактор Панченко С. П.