

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ГЛУХІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ОЛЕКСАНДРА ДОВЖЕНКА**

Л. І. МІЩИК

**ПІДГОТОВКА
СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА
ДО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ:
СТРАТЕГІЯ Й ДОСВІД**

Монографія

Суми
Видавничий дім «Ельдорадо»
2019

УДК 364.442.2
П 56

*Рекомендовано до друку рішенням вченої ради
Глухівського національного педагогічного університету
імені Олександра Довженка
(протокол № 11 від 25 квітня 2019 року)*

Рецензенти:

Карпенко О. Г. – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри теорії та технологій соціальної роботи Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова.

Федоряко Л. В. – головний лікар КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Глухівської міської ради.

Николаєнко С. І. – директор Територіального центру соціального обслуговування населення Глухівської міської ради.

Міщик Л. І.

П56 Підготовка соціального працівника до медико-соціальної роботи: стратегії і досвід : монографія / Л. І. Міщик. – Суми : видавничий дім «Ельдорадо», 2019. – 232 с.

Монографія присвячена аналізу основних цінностей здоров'я; історичних підходів розвитку професії; детермінант здоров'я; різних послуг, що соціальні працівники можуть надавати пацієнтам у системі охорони здоров'я; різноманітності способів підготовки соціальних працівників на рівні університету та медичних установ під час їх практики.

The monograph is devoted to the analyses of the main values of health; historical approaches of the development of the profession; determinants of health; different services which social workers could provide for patients in health care system; variety of ways of training of social workers at the University level and at medical facilities during their practicum.

УДК 364.442.2

© ГНПУ ім. О. Довженка, 2019

© Л. І. Міщик, 2019

**© Видавничий дім «Ельдорадо»,
2019**

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ЯК СОЦІАЛЬНА ЦІННІСТЬ СУСПІЛЬСТВА: ІСТОРІЯ, ПРОБЛЕМИ, ШЛЯХИ РОЗВ'ЯЗАННЯ	6
1.1 Охорона здоров'я як соціальна цінність суспільства	6
1.2 Основні характеристики детермінант здоров'я в сучасному суспільстві в контексті форм впливу соціального працівника	25
1.3 Види соціальних послуг у галузі профілактики й охорони здоров'я	36
1.4 Необхідність підготовки майбутніх соціальних працівників до застосування технологій медико-соціальної роботи в професійній діяльності	54
1.5 Історія актуалізації взаємовідношення питань збереження здоров'я з системою соціального захисту	58
РОЗДІЛ 2. ВІТЧИЗНЯНИЙ І ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ЗВ'ЯЗКІВ СОЦІАЛЬНОЇ ІНЖЕНЕРІЇ ТА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	64
2.1. Зарубіжна модель підготовки соціальних працівників у контексті соціально-медичного спрямування та соціальних і медичних проблем населення	64
2.2. Специфіка вітчизняної системи соціальних послуг та її узгодження зі сферою підготовки соціальних працівників до медико-соціальної роботи	78
2.3. Системоутворювальні та правові фактори надання соціальних послуг в Україні на сучасному етапі: реалії та рекомендації	90
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЗВ'ЯЗКУ З МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИМИ ВИКЛИКАМИ В УКРАЇНІ	115
3.1. Зasadничі характеристики технологій медико-соціальної роботи у зв'язку з вітчизняними медико-соціальними проблемами	115
3.2. Аналіз вітчизняного досвіду підготовки майбутніх соціальних працівників до використання технологій медико-соціальної роботи в професійній діяльності	130

РОЗДІЛ 4 СТРАТЕГІЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ У МЕЖАХ НАВЧАЛЬНОГО КУРСУ «СОЦІАЛЬНА РОБОТА В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»	138
4.1. Зміст професійної підготовки в межах навчального курсу «Соціальна робота в галузі охорони здоров'я»	138
4.2.Форми й методи роботи соціального працівника	162
4.3. Види інтервенцій/терапій у соціальній роботі	180
СЛОВНИК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ	201
ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА	208
ДОДАТКИ	212

ВСТУП

В умовах поглиблення соціальних проблем, зниження показників здоров'я населення зростає об'єктивна потреба вирішення взаємопов'язаних проблем соціального й медичного характеру на якісно новому рівні, суголосному соціально-медичної роботі. Надання спеціальної допомоги мультидисциплінарного характеру, специфіка її форм і методів дозволяє розглядати такий вид діяльності як самостійний напрям соціальної роботи.

У роботі фахівець із соціальної роботи вирішує питання підвищення показників життя своїх клієнтів – незахищених верств населення, які потребують допомоги, але є й вузькі профільні завдання з надання соціально-медичних послуг: організація долікарської медичної допомоги та догляд за хворими, санітарно-гігієнічні заходи, санітарна освіта населення, послуги з догляду за хворими та самотніми як удома, так і в умовах стаціонару, в реабілітаційних відділеннях медичного напрямку, наприклад, у госпіталях, де лікують і допомагають відновити сили учасникам АТО.

З огляду на таку мультизадачність, цілком вірогідно, що сучасні соціальні працівники можуть стати тими агентами позитивних змін, яких зараз так потребує наша країна.

Утім підготовка фахівця із соціальної роботи вимагає багатовекторного планування навчального процесу, під час якого студенти оволодівають знаннями соціосфери, і поглиблено вивчають медичну складову цієї непростой професії. Пропонований навчальний посібник дає певну конкретизацію й заповнює навчальні відомості про соціально-медичну роботу й соціальні проблеми в установах соціального обслуговування населення та охорони здоров'я. Поданий окремим розділом досвід професійної підготовки в межах навчального курсу «Соціальна робота в галузі охорони здоров'я» уможливить якісну підготовку соціальних працівників(педагогів) до фахового, відповідального та турботливого ставлення до клієнтів.

Матеріал посібника може бути джерелом інформації та практичних рекомендацій для організації й проведення соціально-медичної роботи.

РОЗДІЛ 1.

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ЯК СОЦІАЛЬНА ЦІННІСТЬ СУСПІЛЬСТВА: ІСТОРІЯ, ПРОБЛЕМИ, ШЛЯХИ РОЗВ'ЯЗАННЯ

1.1. Охорона здоров'я як соціальна цінність суспільства

Соціально-медична робота є одним із найважливіших напрямів в діяльності соціальних установ і посідає особливе місце в практичній охороні здоров'я. Збільшення кількості людей похилого віку, хворих невиліковними хворобами, поглиблення проблем із недужими на медико-соціальні хвороби, особливості їх способу життя й роботи висувають нові вимоги до надання соціально-медичної допомоги, медичної реабілітації.

Тому під час підготовки соціальних працівників до роботи в галузі охорони здоров'я необхідно дати їм широкий контекст розуміння здоров'я й тих чинників, які його визначають. Майбутні фахівці-соціальні працівники повинні мати уявлення про взаємозалежність процесу захисту здоров'я людей та й системи охорони здоров'я, про форми їх взаємодії. Важливою, на нашу думку, є інформація про різні підходи до питань здоров'я в різних країнах і у світовому співтоваристві в цілому.

У зв'язку з цим розглянемо питання, які стануть загальною теоретичною базою при підготовці соціальних педагогів до роботи в галузі охорони здоров'я на різних рівнях, серед яких виділяють: державний рівень, на якому формується соціальна політика; робота в співтоваристві при вихованні дбайливого ставлення людей до власного здоров'я; робота з клієнтом, родиною чи групою.

При загальній теоретичній підготовці майбутніх соціальних педагогів слід враховувати концепцію здоров'я та її взаємовідношення з системою охорони здоров'я; основні характеристики детермінант здоров'я в сучасному суспільстві й головні ціннісні орієнтації стосовно його питань.

Здоров'я є важливою складовою нашого буття, а розуміння характеру взаємозалежності між здоров'ям, системою охорони здоров'я, біологічними, психологічними й соціальними факторами

закладено в теоретичну базу пропонованої нами системи підготовки соціальних педагогів для роботи в галузі охорони здоров'я громадян. Тут слід наголосити на немедичних аспектах здоров'я, які найчастіше не враховуються при підходах до проблем людини.

Наша громадяни здебільшого піклуються про власне здоров'я, намагаються його підтримувати, покращити, пристосовуються до того, що воно погіршується. Відбувається це на різних рівнях – індивідуальному й груповому. Здоров'ям займаються сім'ї, асоціації, групи співробітників, співтовариство й нації. Здебільшого люди вважають, що ряд певних заходів буде сприяти збереженню їхнього здоров'я, а більшість із них намагається уникати дій, заходів, які можуть зашкодити фізичному чи психічному стану.

Кожне суспільство виділяє значну частину своїх економічних ресурсів, пов'язаних із виробництвом і поширенням послуг у сфері догляду за здоров'ям, а індустрія здоров'я витрачає ці ресурси, перетворюючи їх у відповідний товар і послуги (у багатьох розвинених країнах це величезна індустрія).

Широкомасштабні дії на рівні держав віддзеркалюють розуміння людей про те, що доступність і використання послуг у галузі охорони здоров'я є головними для здоров'я громадян.

Часто при визначенні здоров'я мають на увазі функціонування системи охорони здоров'я, людей і соціальних інститутів, залучених до надання медичної допомоги, а систему охорони здоров'я часто називають «системою догляду за хворобою», тому що вона вже працює з порушеннями здоров'я.

Здоров'я людини залежить від ряду видів її діяльності, якщо не від усіх видів діяльності. Не можна відокремити тільки орієнтовані на здоров'я види діяльності. Поняття «здоров'я» має досить широке значення. З одного боку, це благополуччя в найширшому сенсі, а з іншого – звичайна відсутність негативних біологічних ситуацій – хвороби, болю, інвалідності або смерті.

Але біологічні умови, які ідентифікуються й класифікуються медичними дисциплінами, відчуються індивідами, сім'ями або соціальними групами як хвороба – синдром нездужання. Існує чітка відповідність між медичною хворобою й захворюванням

індивіда. Концепція здоров'я, яка сприймається пацієнтом як відсутність хвороби, не обов'язково повинна збігатися з клінічною відсутністю хвороби. Згодом на функціональні здатності індивіда буде впливати, але не повністю визначати, сприйняття хвороби.

Не існує чітких меж між різними концепціями здоров'я в такому континуумі, але це не означає, що в них нема відмінностей. Концепції не повинні бути тільки правильними й неправильними. Вони можуть мати різні завдання й галузі застосування. Яке б визначення «здоров'ю» не давалося, важливо відокремлювати його від питань детермінантів здоров'я. Тут задіяна велика кількість аспектів, які визначають основні фактори, що впливають на здоров'я. Це певні структури в системі охорони здоров'я; генетичні передумови індивіда; довкілля; правильне та якісне харчування, житло; стрес; підтримка з боку соціального оточення; самооцінка; почуття особистої адекватності й контролю. Дослідження свідчать, що чинники, які впливають на здоров'я на всіх рівнях визначення здоров'я, йдуть набагато далі власне системи охорони здоров'я. У наукових розробках детермінанти здоров'я й концепція здоров'я розглядалися у вузькому значенні. Концепція здоров'я тлумачиться як відсутність захворювання або травми. Перевагу такого підходу можна легко виміряти: смерть або виживання, випадок або перевищення умов, що викликають хворобу. Вплив широкого спектра детермінантів, які знаходяться за системою охорони здоров'я, має, як правило, негативний вимір.

Таке трактування здоров'я не враховує фактори, які багато хто з людей будуть розглядати як важливі для оцінки своїх власних умов або свого оточення. Однак з іншого боку можна в цілому прийняти визначення, що «здоров'я – це відсутність хвороб або травм».

У ХХ столітті знання, сформовані під час численних досліджень, почали покращувати здоров'я. Інтервенції стали більш ефективними, їх підкріплення відбувалося за рахунок розвитку науки. Успіхи в медицині допомогли запобігти ряду хвороб, деякі вилікувати, виділити симптоми або сповільнити розвиток інших із них. У такий спосіб до середини минулого століття постачальники медичних послуг отримали сильне інституційне й інтелектуальне підкріплення.

Але інтелектуальні течії пішли іншим напрямком. Зросла напруга щодо ексклюзивного авторства класичної науки, позитивістських методів як у визначенні, що є знанням, так і в плані того, як ці знання можна отримати. Це зумовило розвиток підрозділів атомної фізики, пізніше – штучного інтелекту й математики. Ці науки спричинилися до розуміння того, що існує безліч зовнішніх складових, що впливають на здоров'я людини й перебувають поза системою охорони здоров'я.

Сучасна більш точна оцінка самої системи охорони здоров'я свідчить про те, що її практика менше пов'язана з науковими або іншими формами знань, ніж це передбачалося. Крім цього, сам успіх системи охорони здоров'я, що займає центральне місце в інтелектуальній і політичній ресурсній оцінці, опрається на надзвичайно високі соціальні очікування з приводу потенційних вкладень. У суспільстві спостерігається певний рівень розчарувань і втрати ілюзій як неминучий наслідок іноді невинуватих вкладених зусиль зі збереження чи відновлення здоров'я.

Сьогодні збільшується прірва між нашим розумінням складових здоров'я і первинним тиском на політику в галузі здоров'я. Імовірно, цей процес є частково наслідком того, що на політичній сцені висувалися незавершені або застарілі моделі факторів здоров'я. Може бути й так, що багато складових здоров'я були поза увагою, вважалися такими, що не існують.

Наприклад, існують незаперечні докази зв'язку смертності з відсутністю механізму соціальної підтримки. Важливими факторами ризику виступає також вихід на пенсію й утрата близької людини. Однак при формуванні соціальної політики в галузі охорони здоров'я ці й інші фактори хоч і не відкидаються, але всерйоз і не беруться до уваги.

Останніми роками знана увага приділяється можливості створення нових ліків, устаткування, діагностичних або терапевтичних інтервенцій, які можуть позитивно вплинути на здоров'я. Проте часто не враховується той факт, що люди страждають, а іноді й помирають у результаті процесів, які прямо не пов'язані зі здоров'ям.

Немає доказів, що саме медичні інтервенції найефективніші. Є небезпека простої механічної моделі: якщо машина (тобто ми) зіпсувалася, то зіпсовану частину заміняє лікар-механік. Можливо,

ця картина й примітивна, але про неї не варто забувати. В організмі людини все відбувається набагато складніше. Іноді ми не розуміємо, що існує зв'язок між «стресом» або «низькою самооцінкою» і хворобою або смертю. Там, де безліч причин, там ще складніше зрозуміти цей взаємозв'язок. Розглянемо ті чинники й потужності, які можуть взаємодіяти й упливати на концептуалізацію здоров'я.

Перше, найпростіше уявлення, – взаємозв'язок між здоров'ям і медичним доглядом. Найпростіша модель передбачає зворотний зв'язок.

Потреба, доступ

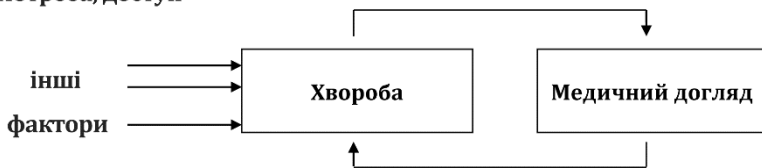


Рис. 1. Спрощена модель зворотнього зв'язку між здоров'ям і медичним доглядом

У цій схемі люди «занедужали» або «поранилися» за невідомих дричин. Це позначено стрілками без вказівки факторів (інші фактори) з лівого боку. Вони можуть бути пізніше позначені в системі охорони здоров'я, де відповідно до діагнозу будуть визначені потреби. Визначення потреб залежить від стану медичних технологій. Потенційні потреби в медичному догляді прогнозуються до того, як вони будуть позначені в системі догляду. Це дуже важливий процес, що, як правило, не відтворений у політиці охорони здоров'я.

Чи будуть люди у випадку потреби звертатися до системи охорони здоров'я як потенційні пацієнти, залежить від їх сприйняття складності проблеми, від їх очікувань від формальної системи; рівня власних здатностей і неформальної системи підтримки. Ці очікування й реакції включаються в «інші фактори», які окреслюють набір наявних умов, на які відповідає система охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я передбачає оточення, необхідні заходи й застосовує ці заходи. Рівень реакції визначається

доступом до медичних послуг у певному суспільстві, розроблених для громадян. Доступ включає поєднання людських і фізичних ресурсів – лікарів, медсестер, лікарень, діагностичного устаткування, ліків тощо. До ресурсів належать також адміністрування й система фінансування. Остання встановлює, чи отримає індивід відповідні послуги, і за яких умов, виходячи з наявних ресурсів.

Верхня позначка на схемі відображає позитивний взаємозв'язок між системою охорони здоров'я та хворобою: забезпечення догляду. Але форма й шкала відповідей будуть залежати від системи «двох ключів»: це професійне визначення потреб (що треба зробити для людей при певних обставинах) і сама структура інститутів, де в кожному окремому суспільстві мобілізуються ресурси для задоволення потреб і забезпечення догляду.

Незважаючи на те, що організація й фінансування інститутів відрізняються в кожному окремому суспільстві, їхні завдання подібні в сучасних умовах, що свідчить про взаємозв'язок між здоров'ям і доглядом за ним.

Стрілка знизу позначає думку, що надання послуг лікує хворобу й покращує здоров'я. Сила негативних взаємовідношень показує ефективність догляду. Ефективність включає відновлення й підтримку здоров'я: превенцію наступних погіршень, зняття симптомів болю, надання допомоги в боротьбі з неминучим пристосуванням через надання професійної допомоги.

Важливим завданням охорони здоров'я є забезпечення комфорту, адже люди повинні почувати себе добре. Утім система охорони здоров'я не має впливу на минуле або майбутнє здоров'я людини. Ті види діяльності, які можуть підтримати здоров'я людини, звичайно не входять у систему медичного догляду.

Послуги, які здебільшого визнаються послугами системи охорони здоров'я, повинні надаватися в контексті комфорту тих, кому вони призначені. Не повинно бути безпричинних страждань через дискомфорт, і пацієнти не повинні себе почувати ще більше нещасними. Але ті послуги, які спрямовані тільки на забезпечення комфорту, мають бути доступні не тільки хворим. Адже є люди, які згідно з медичним визначенням не є хворими, але надання таких послуг, безумовно, зробить їхнє життя набагато кращим, особливо якщо оплата буде проведена за рахунок суспільних внесків.

У наведеній схемі рівень здоров'я нації негативний або зворотній складності захворювання. Існує думка, що складність захворювання на схемі можна порівняти з температурою повітря в будинку за моделлю системи обігріву. Система охорони здоров'я діагностує захворювання й відповідає лікуванням; термостат визначає спад температури й включає обігрів. Результат – зменшення хвороби (підняття температури в кімнаті). Зовнішні фактори – патогенез, нещасний випадок, те, що «викликає» хворобу, можна за аналогією порівняти з температурою поза будинком; дуже холодна ніч еквівалентна епідемії. Але наслідки цих зовнішніх подій вирівнюються відповіддю системи обігріву/системи охорони здоров'я.

Однак обігрів будинку й система охорони здоров'я усе ж відрізняються. Будинок можна краще нагріти звичайним додаванням ефективного палива. Розширення ж системи охорони здоров'я обмежено виліковними захворюваннями. Якщо людині надати всі необхідні їй медичні послуги, то і її потреби будуть задоволені, вона буде вилікується. Здоров'я обмежене зверху, у той час як температура не обмежена. Хоча люди, які живуть у будинку, не хочуть, щоб температура увесь час підвищувалася, незалежно від того, можливо це чи ні.

Занадто тепло також погано, як і занадто холодно. Однак в охороні здоров'я немає такого поняття, як «занадто здоровий», але чим здоровіша людина, тим краще.

Відмінність системи охорони здоров'я й опалення будинку залежить ще й від можливостей системи охорони здоров'я і від тиску на неї. Тут завжди є потреби. Навіть якщо зникають вогнища хвороби, травми, то з'являються інші. Тобто завжди є незадоволені потреби.

Незважаючи на те, що людина не може бути дуже здоровою, є певний сенс у понятті «занадто багато медичного догляду», принаймні на трьох рівнях.

На першому рівні – наявність занадто багато догляду може спричинити шкоду здоров'ю у вузькому значенні цього слова, оскільки сильнодіючі інтервенції завжди потенційно несуть небезпеку. Але навіть якщо догляд позитивно вплинув на здоров'я у вузькому значенні (залишивши пацієнта живим), іноді це може

бути «занадто багато». Хворобливі інтервенції, які продовжують не життя, а процес вмирання зазвичай визнаються як шкідливі тими, хто повинен їх пройти. Загалом побічні ефекти «успішних» терапій можуть за певних умов більше нашкодити, ніж сама хвороба.

Другий рівень. Навіть якщо випадок успішний у плані здоров'я й благополуччя реципієнта, іноді цього може бути «занадто багато», особливо, коли досягнення дуже малі порівняно з витратами. Якщо здоров'я важливе, але це не єдина мета в житті, то, як наслідок, це може бути «занадто багато» навіть при ефективному медичному догляді.

На третьому рівні важливий компонентом здоров'я є індивідуальне сприйняття свого стану. Перебільшене відчуття своєї слабкості не є здоров'ям, а кваліфікується іпохондрією. Занадто велика увага до ряду факторів, що стосується здоров'я, які не зовсім правильні навіть під гаслом «профілактика захворювань», можуть призвести до зайвого занепокоєння, відчуття залежності від системи охорони здоров'я. Людина починає постійно перевіряти стан свого здоров'я, іноді приділяючи цьому забагато уваги й зусиль. Це може бути дуже прибутковим для індустрії здоров'я, і навіть дещо зменшити хворобу, але це ніяк не стосується загальної концепції здоров'я.

На відміну від системи обігріву, система охорони здоров'я не створена так, щоб постійно підтримувати рівновагу температури й використовувати тільки необхідну кількість палива. Поєднання «етичних питань» про те, що всі потреби повинні бути задоволені, та емпіричних регуляторів, що як тільки потреби задовольняються, з'являються інші, доповнюють невизначеність, ведуть до додаткового тиску розширювати систему охорони здоров'я. Отже, рівень температури ніколи не буде достатній, увесь час треба підкидати більше й більше палива.

Витрати на охорону здоров'я в розвинених країнах постійно зростають. Це характерно для Західної Європи й Північної Америки. І це незважаючи на те, що країни вкладають у розвиток і споживання охорони здоров'я різні суми, однак абсолютна або пропорційна національному доходу сума значна.

Незважаючи на кількість витрат, у всіх країнах загострюється напруга між потребами, які постійно зростають, і дуже обмеженими ресурсами. Навіть у США цей конфлікт набуває

гостроти, хоча тут більше, ніж у багатьох інших країнах, іде засобів на охорону здоров'я й значно більше, ніж у всіх країнах, використовується ресурсів.

Ця своєрідна криза у фінансуванні охорони здоров'я зумовлена рівнем витрат на неї. І конфлікт розвивається, незважаючи на високий рівень ресурсів, що надходять у систему охорони здоров'я. Спроби обмежити вартість лікування не завжди успішні. Сприйняття кризи виникає від спроб, а не від результату. Важко також розгледіти якийсь зв'язок між здоров'ям нації та заявою про кризу у фінансуванні системи охорони здоров'я. Принаймні це важко простежити в країнах Західної Європи й Північної Америки.

Тому виникає питання про ефективність медичних послуг відповідно до потреб. Наприклад, розвиток і поширення клінічної епідеміології, віддзеркалює потребу в її науковому обґрунтуванні. Потреба виникла в результаті того, що наука була стабільно слабо пов'язана з охороною здоров'я, з потребами клієнта й явним результатом цих взаємодій. Відповідно збільшення ресурсів в охороні здоров'я сприймається як невідповідне або, в окремих випадках, не як головний вплив на стан здоров'я. Немає також очевидних зв'язків між внутрішнім варіативним у стані здоров'я й варіативним у витратах на здоров'я.

Якби існував певний внесок, тоді прагнення контролювати витрати були б менш інтенсивними (і більшим би був натиск на відносний вихід). Збільшені витрати на комп'ютери не вплинули на вартість капсул. Система догляду, що може лікувати інфекції верхніх дихальних шляхів, застуду й грип, наприклад, буде мати великий позитивний ефект як на економічну продуктивність, так і на долю людини. Вона потребує додаткових витрат, як і лікування артриту. Пропонуючи такі блага, ми думаємо, що небагато суспільств будуть скупитися на додаткові витрати для їх виробництва; звичайно, ці ресурси здебільшого потім окупляться більш високою продуктивністю.

Однак збільшення витрат на охорону здоров'я в багатьох країнах розглядається людьми як недостатньо ефективне. І це тоді, коли більшість потреб пацієнтів задовольняється. Питання полягає в тому, що люди далі хворіють, стають недієздатними, рано помирають. У медицині також наявні певні межі

можливостей. У той же час є докази того, що якість і кількість інтервенцій збільшується, набувають актуальності структурні зміни поза системою.

Разом із тим, суспільство найбільше цікавиться охороною здоров'я, на це спрямована й соціальна політика. Найменше уваги приділяється зовнішнім факторам, що впливають на здоров'я. Наприклад, сьогодні в Канаді відчутний брак медичних сестер. Це пов'язано з тим, що упродовж декількох десятиліть уважалося, що в лікарні забагато ліжок-місць, і їх почали скорочувати, середній медичний персонал зменшувати, а в результаті – гостро не вистачає таких фахівців.

Сама система охорони здоров'я для населення не є кінцевою метою сама собою. Вона є засобом підтримки й покращення здоров'я. Важливо розуміти сукупність факторів, що впливають на здоров'я поза системою охорони здоров'я як у кількісному, так і в якісному вираженні.

«Інші фактори» можуть бути непередбачені й неконтрольовані. Тому їх іноді важко виділити й упливати на них. На жаль, на це мало звертають уваги й не визнають їх як досить важливі у формуванні й підтримці здоров'я.

У цілому, медичні послуги в усіх країнах доступні всім. Якість цих послуг залежить від країни, від її економічного розвитку. Проте необхідно розглядати й урахувати ці «інші» альтернативні фактори, які, ймовірно, при менших витратах дадуть можливість людям бути здоровими.

Сьогодні один із нових напрямків концепції здоров'я включає такі поняття, як «спосіб життя», «довкілля», «біологія людини» й «організація охорони здоров'я». Аналізований підхід розглядає ці фактори й стверджує, що тільки контроль над ними може покращити здоров'я, аніж подальше розширення системи охорони здоров'я.

Галузь охорони здоров'я передбачає здоров'я як цінність, а охорона здоров'я є лише однією з декількох складових соціальної політики, що може привести до мети – здорова людина. Незважаючи на те, що це новий підхід, сама ідея не нова. І раніше люди розуміли, що від того, хто вони, як і де живуть, залежить і їхній стан здоров'я. Але при формуванні соціальної політики в

галузі охорони здоров'я це не враховувалося, тому що не зовсім зрозуміло було, як саме урахувати ці складові в соціальній політиці. Це й виходило за межі функцій суспільної охорони здоров'я.

З одного боку, припущення, що спосіб життя й довкілля вибираються самою людиною, призводить до висновку, що здебільшого вона сама відповідає за стан здоров'я. Тоді не зовсім зрозуміло, для чого потрібне втручання з боку суспільства. У цьому випадку повинна звинувачуватися жертва. Очевидно, що існують індивідуальні фактори ризику, які впливають на розвиток хвороби, і на них варто звернути увагу. Групові фактори ризику або фактори ризику нації, як правило, не розглядаються. Паління, наприклад, раніше розглядалося як індивідуальний вибір, що може спричинити певні захворювання. Проте зараз ураховується, що певний рівень забруднення атмосфери збільшує легеневі захворювання. Крім цього, генетичні дефекти викликають генетичні хвороби.

Взаємозв'язок між хворобою та медичним доглядом зберігається, де здоров'я – це відсутність хвороби, а медичний догляд – відповідь на хворобу. У результаті лікування з'являються симптоми полегшення.

Щоб довести цю відмінність, можна формувати політику в галузі охорони здоров'я щодо боротьби з раком від індивідуального до колективного рівня. Збільшення кількості структур, де ракові хворі будуть одержувати лікування, – це реакція на індивідуальному рівні, реактивному. У відповідь можна збільшити кількість досліджень з лікування раку. Цей вид діяльності має колективну спрямованість, тому що реципієнти нових методів лікування можуть бути заздалегідь невідомі.

Ще один спосіб боротьби з раковими захворюваннями – це проведення протицигаркових кампаній, щоб змусити курців самостійно кинути цю звичку. Ці кампанії можуть мати індивідуальний характер. Лікарям можна платити або мотивувати їх іншим чином, щоб вони проводили консультування або брали участь у кампаніях із профілактики здоров'я для всього населення. Можна проводити кампанії за чистоту повітря в громадських місцях (лікарні, ресторани, аеропорту, на робочих місцях тощо) або за допомогою регуляції промислових процесів.

Сьогодні основна увага приділяється не індивідуальному фактору ризику й спеціальним захворюванням, а саме системі охорони здоров'я, хоча проводяться освітні консультації стосовно способу життя, інтервенції, спрямовані на модифікацію фактору ризику за допомогою угод між клінічними співробітниками й індивідуальними пацієнтами.

«Виробнича лінія» системи охорони здоров'я сьогодні працює більш широким спектром захворювань, пов'язаних з нездоровою поведінкою людини. Наприклад, серцево-судинні захворювання зумовлені, у тому числі, високим рівнем холестерину, зайвим споживанням жирів. Це все хвороби й вони вимагають інтервенції. Тому мусять розроблятися освітні програми. Наприклад, їх треба проводити для людей з алкогольною й наркотичною залежністю.

Акцент на індивідуальній відповідальності людей за свій стан здоров'я та на появі певних захворювань допомагає захищати існуючі інститути й підтримувати традиційні точки про здоров'я. Відповідно до загальноприйнятих поглядів лікарі допомагають людям підтримувати здоров'я на індивідуальному рівні. Дії, заходи великих і сильних організацій або ефект від економічної та соціальної політики не піддавалися всебічному аналізу. Тому економічні інтереси багатьох шкідливих виробництв не розглядаються, за винятком тютюнової промисловості (і то тільки в західних країнах).

Три сфери, які перебувають поза системою охорони здоров'я (спосіб життя, довкілля й фізіологія людини) мають величезне значення для стану здоров'я. Серед них одна з найбільших – «спосіб життя». Хоча традиційною є точка зору, що дієта, фізичні навантаження, вживання чи ні алкоголю – все це індивідуальний вибір, але слід визнати, що суспільство проводить досить слабку профілактику здорового способу життя.

Сьогодні паління вважається найскладнішим аспектом, оскільки відомо, що це важке захворювання. Тютюн не тільки токсичний, але й викликає стійку залежність, особливо, якщо почати палити в дитинстві. Отже, думка, що споживачі усвідомлено й добровільно зробили свій вибір, не завжди відповідає дійсності. Спостереження показують, що паління часто

є показником соціоекономічного класу, тому це не може бути індивідуальним вибором, а є індикатором явної форми соціальних умов.

Частково саме тому в ряді країн не тільки проводяться освітні кампанії щодо профілактики паління, де поширюється інформація про розвиток захворювань у результаті паління, але тут також вживаються заходи з обмеження реклами й маркетингу тютюнової продукції. Тобто спостерігається політичний тиск. Але більш ширше питання із соціальних детермінант залишається відкритим.

Сьогодні багато що відомо про вплив стресу й ті чинники, які допомагають з ним упоратися. Стрес впливає на якість соціальних взаємин або на їх відсутність, на кореляцію хвороб і смертності. Навіть ідеться не про стрес, а про опір організму та вміння впоратися зі стресовими ситуаціями й подіями. Почуття значимості й самооцінка, ієрархія позицій і контроль теж впливають на здоров'я та є факторами ризику.

Це дає можливість припустити, що розуміння взаємозв'язку між соціальним станом або «стрессом» і здоров'ям вимагає досліджень на більш загальному рівні, ніж рівень етіології специфічних захворювань. Тут є ймовірність того, що відповідь на хворобу на рівні формування політики, через медичний догляд або через інші інститути може бути недостатньою для досягнення певного ефекту. Навіть якщо вилікувати одне захворювання, на його місце прийде інше.

Люди з тим самим захворюванням, з погляду охорони здоров'я, з однаковими біологічними параметрами, прогнозом і ходом лікування можуть відчувати різні рівні симптомів і нездужання; по-різному хвороба може впливати на їхню здатність функціонувати в їх різних соціальних ролях. На ці індивідуальні відмінності впливає культурне оточення, що може по-різному інтерпретувати хвороба. Артрит, наприклад, багато пацієнтів не розглядають як хворобу в тому розумінні, як лікарі визначають поняття «хвороба».

Але це не означає, що один підхід правильний, а інший – неправильний. Клінічна концепція хвороби передбачає певні медичні знання й технології, а тому формулюється в термінах

знань і технологій. Пацієнти зі свого боку стурбовані впливом хвороби на їхнє життя. Клінічне визначення хвороби може бути важливим фактором, але не єдиним. До того ж з погляду добробуту індивіда і його соціального функціонування – це індивідуальне почуття здоров'я й функціональних здатностей, які є вирішальні, як це показано на Рис. 2.

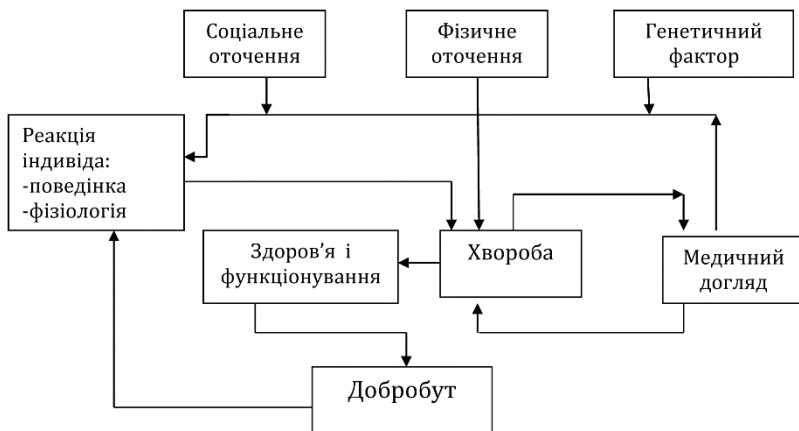


Рис. 2. Взаємодія соціальних та індивідуальних факторів зі здоров'ям

Хвороби, які лікуються й діагностуються системою охорони здоров'я, важливі тільки в тому випадку, якщо вони впливають на здоров'я й здатність людини функціонувати, а вони, безсумнівно, впливають. Але здоров'я у розумінні людини – це не єдине, що для неї важливе.

Таке поняття як добробут, почуття задоволення життям також повинні бути метою соціальної політики, бо її ефективність саме тим і визначається, наскільки вона покращує (або погіршує) рівень добробуту людей, для яких вона функціонує. А тому широке визначення поняття «здоров'я», що пропонується Всесвітньою організацією охорони здоров'я, є метою не тільки політики охорони здоров'я, але й усієї діяльності людини.

Наприклад, виявлення й лікування гіпертонії показує наші обмеження. Говорять, що гіпертонія не болить, вона просто вбиває. Ураження органу відбувається тихо й без симптомів;

несподіваний інсульт є свідченням того, що в людини упродовж тривалого часу були проблеми з тиском. До цього часу людина могла не відчувати себе хворою, хоча лікар, який вимірював тиск, міг бачити зміни у стані здоров'я.

Результати дослідження з приводу виявлення й лікування гіпертонії в пацієнтів наводять на думку, що коли людині поставили діагноз, вона почувається хворою. Лікування підсилює хворобу, іноді через побічні дії ліків. Ті пацієнти, які більше скаржаться при наданні лікування, можуть мати менш важкі побічні ефекти. Лікування гіпертонії знижує їхню продуктивність, навіть за умови, коли легшає.

Подальші наслідки гіпертонії як хвороби можуть спричинити важкі її форми та смерть. Як тільки в людини виявляють цю хворобу й починають лікувати, вона може відчувати себе гірше, але довгостроковий ефект лікування дає в результаті покращення стану. Дослідження вказують на те, що діагностика й лікування від легкої до важкої форми гіпертонії значно знижує захворюваність і смертність від інсульту.

Лікування рідко дає миттєвий ефект, тому медичний догляд негативно впливає на здоров'я тільки тоді, якщо пізно звернулися по допомогу. Спосіб життя й фактори довкілля суттєво позначаються на здоров'ї/хворобі. Медичний догляд може мати негативний вплив на здоров'я при нетривалому терміні й позитивний – при довшому лікуванні. Утім надмірні інтервенції можуть зашкодити здоров'ю пацієнтів, навіть якщо потім виявиться, що вони врятували життя пацієнтові й запобігли смерті.

Важливою є концепція індивідуальної реакції, що виходить за межі звичайних епідеміологічних термінів. Ситуацій, на які реагує організм/індивід, може бути значно більше, ніж тих, що входять в епідеміологію. Є менш очевидні зв'язки між соціальним оточенням і відповідною реакцією індивіда. Ряд досліджень доводить, що смерть людини може спричинити захворювання дружини або навіть довести до смерті. Це пов'язують з ослабленням імунної системи, хоча механізми цих процесів до кінця не з'ясовані.

Ознаки накопичуються дуже швидко, нервова й імунна системи інформують одна одну, кожна виробляє гормони, які читаються іншою системою. Виходить, що соціальне оточення

може, у принципі, позначатися на біологічній реакції через її вплив на нервову систему. Експерименти, які проводилися на тваринах, засвідчили високу залежність цих двох систем.

Біологічні реакції організму на його соціальне оточення не обмежуються імунною системою. Форми стресу, які іноді неможливо контролювати, асоціюються з ієрархічною позицією. Наприклад, вони можуть корелювати з різницею на рівні плазми реактивного протеїну, зокрема, такого як фібриноген, або з ефективністю гормональної відповіді на стрес. Наприклад, спостерігається, що збалансоване чи незбалансоване харчування в ранньому дитинстві може «програмувати» процес нагромадження жиру в подальшому дорослому житті.

Спадкоємна схильність піддаватися впливу соціального, культурного й фізичного оточення також визначають біологічні й поведінкові реакції індивіда. Деякі з цих реакцій у цілому будуть несвідомі, бо мало хто з нас має уявлення про те, як працює імунна система. Інші реакції – поведінкові. Обидва види реакцій впливають на здатність індивіда долати зовнішні перешкоди й проблеми: чи боротися з хворобою чи підтримувати її. Рішення звернутися по допомогу, дотримуватися терапії та реагувати на неї – також реакція індивіда.

Існує складний, але цілком очевидний зв'язок між соціальним оточенням і хворобами. Безробіття, наприклад, може призвести до захворювань, якщо людина стає соціально ізольованою і відчуває себе відкинутою суспільством.

Кореляція між тривалістю життя й статусом в ієрархії може бути прикладом зворотного зв'язку: фізично сильні досягають бажаних вершин. Але можливо також, що самооцінка й здатності долати проблеми призведуть до успіху, який корелює з посиленням імунної системи чи покращенням інших фізичних показників. Фізіологічна уразливість або опірність індивіда на зовнішній подразник залежить від соціального та фізичного оточення при взаємодії з генетичною схильністю.

Взаємозв'язок між медичним доглядом і здоров'ям нації стає ще більш складним, але очевидним. Самоповага, здатність перебороти проблеми, сила можуть підкріплюватися або не враховуватися інтервенціями в галузі охорони здоров'я. А насаджування штампів може підсилити почуття уразливості, що вплине на фізіологічне функціонування.

Самооцінка може бути як групова, так і індивідуальна. Бути переможцем або членом команди переможців, або просто вболівальником команди, яка перемогла, – усе це може призвести до задоволення та вплинути на стан здоров'я.

Охорона здоров'я й політика охорони здоров'я в цілому мають економічну вартість, що також впливає на добробут. Уже наводився факт, що мета діяльності, спрямованої на здоров'я, – це не тільки зменшення захворювань і лікування, не тільки стимулювання здоров'я й адекватного функціонування людини, але й покращення її добробуту, що пов'язано з економічним обміном.

Охорона здоров'я не безкоштовна, а все більш дорога, вона є великою індустрією та представлена рядом економічних видів діяльності в сучасному суспільстві. Сюди входять такі ресурси як час людей, їхні зусилля, знання й уміння; сировина й основні послуги, які не можна застосувати в інших формах виробництва. Система охорони здоров'я позитивно впливає на здоров'я, а, отже, і на щастя людини безпосередньо чи через економічні блага, покращує її продуктивність праці та сприяє ефективному функціонуванню. Це і є «внеском у здоров'я», оскільки в людей збільшується здатність працювати й створювати достаток. І зворотньо здорові люди власною працею більше вкладають в розвиток охорони здоров'я. Однак догляд і лікування літніх і хронічно хворих людей послаблюють цей зв'язок, оскільки система охорони здоров'я мусить розширюватися, аби охопити цю ділянку соціуму, що негативно впливає на економічний прогрес суспільства. Чим більше робочих місць, тим багатша країна, а, отже, вироблена продукція більше ціниться реципієнтами. У складному сучасному світі велика кількість людей зайняті, але вони часто продукують дуже мало для збільшення добробуту нації в цілому.

Система охорони здоров'я має такі характеристики, які ідентифікують тільки її, вирізняючи від інших речей і послуг, які продаються на ринку. Це виявляється в особливому й складному сполученні інституційних закладів, які функціонують у цій системі та утворюють механізм, що у більшості товарів підтримує зв'язок між ресурсною вартістю товару і його цінністю споживачеві. Ці

проблеми обговорюються більш ґрунтовно в літературі з економічної цінності охорони здоров'я. Звернемо увагу на те, що надмірна експансія системи охорони здоров'я може мати негативні наслідки не тільки щодо добробуту населення, але й щодо його здоров'я.

Чим більше економічних ресурсів виділено на охорону здоров'я, тим менше залишається на інші важливі цілі. Розвинені країни витрачають до 10% бюджету на охорону здоров'я. Частина цих засобів могла б піти на виробництво одягу, меблів, створення швидкісних транспортних систем, покращення системи освіти та ін. Для прикладу в Канаді 9% іде на охорону здоров'я, у США – 12%, у Японії – близько 6%.

Це відбирає засоби з інших економічних складових, які теж могли позитивно впливати на здоров'я: для літніх людей це могло бути підвищення пенсій, розширення послуг системи соціального захисту. Підвищення податків знижує прибуток працездатного населення. Програми очищення довкілля могли б покращити здоров'я громадян.

Суспільство, що витрачає так багато на охорону здоров'я, приречене обмежувати інші види діяльності, які можуть позитивно вплинути на здоров'я, а тому фактично погіршує стан здоров'я населення. Хоча очевидно, що сильні інтервенції можуть призводити до побічних ефектів, нові технології – завдавати шкоди. Навіть клінічні діагнози можуть зашкодити клієнтові, адже людина може по-різному реагувати на одне й те ж лікування.

Розширення системи охорони здоров'я може потенційно нести більше позитиву, як і негативу. Тому треба дуже обережно ставитися до ідеї постійного розширення системи охорони здоров'я. Як приклад наведемо Японію, беззаперечні економічні досягнення Японії вже нікого не дивують. За останні 40-50 років у країні значно зросла тривалість життя, і сьогодні вона найдовша у світі, та продовжує зростати. Одночасно витрати на систему охорони здоров'я досить невисокі порівняно з іншими західними країнами. Хоча складається враження, що країна перенаселена, люди переживають високий рівень стресу й забруднення довкілля досить значне. Тоді як пояснити, чому японці живуть довше? Одне з припущень – з економічним ростом значно зріс індивідуальний

підхід, життя стало різноманітнішим, піднялася самооцінка як особистості, так і колективу, з'явилася надія на краще майбутнє. У японців підвищилася впевненість у собі як нації у зв'язку зі стрімким зростанням нових технологій і загальним прогресом та почуттям економічної переваги над усім світом. Як індивідуально, і як нація вони сприймають себе найпрацьовитішими, найрозумнішими, найбагатшими. Можливо, ці фактори теж вплинули на їх здоров'я та довголіття?

Феномен японського довголіття можна пояснити й тим, що виділяючи обмежені кошти на сектор охорони здоров'я, вони звільняють ресурси на капітальні вкладення як інтелектуальні, так і фізичні. Постійний і швидкий ріст добробуту підсилив почуття національної й індивідуальної гордості, що вплинуло на здоров'я.

Але це тільки одне з припущень, яке ще не отримало переконливих доказів. Є й інші пояснення, зокрема японська дієта, спостереження за вагітними жінками або особливі характеристики японців, які допомагають їм протистояти негативному впливу стресу. (Хоча є різні форми стресів, стрес успіху менш небезпечний, ніж стрес від фрустрації й невдачі). У будь-якому випадку живуть японці довше й у них найнижча дитяча смертність у світі.

Іншим прикладом є країни колишнього соціалістичного табору й Радянського Союзу. З розвалом соціалістичної системи різко впала тривалість життя, зросла смертність. Неконтрольоване забруднення довкілля, нездоровий спосіб життя – це загальні пояснення стану здоров'я націй. Спостереження показують, що існує взаємозв'язок між колективною самооцінкою та здоров'ям, взаємини, які можуть бути пояснені через нездоровий спосіб життя.

Отже, найвірогідніше те, що існує взаємозв'язок між здоров'ям, охороною здоров'я, виробництвом благ і благополуччям нації, і всі ці компоненти взаємозалежні.

Здоров'я залежить не тільки від системи охорони здоров'я, а на стан здоров'я людини впливає ряд біологічних, психологічних і соціальних чинників.

Далі будуть розглянуті детермінанти здоров'я, які найбільше впливають на здоров'я індивіда, групи й нації в цілому.

1.2. Основні характеристики детермінант здоров'я в сучасному суспільстві в контексті форм впливу соціального працівника

Деталізуємо особливості взаємодії таких факторів як стадії життєвого циклу й здоров'я, соціоекономічні характеристики здоров'я, а також джерела різноманітності, які впливають на здоров'я націй у цілому.

Неоднаковість людей відбивається в патернах здоров'я й хвороби. Існують розходження як усередині однієї популяції, так і серед підгруп популяції. І ці відмінності полягають у здоров'ї – а це тривалість життя, функціональні можливості, рівень травматизму, перевага особливих захворювань – і можуть корелюватися з іншими особливими характеристиками населення, групи або підгрупи.

У ХХ столітті проводилося удосталь досліджень серед різних підгруп людей, аби підтвердили кореляцію між тривалістю життя й рівнем доходу, освітою, соціальним класом. Більш високий статус корелює з високою тривалістю життя. Існують інші характеристики, які залежно від групи будуть впливати на стан здоров'я.

На сьогодні досить відоме дослідження, проведене Marmot у Великобританії, стосовно співвіднесеності класу й здоров'я, яке довело, що рівень смертності залежить від соціоекономічного класу. І ця співвіднесеність продовжує існувати, незважаючи на позитивні зміни в лікуванні багатьох захворювань, ефективність і широкий доступ до системи охорони здоров'я. McKeown стверджує, що зниження рівня смертності від певних інфекційних захворювань у ХІХ столітті й на початку ХХ століття відбулося не тільки з огляду на успіхи охорони здоров'я. Доведено, зокрема, що певним чином це було пов'язане з покращенням харчування, кількісним зменшенням сім'ї, удосконаленням умов проживання, санітарними заходами в суспільстві та з іншими чинниками. Ці та інші дослідники доводять, що зменшення смертності залежить не тільки від досягнень у галузі медицини.

Дитяча смертність у розвинених країнах знизилася в результаті невеликої індивідуальної допомоги пацієнтові або спеціальної підготовки до пологів при певних захворюваннях.

Соціоекономічні фактори впливають не тільки на відносне здоров'я групи населення, але й здоров'я цієї групи в різний час. Чим молодші люди, тим менше вони хворіють, чим старшими вони стають, тим гірше їх здоров'я.

На здоров'я громадян впливають також прибуток і рівень добробуту, причому йдеться не тільки про бідність або депривації. Важливим є й те, як розподіляється прибуток у суспільстві, а не середній його показник на душу населення. Чим менша різниця в прибутку між багатими й бідними, тим більше ймовірності, що загальні показники здоров'я населення будуть вищими. Невелика різниця в прибутках фіксується в таких країнах як Японія, Швеція. Суттєвий розрив у прибутках, а тому і в стані здоров'я, у пострадянських країнах, у тому числі й Україні. Тому соціальна й матеріальна забезпеченість націй безпосередньо впливає на здоров'я її громадян. Саме тому вкрай важливо створити соціально сильне суспільство, яке б уміло протистояти негативним життєвим викликам, які позначаються на здоров'ї.

Міцне й стійке до викликів сьогодення суспільство поза всяким сумнівом формується за дуже сприятливих умов, серед яких першочергову роль відіграє налагоджена соціальна сфера та її працівники, які здатні як масштабно, так і індивідуально працювати з соціумом та окремими індивідами.

Для комплексного вирішення проблеми соціальні працівники повинні використати інтервенції на різних рівнях: мікрорівні, мезорівні й макрорівні. Мікрорівень – робота з індивідом, сім'єю, групою; мезорівень – формальні групи й організації; макрорівень – співтовариство і усе суспільство.

Системи клієнтів у соціальній роботі

Працюючи з клієнтом, соціальний педагог/працівник повинен визначати проблеми його взаємозв'язку з системами. План дій, як правило, потенційно повинен призводити до змін на різних рівнях систем/системи.

Крім цього, робота проводиться в професійній системі соціальної роботи. Якщо мікро-, мезо- й макрорівні уявити у вигляді кіл, то маємо наступну схему (рис. 3), де кожне нове коло входить і є частиною ширшого кола.

Інтервенції на мікрорівні здійснюються тоді, коли індивід звертається по допомогу в соціальні структури для вирішення проблем з особистісною адаптацією, міжособистісними відносинами або проблемами з оточенням. На особистісному рівні на соціальне функціонування індивіда можуть впливати генетичні фактори, харчування, психічне здоров'я, загальний стан здоров'я, вміння долати проблеми, дохід, спосіб життя, етнічна приналежність, мотивація, когнітивний рівень, відхилення в розвитку, особистісні характеристики, життєвий досвід, вік, культурні фактори тощо.

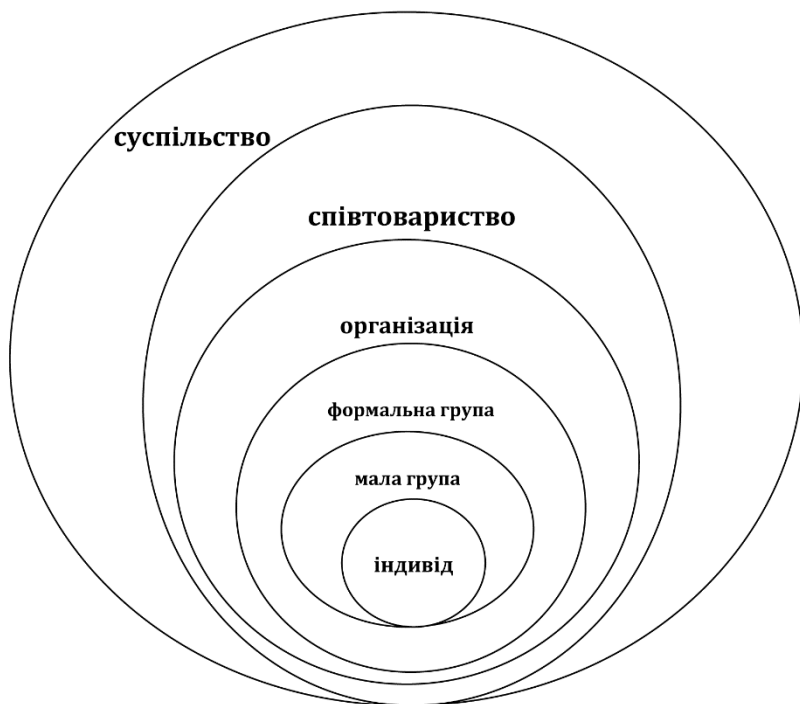


Рис. 3. Система клієнтів соціального працівника

На соціальне функціонування сім'ї або малої групи можуть впливати їх розмір, згуртованість, правила й цінності, система підтримки, функціональні здатності, міжвікові патерни взаємодії, склад, рівень комунікації, ролі, соціоекономічний рівень, родинні зв'язки та ін.

Зміни на мікрорівні спрямовані на створення змін в індивідуальному функціонуванні. Але, враховуючи динаміку змін у контексті теорії систем, у соціального працівника й клієнта є багато можливостей. Планування змін може включати зміни в соціальному й фізичному просторі з метою досягнення змін на мікрорівні.

Для роботи з клієнтами на цьому рівні соціальний працівник повинен знати індивідуальну, сімейну та групову динаміку, психологію розвитку особистості, соціальну психологію, володіти клінічними техніками, зокрема кризовими інтервенціями й консультуванням.

Мезорівень інтервенцій представлений роботою з формальними групами й складними (комплексними) організаціями. Приклади складних організацій – соціальні служби, структури охорони здоров'я, освітні структури. Робота з формальними групами включає роботу з командами, робочими групами, групами самодопомоги.

Інтервенції на мезорівні спрямовані на зміну самих груп або організацій. Такі фактори як функції груп або організацій, структури, ролі, патерни прийняття рішень, стилі взаємодії впливають на процес змін. На цьому рівні інтервенції система клієнта – це група або організація. Тут необхідно розуміти динаміку формальних груп і організаційних структур. Ефективні інтервенції вимагають знань з організаційного планування, прийняття рішень і розв'язання конфліктів.

На соціальне функціонування груп впливають розмір групи, цілі, історія створення, стадія розвитку групи, характеристики членів групи, зразки комунікації, стиль прийняття рішень, форма вирішення конфліктних ситуацій, явні/приховані цілі, розходження індивідуальних і групових цілей, ролі лідера, тривалість роботи в групі тощо.

При роботі в організації важливо звертати увагу на бюрократичну структуру, форму менеджменту, ролі членів організації, їхню поведінку, адміністративні функції, процес прийняття рішень, стилі вирішення конфліктів, групову згуртованість, соціалізацію, структуру комітетів, місію або ціль.

Бюрократичні структури характеризуються складними організаціями. Сюди входять суспільні й приватні організації, мета

яких – координувати людей і ресурси для надання продукції й послуг. Використання інформації складною організацією залежить від її розміру, структури й стилю керування. Від цілей і завдань організації залежить сприймання менеджерами мотивації й потреб співробітників, а також сама робота. Соціальні працівники на цьому рівні надають такі послуги: консультативні послуги з розвитку організації, освітні послуги, сприяють розвитку людських ресурсів, оцінюють діяльність складної організації. У зв'язку з тим, що соціальні працівники, як правило, є складовою організаційної структури, знання того, як виступити фасилітатором, дуже важливі для розвитку якісних програм і послуг.

Інтервенції на макрорівні включають роботу в мікрорайонах, співтовариствах, у суспільстві з метою досягнення соціальних змін. Завдання таких фахівців на макрорівні – проводити соціальні реформи для покращення якості життя.

Традиційно соціальні працівники беруть участь у проведенні соціальних реформ на боці непривілейованих категорій людей, тобто тих, які піддаються дискримінації і є, по суті, безправними.

Прихильники теорії соціального планування використовують термін «громадська участь». Цей соціальний рух розпочався в 60-х роках ХХ століття в США. Він передбачає надання допомоги людям в одержанні інформації, вибору й прийнятті рішень у питаннях, що стосуються життя людей. Подібно до цього руху, поширений і рух за безпечні продукти/товари. Захист прав споживачів вилився у створення організацій, які забезпечували людей інформацією, допомагали їм і виступали захисниками на судових слуханнях.

Соціальні працівники борються за соціальну справедливість у співтоваристві. На цьому рівні інтервенції система клієнта – співтовариство або суспільство, тобто міста, сільська місцевість, місцева/державна влада. Первинний об'єкт змін – співтовариство або саме суспільство. Однак через транзакційну природу змін зміни на макрорівні ведуть до зміни систем на всіх рівнях.

На макрорівні соціальні працівники/педагоги допомагають переборювати міжгрупове напруження й проблеми в співтоваристві за допомогою організації соціальних дій і

проведення змін. Їх робота передбачає такі види діяльності як організація співтовариства, економічний розвиток, правові дії й формування політики.

Практика на макрорівні вимагає знання стандартів і цінностей співтовариства, навичок у мобілізації співтовариства для ініціювання вирішення проблем. Що стосується інтервенцій на рівні співтовариства, то тут соціальна робота – це усвідомлення суспільства в дії. На цьому рівні фахівці допомагають громадянам брати ініціативу у свої руки. Соціальні працівники докладають зусилля, аби зменшити соціальні проблеми, які впливають негативно на функціонування громадян, погіршують якість життя, послабляють структуру суспільства. Для цього вони повинні мати уявлення про первинний і вторинний соціальний інститути; про обмежені категорії населення в суспільстві; мати навички з захисту юридичних і цивільних прав людини.

У зв'язку з тим, що багато проблем мають міжнаціональний характер, соціальні працівники повинні бачити перспективи роботи на міжнародному рівні. Розуміння важливості таких світових проблем як права людини, здоров'я, проблема голоду, соціальний і економічний розвиток, довкілля, експансія населення приводить до усвідомлення необхідності міжнародної кооперації через різні федерації як в індустріальних, так і в країнах, що розвиваються. Щоб розширити свої знання про світові підходи, соціальні працівники мають потребу в інформації про міжнародні організації з охорони здоров'я, про наявність соціальних організацій, про світові події, політику, культурні відмінності та про географію світу.

Детермінантами соціального функціонування співтовариства будуть виступати такі складові як економіка, робочі місця, житло, транспорт, освітні ресурси, рівень життя, місце проживання (місто/сільська місцевість), культурні відмінності, спосіб життя, доступність до ресурсів, системи підтримки та ін.

Знання про механізми соціального функціонування в суспільстві включають соціальні класи, їхні цінності, стратифікацію, інститути, економічні цикли, технології, соціальну політику, уряд, забобони, поп-культури, демографічні рухи, закони та їх регулювання.

Світовий рівень – це питання бідності, голоду, екології, здоров'я, прав людини, політичного клімату, енергетики, влади, загрози війни, міжнародних законів.

Практики в галузі соціальної роботи орієнтовані у своїй діяльності на проведення змін у професії «соціальна робота». Вони підтримують свою професійну ідентичність участю в професійних асоціаціях, здійснюють внесок у розвиток ідентичності професії. Беручи участь у різних видах діяльності, соціальні працівники підтримують етичні принципи професії, що дозволяє збагатити саму професію, і ці принципи лежать в основі всієї їхньої діяльності.

Низка причин сприяє розгляду галузі діяльності «соціальна робота» та її професійні організації як об'єкти, що потребують змін. Через саму професію фахівці одержують нові знання, підтримують етичні принципи роботи, встановлюють стандарти в різних сферах, відстежують діяльність на різних рівнях, оцінюють індивідуальну й групову поведінку. Історично соціальна робота виконувала й виконує дві основні місії: покращення якості практики соціальної роботи й здійснення принципу соціальної справедливості через роботу в співтоваристві.

Професійна акультурація займає центральне місце в освіті й професійному розвитку соціального працівника. Професійна акультурація – це процес, у якому практик підтримує особистісну й професійну тотожність у взаєминах з клієнтами та колегами. Оцінка діяльності професіоналів один одним сприяє удосконаленню якості роботи. Соціальні працівники відповідають за покращення послуг у співтоваристві, а, отже, повинні боротися з дискримінацією, домагатися рівності доступу до ресурсів, допомагати пригнобленим, пропагувати розуміння й прийняття розмаїтості у світових співтовариствах.

Професійні знання й досвід вони повинні привносити в соціальну й економічну політику й у відповідну правову базу. Ці дії вимагають взаємин із професіоналами з інших галузей.

Формуванням знань займаються не тільки вчені-теоретики, але й практики. Використовуючи наукові методи в роботі, фахівці збагачують науку новими знаннями, підходами, покращують одночасно якість послуг. Усе це впливає на імідж професії й дає

можливість активно працювати з теперішніми й потенційними споживачами. Життєздатність професії також пов'язана з дослідженнями, які розвивають професію та суспільство в цілому.

1. Знання	4. Етичні стандарти	7. Дослідження
2. Уміння	5. Практична діяльність	8. Формування політики
3. Навички	6. Вибір інтервенцій	9. Міждисциплінарні взаємини

Рис. 4. Фактори впливу на професійну діяльність соціальних працівників.

Методи соціальної роботи

Отже, соціальні працівники проводять інтервенції із системами клієнтів на різних рівнях (мікро-, мезо-, макрорівнях) та є *агентами суспільних змін*. Саме ці фахівці використовують ряд методів, які максимально здатні вплинути на життя суспільства на всіх рівнях: індивідуальний супровід клієнта, сімейну терапію, групову роботу й організацію співтовариства (рис. 5).

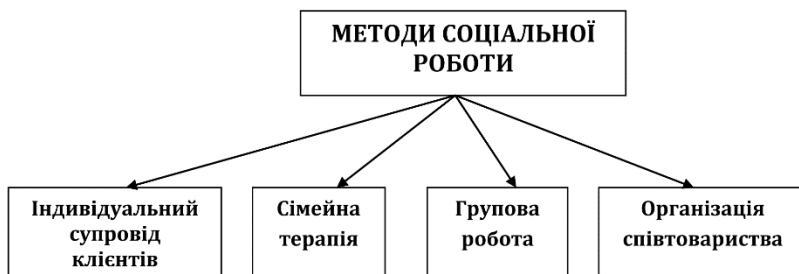


Рис. 5. Методи соціальної роботи

Сьогодні при підготовці соціальних працівників/педагогів переважає модель «фахівця загального профілю». У своїй діяльності вони застосовують різні методи в контексті роботи в екосистемі, докладають зусилля, спрямовані на розвиток

особистісної компетенції клієнта, на зміцнення сім'ї, організації й розвитку співтовариства, гуманізації бюрократичних організацій і створення відповідних соціальних інститутів. Всі зазначені методи забезпечують процес проведення змін.

Розглянемо коротко кожний із цих методів, оскільки вони використовуються соціальними працівниками в галузі охорони здоров'я.

Метод **індивідуального супроводу** клієнтів мав перевагу серед інших методів соціальної роботи до 60-х років ХХ століття. Він був спрямований на індивідуальну роботу з клієнтом. Основні види інтервенцій – психосоціальні, функціональні, вирішення проблем/прийняття рішень, психобіхевіористичні, кризові інтервенції. Усі ці моделі були спрямовані на індивідуальну адаптацію. Відмінність полягала в тому, що одні інтервенції були більше спрямовані на зміну індивіда, інші – на зміну трансакцій між індивідом і його оточенням. У 70-х роках з'явилися нові підходи: короткострокові інтервенції; нові кризові інтервенції; інтервенції, центровані на проблемі; еkleктичні моделі.

Соціальна робота з сім'ями стала однією з форм роботи в 60-х роках ХХ століття. Вона включала міждисциплінарні теоретичні підходи й теорію соціальних систем.

Соціальна робота з сім'єю завжди належала до методу індивідуального супроводу. Сімейна терапія розглядала поведінку людини як результат сімейних взаємодій, а не як продукт індивідуальних відмінностей.

Розуміння сім'ї як системи дало новий поштовх у розумінні динаміки взаємин між індивідом та оточенням. Незважаючи на те, що метод індивідуального супроводу дещо включав сім'ю клієнта, із виникненням сімейних інтервенцій практики стали визнавати вплив сім'ї як системи. Почали враховувати вплив сімейних процесів на індивідуальний розвиток, на ролі в сім'ї й патерни комунікацій. Спочатку сімейна терапія працювала з патологією індивідів у контексті сім'ї, пізніше фахівці зосередили увагу й на її патології.

У 50-х роках ХХ століття психодинамічний підхід наголошував на взаємовідносинах особистостей у сім'ї. На початку 60-х в теорії комунікацій звертали особливу увагу на неефективні

зразки поведінки в дисфункціональних сім'ях. Структурний підхід, широко застосований в 70-х для роботи з дезорганізованими сім'ями, досліджував вплив середовища, стадії розвитку сім'ї, патерни взаємодії й правила. Кризові інтервенції, використовувані в сімейній терапії, мали короткотривалий характер і були спрямовані на швидке вирішення проблеми сім'ї, що перебуває в стані кризи або розпаду.

У 70-х роках стали спостерігатися еkleктичні тенденції в сімейних терапіях.

Психодинаміка, комунікації, структурні й кризові моделі інтервенції сім'ї, використовувані одночасно, давали практику можливість зрозуміти функціонування сім'ї, визначити цілі, спрямовані на зміни, використати різні інтервенції. Дослідження, проведені в цій галузі, та практичний досвід із сім'ями дав можливість побачити перспективи подальшого розвитку цього напрямку. Для інтегративного підходу в сімейній терапії важливим є використання відповідних знань і теорії як порадник до дії, правильний вибір методів діагностики, визначення цілей, інтервенцій, заснованих на потребах клієнта.

Групова робота. Методи групової роботи вперше стали використовуватися в практиці соціальної роботи ще в 30-х роках ХХ століття. Пізніше, в 40-х роках, вони поширюються більш активно. Основні теоретичні підходи включали психосоціальні, розвиваючі, медіаторські (посередницькі), функціональні й організаційні. Групова робота – це один з методів соціальної роботи, що використовує груповий процес і взаємодію в забезпеченні росту й зміни індивідів. Сама група є інструментом для змін, і ці зміни можуть відбуватися на декількох рівнях. Тобто соціальні працівники використовують групову структуру й процес для удосконалення процесу змін. Здебільшого групова робота передбачала лікувальні групи, орієнтовані на виконання якогось завдання. Вони формувалися для задоволення соціоемоційних потреб членів групи й ставили перед собою завдання освіти, росту, ремідації (корекції), соціалізації.

Anderson (1979) уважав, що малі групи є важливим ресурсом для людей, які мають потребу в розвитку соціальної компетенції. Особливо це стосувалося тих людей, які відчувають

«безпорадність, відчуження, розпач; є жертвами; не відчувають, що їх розуміють при взаємостосунках; почувають себе неадекватно в системах, що змінюються, і де вони є частиною».

Групи, центровані на проблемі, ставлять перед собою завдання ширші, ніж просто задоволення безпосередніх потреб індивідуальних членів групи. Ці групи, як правило, включають комітети, адміністративні групи, команди, групи соціальних дій.

У груповій роботі широко використовується командний підхід. Соціальних працівників часто запрошують працювати в міждисциплінарній команді. Briil (1976) дає визначення команді як «групі людей, кожна людина в якій має свій професійний досвід; відповідальна за прийняття індивідуальних рішень; де члени команди мають спільну мету; де всі збираються разом для співробітництва, консолідації знань, на підставі яких будуються плани, приймаються дії, що впливають на подальші рішення»

Тобто характеристики команди відображають динаміку інших малих груп. Окремі члени команди зі своїми знаннями й патернами роботи та взаєминами «впливають на природу й ефективність команди». Цілі, визначені командою, дають напрямок діяльності. Робота команди – це «процес трансакції, де результати значно більші, ніж у професіоналів, які працюють в одному напрямку». Групова робота застосовується і всередині організаційних систем. Організації складаються з малих груп, які можуть бути інструментом ефективних змін і досягнення цілей. Вирішення організаційних проблем груповою інтервенцією допоможе підняти продуктивність, зменшити конфлікти, покращити процес прийняття рішень, спілкування, мотивацію і якість керування.

Терапевтичні групи, зосереджені на проблемі, мають специфічні завдання, створюються на короткий період часу й можуть функціонувати на будь-якому етапі організаційних змін. Взаємодія між членами групи сприяє єднанню людей і підсилює процес взаємного навчання. Організаційні зміни вимагають ефективного процесу вирішення проблем і розвитку командного підходу.

Організація співтовариства. Практика роботи в співтоваристві включає його організацію, розвиток і дії,

спрямовані на соціальні реформи. Ця робота на макрорівні має глибоке історичне коріння. Спочатку вона мала форму добротності, а як професійна діяльність вона почала розвиватися в 60-х роках ХХ століття.

Робота на рівні співтовариства щодо вирішення проблем вимагає участі адміністрації, корпорацій, об'єднань, фондів, етнічних і релігійних організацій, професіоналів, споживачів і громадських груп.

Описують три моделі вирішення проблем на рівні співтовариства. Це модель розвитку на місцевому рівні, що має на увазі участь громадян у вираженні їх інтересів, визначенні проблем, виробленні рішень через формування почуття приналежності до співтовариства. Друга модель – соціальне планування. Вона використовує структуру формальних організацій, результати досліджень раціонального прийняття рішень, що стосуються важливих проблем у співтоваристві. І третя модель – модель соціальних дій.

1.3. Види соціальних послуг у галузі профілактики й охорони здоров'я

Здоров'я є однією з головних складових в успішній соціальній діяльності людини, тому соціальні працівники повинні враховувати його фізичні й соціальні аспекти. У більшості економічно розвинених і соціально успішних країн соціальні педагоги/соціальні працівники є частиною професійної групи, що надає послуги в галузі охорони здоров'я.

У системі охорони здоров'я розвинених країн соціальних працівників можна зустріти в будь-якій медичній структурі або підрозділі, навіть на станціях швидкої допомоги, відділеннях онкології, педіатрії, загальної медицини, хірургії, реанімації, в реабілітаційних закладах, вони задіяні у програмах роботи з адекватною поведінкою, структури, що займаються проблемами суспільного здоров'я й психіатрії.

Це цілком справедливо й необхідно. Адже система охорони здоров'я – комплексна, міждисциплінарна сфера, у якій здійснюється діагностика, лікування, реабілітація, підтримка здоров'я й профілактика людей будь-якого віку і за різних

обставин. Особливий інтерес для соціальних працівників являють ті люди, які мають потребу в додатковому соціальному супроводі з проблем, пов'язаних зі здоров'ям, хворобою та інвалідністю. Сюди можна віднести людей похилого віку; вагітних; людей з фізичними або психічними відхиленнями, з різними видами залежностей; хронічно хворих людей; бідних та інших.

Структури в охороні здоров'я, які наймають соціальних працівників, можна унаочнити так:

➤ структури первинного надання соціальної допомоги: поліклініки, різні організації, що займаються питаннями охорони здоров'я, приватні клініки, центри психічного здоров'я;

➤ лікувальні заклади: лікарні загального профілю; лікарні для ветеранів; реабілітаційні центри; психіатричні лікарні; стаціонари тривалого перебування; геріатричні пансіонати та ін.;

➤ структури для людей з різними видами розладів, комісії з роботи з психічними хворими; центри трудової реабілітації;

➤ освітньо-превентивні структури: відділи з охорони здоров'я; програми роботи з матір'ю й дитиною; кризові центри й інші;

➤ медичні навчальні заклади, які готують лікарів, середній медичний персонал, інших медичних фахівців.

Схематично ця система виглядає так:

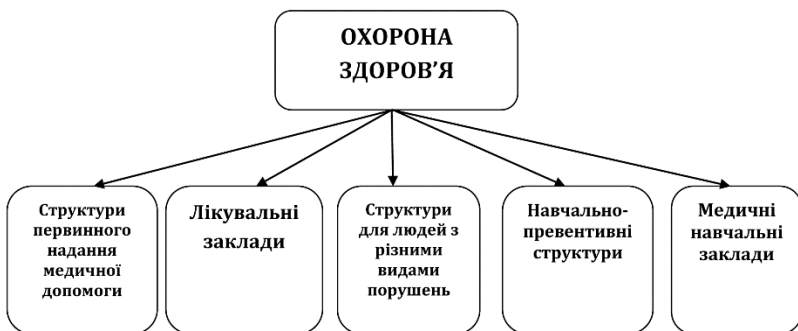


Рис. 6. Структура охорони здоров'я, які наймають соціальних працівників

Соціальні служби допомагають хворим або недієздатним людям підтримувати, зберігати або відновлювати той рівень життя, що буде вважатися ними як задовільний. Це допомагає

клієнтам здійснювати соціально позитивний внесок у групу або співтовариство, частиною якого вони є.

Цілі соціальної роботи в галузі охорони здоров'я:

- забезпечення фізичного й психосоціального здоров'я;
- створення сприятливих умов, необхідних для максимального ефекту при короткочасному й довгостроковому лікуванні;
- підтримка превентивних заходів у галузі фізичного й психічного здоров'я;
- реагування на соціальні й емоційні наслідки хвороби або інвалідності;
- формування етичних підходів при конфлікті цінностей при наданні медичних послуг.

Для досягнення таких цілей практики працюють безпосередньо з індивідом, родиною, групою. Крім цього, вони беруть участь у формуванні політики в галузі охорони здоров'я на рівні медичної установи, співтовариства, держави. Соціальні працівники є учасниками планування й адміністрування медичних послуг, проводять дослідження. Отже, соціальна робота у сфері охорони здоров'я зосереджується на соціальних аспектах здоров'я та на питаннях соціальних умов в охороні здоров'я й добробуті індивідів.

Соціальні працівники співпрацюють у міждисциплінарній команді з метою модифікації соціальних і психологічних факторів навколишнього середовища, які впливають на стан здоров'я або на використання служб охорони здоров'я.

Акцент у роботі соціальної служби або соціальних працівників залежить від цілей і завдань структури охорони здоров'я, а також від потреб у галузі охорони здоров'я. У цілому, тут соціальна робота відповідає за профілактику й пропаганду здорового способу життя.

Далі розглянемо особливості діяльності соціальних працівників у різних медичних установах як у системі охорони здоров'я, так і в співтоваристві.

Соціальні працівники беруть активну участь у профілактиці здорового способу життя. Вони співпрацюють і допомагають системі охорони здоров'я та суспільству в збереженні й підтримці здоров'я громадян. Це показово на прикладі канадського й

американського суспільства, де злагоджено діє механізм спільного функціонування соціальної роботи й охорони здоров'я.

Один із важливих напрямків у системі охорони здоров'я Канади є профілактичні заходи щодо формування здорового способу життя. Первинна медична допомога з профілактики здоров'я полягає в проведенні таких складних заходів.

- Високоякісна комплексна лікарська, сестринська допомога, догляд за хворими, робота різних медико-соціальних служб з профілактики захворювань і розробка освітніх програм для населення.

- Робота не тільки з окремими індивідами, але й з усім співтовариством. Сюди входять освітні програми з проблем епідеміології, з покращення якості води, очищення повітря; програми, спрямовані на зменшення кількості людей, що зловживають алкоголем, наркотиками, палінням.

- Облік потреб і характеристик населення, певного соціуму.

Якщо це якийсь віддалений регіон – то це буде територіальний підхід. Якщо передбачена робота з групою людей, що належать до певної соціальної або культурної спільності, то це визначається як груповий підхід. Там, де використовується груповий підхід, разом із медиками в команді представлені й соціальні працівники. Такі служби надають допомогу 7 днів на тиждень, 24 години на добу. Керування цими структурами характеризується повною децентралізацією. Особливості регіону або групи, якій служить установа, облікуються.

Основна мета первинного медичного догляду – покращення профілактики та якості роботи фахівців. Первинне медичне обслуговування – головна функція й основне завдання системи охорони здоров'я Канади.

Служба швидкої допомоги й утримання в лікарні є найдорожчими структурами в цій країні. Тому при правильній первинній допомозі (яка включає і превенцію) люди рідше будуть потрапляти в служби екстремальної допомоги. На думку канадських фахівців, навчання здоровому способу життя має довгострокові результати, і потім менше потребує витрат на подальше лікування.

Особливо це стосується таких захворювань, як серцево-судинні, деякі форми онкології, тощо, які є наслідком неправильного способу життя. У первинній допомозі велика увага приділяється догляду вдома за тими людьми, яким надано лікування й вони проходять реабілітацію. У цій роботі широко представлена діяльність соціальних працівників.

Ідея профілактичного підходу в медицині не завжди успішно працює в канадському суспільстві. Це можна пояснити кількома причинами: у самій системі охорони здоров'я потрібно багато що перебудувувати; це нові форми навчання фахівців; організація роботи структур охорони здоров'я; ставлення пацієнтів; рівень підготовленості в прийнятті рішень; спосіб життя; перерозподіл у фінансуванні.

Проведені в 90-х роках (пілотажні) експериментальні програми показали, що відразу складно перерозподілити ряд фахових особливостей без впливу на якість життя професіоналів, що працюють у цій галузі; без підтримки населення й навіть без загрози якості надаваної допомоги.

Більш успішній профілактичній роботі заважає також зайва вузька спеціалізація деяких медичних і соціально-психологічних професій. Медична допомога надається епізодично, фрагментарно, у той час як профілактика й превенція – триваліші й поступальні процеси. Вони забезпечують населення інформацією, що дозволяє людині прийняти рішення щодо свого здоров'я. Сприяє поширенню відповідної інформації електронна медична картка хворого. У роботі цього напрямку беруть участь уряд, регіональні департаменти з охорони здоров'я, постачальники медичних послуг. Однак фахівці переконані, що держава вкладає недостатньо коштів у превентивні заходи.

У вересні 2000 року, наприклад, відповідно до наказу Міністерства з охорони здоров'я був створений канадський фонд первинного медичного догляду (Primary Health Care Transition Fund). Завдання фонду – підтримка профілактичних і превентивних проектів у Канаді. Фондом була запропонована модель профілактичної (первинної) медичної допомоги, що враховувала такі умови:

- розширення чисельності медичних служб у співтоваристві;

- залучення більшої кількості немедичних фахівців;
- взаємодія лікарень, фахівців та інших служб у співтоваристві;
- акцент на профілактику хвороб і травм; менеджмент хронічних захворювань.

Цю модель утілили в провінції Квебек в мережі медичних служб, де разом представлені медичні й соціальні служби. В інших провінціях соціальні служби виступають як вторинні, комплементарні медичним послугам. Однак необхідність їх вважається обов'язковою умовою існування медичних установ не тільки пацієнтами, але й медичними працівниками.

При наданні первинної медичної допомоги пацієнт має потребу у спеціалісті, що буде посередником між людиною й різними установами в системі охорони здоров'я, оскільки людина, переходячи від одного фахівця до іншого, іноді здає однакові аналізи, губиться в потоці інформації, не завжди знає, куди їй прямувати.

Це можуть бути проблеми на «горизонтальному рівні» (наприклад, ендокринолог і кардіолог незалежно лікують хворого діабетом) або на вертикальному рівні між різними установами (наприклад, інституційний догляд за хворим і догляд за ним вдома).

Соціальний працівник (або в цьому випадку він буде називатися «менеджер із ведення особистої справи пацієнта») виступає тим фахівцем, що «проводить» пацієнта по різних структурах в охороні здоров'я й координує всі види допомоги. Мета такого виду діяльності – персоналізувати послуги, забезпечити необхідний зв'язок між різними рівнями й видами допомоги.

Раніше, а іноді й зараз, «менеджером із ведення справи» міг бути сімейний лікар або медична сестра. Однак основна тенденція така (і це підтвердили дослідження проекту з охорони здоров'я), що це зовсім не обов'язково має бути людина з медичною освітою.

Крім цього, соціальні працівники зайняті в програмах з догляду за людьми з хронічними захворюваннями. Разом з іншими фахівцями вони беруть участь у розробках і реалізації плану роботи з пацієнтом; стежать, щоб людина отримала всі необхідні послуги, включаючи медичні, профілактичні й освітні.

Важливим компонентом первинної медичної допомоги є інформування пацієнта. Дуже важливим є доступність до різних видів допомоги й право вибору. Інформованість важлива, бо:

- дає можливість пацієнтові дізнатися, які служби надають діагностичні, терапевтичні й превентивні послуги;

- дає можливість лікарям одержати необхідну інформацію про пацієнтів і про тих, хто з ними працює, а це, у свою чергу, дозволяє фахівцям відстежувати якість наданих послуг, при необхідності проводити відповідні превентивні програми;

- допомагає фахівцям мати доступ до необхідної інформації, бути завжди на певному професійному рівні, застосовувати знання при роботі з пацієнтами та їхніми проблемами;

- дає можливість адміністративним структурам медичних установ знати про потреби співтовариства й відповідно до цього розробляти й надавати першочергові послуги;

- дає можливість більш глибоко знайомити з потребами й очікуваннями всього населення з метою формування політики на державному рівні. Інформація дозволяє політикам покращувати якість первинних медичних служб.

У зв'язку з цим у Канаді з року в рік збільшується кількість немедичних фахівців у галузі охорони здоров'я. Уведені електронні записи, комп'ютерне з'єднання пацієнтів і постачальників медичних послуг. Робиться це не тільки для ведення медичної карти хворого, але й для забезпечення доступу пацієнта до всієї необхідної інформації, пов'язаної з його хворобою, профілактикою й виписуванням ліків. В інформаційній підтримці так само представлені фахівці соціальних служб, що працюють разом з іншими спеціалістами.

У результаті такої плідної співпраці в Канаді росте усвідомлення того, що багатьом хворобам можна запобігти, якщо ретельно піклуватися про своє здоров'я. Наприклад, дослідження, проведені ВОЗ, показали, що 90% людей з діабетом II типу (у дорослих) і 80% серцево-судинних захворювань можна уникнути при правильному харчуванні, постійних фізичних навантаженнях, якщо людина не буде палити й ефективно долатиме стресові навантаження. Дослідження свідчать, що 90% раку легенів і 30% смертей від інших видів онкології можна перебороти, якщо суспільство не буде палити.

У країні спостерігається поширення розуміння того, що здоров'я – це спосіб життя, адекватне житло, відповідна екологія, хороше харчування. Організації, що займаються профілактикою, включають роботу як на індивідуальному рівні, так і на рівні співтовариства. Медичні установи співпрацюють за різними напрямками із соціальними службами на рівні своїх співтовариств.

Організації охорони здоров'я мають такі ж зобов'язання перед співтовариствами, як і лікарі перед пацієнтами. Вони повинні запобігати хворобі, як і лікувати їх. Наприклад, медики разом з іншими фахівцями (соціальними працівниками) інформують населення про те, що

- паління коштує економіці країни \$16 мільярдів щороку, включаючи \$ 2.4 мільярди на лікування і \$13.6 мільярдів на зниження продуктивності праці через хворобу або смерть;

- ефективна шкільна програма з профілактики паління знижує кількість курців у цьому віці на 6% і 4% не палять до кінця свого життя. Отже, \$619 мільйонів доларів заощаджуються щорічно;

- від паління в Канаді щорічно вмирає 45009 осіб;

- наприкінці 90-х років ХХ століття 19.2% канадських жінок палили щодня. Цей показник нижчий, ніж у багатьох країнах розвинених країнах, але значно вищий, ніж у Японії, де курять тільки 14.5% жінок. Серед канадських чоловіків цей показник становив 22% наприкінці 90-х, у Швеції – 19.2%.

Тобто паління все ще залишається проблемою для Канади, і медики разом із соціальними працівниками працюють у напрямку профілактики паління.

Інша проблема, з якою зіштовхнулося канадське суспільство в ХХ столітті, – проблема зайвої ваги. Наведемо деякі показові факти:

- 1977 році ожиріння обійшлося в \$ 1.8 мільярдів, гроші були витрачені на лікування;

- з 1994/1995 р. відсоток населення у віці від 20 до 64 (крім вагітних) з надлишковою вагою збільшився з 13.4% до 15.2%;

- Канада має більше людей з надлишковою вагою, ніж інші розвинені країни. У таких країнах як Нідерланди, Швеція й Швейцарія на третину менше людей із зайвою вагою. А в США й Великобританії ці показники вищі, ніж у Канаді;

➤ 9% канадців у віці 12 років і більше стурбовані об'ємом споживаних жирів, але нічого не роблять, щоб зменшити їх кількість.

Канадці недостатньо фізично активні для підтримки здоров'я на відповідному рівні. 57% населення у віці 18 років і старше не дотримуються рекомендацій щодо заняття фізкультурою. Порівняно із 79% в 1981 році у 2000 році половина дітей від 5 до 17 років не займалася спортом. Те, що люди не займалися спортом, обійшлося охороні здоров'я в \$ 1.2 мільярда в 1999 р. Близько 21000 осіб передчасно пішло з життя в 1995 році через гіподенамію.

Федеральні/провінційні/територіальні Міністерства спорту й відпочинку подали на розгляд комісії стратегічний план посилення фізичної активності громадян. План містив такі напрямки роботи: збільшення кількості уроків фізкультури в школі й навчання фізичній культурі; систематичне прищеплювання й навчання канадців формуванню цінності «фізична активність»; розвиток ширших програм організованого проведення дозвілля з використанням соціальних служб/соціальних клубів у співтоваристві; створення робочих місць з урахуванням необхідності більш рухливого способу життя.

Саме тому в Канаді на сьогодні виділені три пріоритетні напрямки в галузі профілактики – тютюнопаління, зайва вага й нерухомий спосіб життя (гіподинамія). Робота в цих напрямках ведеться в першу чергу на місцевому рівні. Завдання, що стоять перед Комітетом канадської охорони здоров'я, – поширення інформації про кращі програми в країні, передача передового досвіду.

Соціальні працівники Канади аж ніяк не стоять осторонь усіх описаних проблем. Робота ведеться на всіх рівнях та напрямках, доступних цій категорії фахівців. Низка вкрай важливих послуг надається соціальними працівниками в лікарнях.

➤ Надання інформації про ресурси в співтоваристві й допомога в їхньому отриманні при необхідності;

➤ Надходження в лікарню й планування виписки;

➤ Пропозиція фізичних послуг пацієнтам і рідним, які можуть відчувати проблеми через госпіталізацію клієнта;

➤ Консультування пацієнтів і сімей з питань хвороби, надання конкретних видів допомоги, зокрема фінансової, транспортування хворих, надання необхідних пристосувань засобів (протезів, милиць, слухових апаратів та ін.);

➤ Психосоціальна оцінка – оцінка психологічних і соціальних факторів, пов'язаних із хворобою і видужуванням;

➤ Навчання питанням здоров'я та інших видів діяльності в співтоваристві;

➤ Консультування штату лікарні й служб у співтоваристві; Ознайомлення зі спеціальними знаннями про психосоціальні проблеми хворих, процедури й соціальні послуги. Рекомендації зі зміни політики й процедур для більш успішного задоволення потреб пацієнтів, сімей, захист їх прав;

➤ Планування видів діяльності. Участь у плануванні розширення психосоціальних програм у лікарнях і ресурсів у співтоваристві;

➤ Дослідження. Використання методів дослідження при оцінці клієнтів і програм.

У невеликих лікарнях штат може складатися з однієї людини, яка виконує частину цих функцій відповідно до завдань такої медичної установи. У більших структурах соціальні працівники мають додаткову медичну підготовку, залежно від того, де вони працюють: педіатрія, травматологія, ортопедія, діалізне відділення, відділенні швидкої допомоги та ін.

Наведемо приклад соціальної роботи в онкологічних закладах. Онкологічні захворювання вражають багатьох людей. На будь-якому етапі свого розвитку воно може порушити й змінити звичний ритм життя людини. Соціальні працівники організують групи для рідних при надходженні клієнтів у лікарню. Ці групи можуть вести соціальні працівники, волонтери або людина, що вилікувалася від подібного захворювання. Тут знайомлять людей зі структурою установи, розповідають про це захворювання й форми лікування, надають емоційну підтримку. Допомагають упоратися зі стресом у родині, надають необхідну інформацію про ресурси, які можуть допомогти боротися з хворобою більш ефективно.

Значна увага приділяється сім'ям групи ризику. Особливо дезорганізовані клієнти мають емоційні проблеми, не хочуть, щоб

їхнім близьким говорили про діагноз. Групи орієнтації для сімей проводяться, коли участь родини є особливо важливою.

Хоча й чоловіки і жінки піддані ризику занедужати на онкологію, жінки особливо часто мають пухлину молочної залози. Сьогодні хворіє 1 жінка з 8. Мастектомія, хірургічне видалення частини вражених грудей має безліч психосоціальних наслідків, включаючи відчуття жінки, що вона втратила жіночність; зниження самооцінки; впливає на її відносини з іншими; на її сексуальні взаємини. Соціальні працівники пропонують підтримку й консультивання пацієнтам з мастектомією та їхнім сім'ям під час лікування й одужання. Вдалими заняттями визнані заняття з косметології, де жінок, які пройшли опромінення, навчали носити перуки, використовувати макіяж. Програма мала назву «Виглядаєш краще – почувашся краще».

У багатьох лікарнях соціальні працівники входять у штат співробітників відділення швидкої допомоги. Люди, що надходять у відділення швидкої допомоги або їх рідні, як правило, перебувають у кризовому стані, тому фахівці використовують різні кризові інтервенції, які допомагають хворим мобілізувати внутрішні ресурси, уникнути повного нервового розладу, запобігти почуттю безнадійності й розпачу.

Потребу в послугах швидкої допомоги мають люди з критичними станами або травмами, хронічними захворюваннями, які викликають нестерпний біль, травмами в результаті бійок і насильства, нещасного випадку.

Крім цього, сюди належать люди, які намагалися здійснити суїцид; люди з гострими або хронічними психічними розладами; люди, що страждають від бідності; безхатьки; алкоголіки; наркомани та ін. У швидку допомогу потрапляють люди, які не можуть дозволити собі адекватну своєчасну медичну допомогу, тому в критичні моменти потрапляють до лікарні.

Соціальні працівники у відділенні швидкої допомоги надають допомогу й консультивання пацієнтам і родинам; працюють як члени міждисциплінарної команди; допомагають налагодити контакти між пацієнтом і медичним персоналом; знайомлять лікарів із соціальною ситуацією пацієнта; пояснюють план лікування пацієнтів. Вони надають конкретну фізичну

допомогу, наприклад, транспорт, їжу, одяг, отримують ліки; знайомлять пацієнтів з ресурсами в співтоваристві й ведуть справи клієнтів.

Соціальна робота у відділеннях тривалого перебування включає: догляд вдома, центри для людей похилого віку в ком'юніті, будинки для літніх людей, хоспіси. Тут надається довготривала допомога людям, у яких немає можливості самостійно доглядати за собою. Це може бути поєднання фізичних, когнітивних, емоційних і соціальних факторів; у випадку, коли необхідно відновити певні здатності, гармонізувати або модифікувати безпосереднє оточення людини. Значна частина людей з такими проблемами – люди літнього віку. Саме ця вікова категорія найбільш уразлива до порушень, захворювань і обмежень подібного типу.

У Західних країнах літні люди здебільшого отримують догляд вдома (4 з 5 випадків). Тоді соціальні працівники пропонують широкий спектр послуг, серед іншого індивідуальну роботу, менеджмент, планування, розвиток, оцінку стану клієнта й оточення, регулювання роботи програм.

Мета догляду вдома – підтримка людей з хронічними фізичними, соціальними й емоційними проблемами. У них виникають проблеми із самообслуговуванням, непорозуміння у стосунках з рідними, питання пристосування до хвороби, інвалідності тощо. Сьогодні в розвинених країнах поширюється рух за догляд вдома за літніми людьми. Наприклад, у США з 1990 року кількість людей, які отримали допомогу вдома, збільшилася удвічі.

Соціальні послуги вдома передбачають:

- оцінку психосоціальних потреб у зв'язку з хворобою й необхідним доглядом;
- розробку плану догляду з визначенням ресурсів так, щоб людина могла залишатися вдома;
- допомогу в отриманні ресурсів на рівні співтовариства й доступ до ресурсів;
- надання короткотермінового консультування щодо допомоги індивіду, робота з проблемами, пов'язаними із захворюваннями.

Догляд за хронічно хворими людьми вимагає більших матеріальних і фізичних витрат. Перебування людини вдома суттєво знижує ці витрати. Проте однаково необхідно оплачувати працю тих, хто надає допомогу вдома, серед іншого й соціальним працівникам.

На нашу думку, у наданні особливо фізичних послуг доцільно використовувати волонтерів. Успішною вважаємо й таку форму як використання праці молодих людей, які планують вступати на факультет соціальної роботи як волонтери (як це робиться в Канаді, США, Великобританії). Абітурієнти зобов'язані мати дворічний досвід роботи в соціальних службах до вступу в університет на спеціальність «Соціальна робота». Майбутні фахівці набувають практичний досвід роботи, ознайомлюються з місцем майбутньої роботи та приймають рішення працювати або не працювати в галузі соціальної роботи. Соціальні служби, у свою чергу, мають додаткові людські ресурси, у яких вони постійно відчують потребу.

Оптимальні послуги ґрунтуються на щоденному догляді і вимагають координації медичного догляду, соціальних служб, соціальної системи підтримки й пропаганди здоров'я.

У будинках для літніх людей, як правило, живуть люди похилого віку. Однак туди може потрапити будь-яка доросла людина. У багатьох країнах ці інституційні заклади бувають різного типу фінансування: державні, приватні, церковні. Потрапляючи сюди, люди переживають складні етичні моменти через втрату сім'ї, культури, співтовариства. Тому соціальні працівники повинні звертати увагу на культурні розбіжності. До того ж людям необхідний час на адаптацію до резидентів і до штату. У таких випадках фахівцям знадобиться певна креативність.

Соціальна робота в хоспісах (хоспісних відділеннях/програмах) – це догляд за смертельно хворими людьми, де головне – не медична допомога, а комфортний догляд за вмираючими людьми.

«Хоспіс» – середньовічний термін, що позначає «будинок для відпочинку». Сьогодні хоспіси надають комплексні послуги: робота з пацієнтами в хоспісах і вдома, робота зі згорьованим пацієнтом на останній стадії хвороби.

У США тільки в 1994 році Національною організацією хоспісів було зареєстровано 34000 осіб, які одержали послуги через хоспісні програми. Фінансування таких програм/закладів різне: місцевим бюджетом, з коштів лікарні, будинку для літніх, соціальними структурами. Зазвичай команду створюють такі фахівці: лікарі, медсестри, соціальні працівники, священники, волонтери.

Філософія хоспісних програм включає такі ж основні цінності, як і соціальна робота: самовизначення клієнтів, повага, збереження й підтримка значимості індивіда. Головна мета – комфорт і контроль за болем. Хоспісні програми орієнтовані на те, щоб людина вмерла з достоїнством за допомогою надання клієнтові соціальної, психологічної та духовної допомоги. Зазвичай хоспісний догляд містить у собі такі послуги:

- робота з горем, що передбачає холистичний підхід, вплив медичних, соціальних, емоційних і духовних факторів;
- креативне використання професіоналів, волонтерів, сімейних, суспільних, інституційних ресурсів;
- прийняття рішень разом з людиною, що помирає, а не тільки медичний контроль;
- відкриті обговорення з пацієнтами, родинами й штатом питань умирання.

Роль соціальних працівників у хоспісах включає прямі послуги, зокрема обговорення питань адаптації до хвороби; оцінка сім'ї та ресурсів у співтоваристві; поєднання людей з необхідними ресурсами в суспільстві; допомога при спілкуванні членів сім'ї; консультування; планування виписки; послуги при кризових станах; адвокатування доступу до послуг охорони здоров'я.

Частина функцій соціальних працівників полягає в оцінці потреб тих, хто доглядає вмираючого, і надання їм допомоги до й після смерті близької людини. Сюди входить система підтримки; взаємини між тими, хто доглядає, й клієнтом; процес спілкування; сприйняття людиною її ролі; робота зі спогадами сім'ї про попередні втрати.

Непрямі послуги включають створення й розвиток хоспісних програм; навчання штату; координування послуг у співтоваристві. У таких закладах у соціальних працівників виникають проблеми, пов'язані з емоційною симпатією до

клієнтів, тому їм необхідно уникати емоційної прихильності, любові й жалю. Крім цього, вони повинні вміти впоратися зі власним занепокоєнням із приводу смерті.

Важливою рисою хоспісної програми є те, що клієнти, які перебувають у ній, знають свій діагноз і приблизно відведений їм термін життя. Співробітники намагаються виконувати по можливості бажання, які залишилися в людини. Великий інтерес хворі проявляють до проблем духовності, незалежно від того, віруючі вони чи ні. Священик проводив з людьми бесіди й консультації. При лікарні є приміщення, що використовується представниками різних релігійних конфесій відповідно до бажань і потреб клієнтів.

Слід наголосити на ролі емоційного стану співробітників, які працюють у подібній структурі. Фахівці намагаються підтримувати себе, використовуючи почуття гумору, різноманітні форми релаксації, медитації. При емоційному вигоранні працівників намагаються перевести в інше місце, або ж вони проходять терапію й одержують тимчасову відпустку. Керівництво мусить пильнувати, аби в когось із працівників не виник стрес або депресія при роботі з умираючими хворими.

Розглянемо деякі інші форми роботи з клієнтами з особливими потребами. Наприклад, соціальна робота з людьми з відхиленням у розвитку. Порушення в розвитку не є діагностичним терміном. Сюди входить розумова відсталість, церебральний параліч, епілепсія, аутизм та інші органічні враження. Це глибокі хронічні порушення, яким властиві такі характеристики:

- фізичні й психічні розлади або їх поєднання;
- прояв захворювання до 22 років;
- необмежена тривалість захворювання;
- складні функціональні обмеження в більш ніж у 3 основних сферах людської діяльності (самообслуговування, рецептивна й експресивна мови, навченість, мобільність, економічна самодостатність);
- людина має потребу в комбінації спеціальної міждисциплінарної та загальної допомоги й догляду на невизначений період.

Тому допомога повинна бути індивідуалізована й скоординована. Відхилення в розвитку – це загальний термін, куди входить розумова відсталість. Тобто всі люди з розумовою відсталістю мають відхилення в розвитку. Але не всі, у кого відхилення в розвитку, мають розумову відсталість. Крім вище названих хвороб, сюди можна віднести й такі захворювання як ортопедичні проблеми, проблеми зі втратою слуху, проблеми з навчанням та інші захворювання, які входять у цю категорію.

Для таких людей у суспільстві існують інституційні заклади, фінансова підтримка, групові будинки, послуга в співтоваристві (центри денного перебування). Проводиться індивідуальна робота, здійснюється підтримка сім'ї, планування життя, соціальне адвокатство. Превентивні програми в співтоваристві спрямовані на виявлення таких людей, особливо дітей, для надання відповідних послуг. Для дітей організуються соціальні програми розвитку. Для дорослих – альтернативні місця проживання, послуги соціальної адаптації.

У розвинених країнах, зокрема в США, Німеччині, Великобританії в 60-х роках ХХ століття закрили більшість інституційних закладів. послуги надаються тепер на рівні співтовариства, і люди мешкають здебільшого, вдома. Це зумовлено низкою причин: висока вартість перебування клієнтів в інституційних закладах, боротьба за громадянські права, нове покоління медикаментів та ін.

Права, які мають люди з проблемами в розвитку, включають право на навчання; на індивідуальні освітні послуги; професійне навчання; захист громадянських прав; зміщення бар'єрів у довкіллі.

Соціальні служби у співтоваристві намагаються організувати роботу так, аби життя людей з особливими потребами було максимально комфортним. Програми й служби працюють над тим, щоб вони були суголосні з програмами для звичайних людей з умовою нормалізації й деінституціоналізації. Уся робота спрямована на те, щоб для таких людей було якнайменше обмежень в освіті, у здобутті професії й працевлаштуванні, у проживанні.

В освіті основна тенденція сьогодні – влаштування дітей з проблемами в розвитку у звичайні дитячі садочки й шкільні класи.

Нині в Україні існують інтегровані дошкільні заклади, у яких діти звичайні та з відхиленнями перебувають в одній групі.

Досвід окремих країн (наприклад, Німеччини) та й український досвід свідчить, що такий дитячий садочок являє собою модель суспільства, де поряд зі здоровими людьми мешкають хворі, а спільне перебування дітей в інтегрованому дитячому садочку сприяє формуванню гуманізму, суспільній турботі про слабких людей.

Те ж можна сказати й про школи, адже зараз окреслилася тенденція зарахування таких дітей до звичайних шкіл, хоча далеко не всі структури в системі освіти бажають і готові мати інтегровані класи.

Це зумовлено тим, що в школі для такої дитини необхідні додаткові фахівці: лікувальний педагог, спеціальний педагог, психолог, фізіотерапевт. Крім цього, слід готувати вчителів для роботи з дітьми з обмеженими можливостями.

Принцип нормалізації передбачає, що люди з цими проблемами повинні брати участь у тих видах діяльності, які відповідають їхньому віку так, як і здорові діти. Нормалізація припускає надання таких же рівних можливостей в освіті, на роботі, на відпочинку, а не окремих і спеціалізованих видів діяльності.

Мета деінституціоналізації – побутування людей у менш важких суспільних умовах і не в великих закладах. Нечисленні, незалежні групові будинки замінили сьогодні більші лікарні, які раніше відокремлювали від суспільства людей з особливими потребами. Нові теорії соціальної реабілітації, можливості догляду за такими людьми в співтоваристві теж зіграли свою роль у відмові від спеціальних закладів для душевно хворих.

Послуги, які соціальні працівники пропонують цій групі населення:

- консультування клієнтів, батьків, рідних;
- оцінка психосоціального стану клієнта для визначення видів комплексної міждисциплінарної допомоги;
- проведення заходів щодо організації проживання клієнтів у відповідних умовах;
- допомога в організації альтернативного проживання;
- забезпечення послугами, що захищають права

клієнта, а також фахівцями із ведення індивідуальної справи клієнта, з метою одержання необхідних ресурсів для клієнта й сім'ї;

➤ участь у плануванні життя в співтоваристві, у проведенні змін у роботі місцевої влади.

Служби організовані так, що їх можуть відвідувати різновікові клієнти. Цілі роботи включають: особистісний ріст, формування самоповаги, розвиток життєво необхідних навичок, підготовка до незалежного життя. Для задоволення індивідуальних потреб і розвитку потенційних можливостей кожної людини соціальний працівник і клієнт розробляють гнучку індивідуальну програму.

Види допомоги бувають різні: повний догляд, середній рівень догляду й незалежне проживання. Послуги стосуються багатьох сфер життя людини – житло, освіта, робота, здоров'я, сім'я, співтовариство. Соціальні працівники визнають здатність клієнтів до росту, розвитку й досягнення прогресу. Ефективні служби збільшують потенціал клієнта в його особистісному рості, повноцінній участі в житті співтовариства й максимальному внеску в розвиток суспільства.

Самовизначення клієнтів підіймає ряд етичних питань у плануванні їхнього подальшого життя: хто приймає остаточне рішення, де буде жити клієнт? Хто є системою клієнта, він сам або його сім'я? Яку роль повинна відігравати сім'я в плануванні? Які інтервенції необхідні у випадку насильства або недогляду за клієнтом? Відповіді на ці питання необхідно шукати в правових документах певної країни, де такі структури розвинені. Існують професійні стандарти в організаціях, які надають соціальну допомогу, у комітетах з прав людини.

Щоб позитивні зміни відбувалися в житті людей із проблемами в розвитку, соціальні працівники повинні мотивувати таких людей і допомагати їм жити окремо, організовувати соціальні акції, підтримувати й мотивувати зміни правових реформ, залучати таких людей до адвокатування своїх інтересів.

Досвід показує, що в цілому суспільства готові підтримати гуманне ставлення до подібних людей і соціальної політики держави, яка фінансово підтримує такі програми. А різні

ініціативи з боку співтовариства й держави допомагає таким людям вести незалежний спосіб життя й отримувати задоволення від роботи. Соціальні служби надають допомогу таким структурам у міру виникнення проблем. Як правило, такі групи співпрацюють з декількома соціальними службами різного типу. Особливо багато уваги приділяється особистісному консультуванню. У клієнтів висока потреба в емоційній підтримці.

При підготовці соціальних працівників в Україні необхідно використати досвід роботи розвинених країн. Інформація про роботу в системі охорони здоров'я повинна лягти в основу професійної діяльності таких фахівців, оскільки найбільше послуг надається саме в галузі охорони здоров'я здебільшого людям з фізичними й психічними проблемами.

1.4. Необхідність підготовки майбутніх соціальних працівників до застосування технологій медико-соціальної роботи в професійній діяльності

Усе більшого значення в суспільній практиці набуває медико-соціальна робота, яка покликана об'єднати елементи лікування й профілактики, медичної та соціальної роботи. Разом із тим неминучим є пошук нових форм надання соціально-медичних послуг, найбільш відповідних чинним організаційним структурам, що передбачає, насамперед, реформування їх діяльності. Таке переформатування соціальних служб дозволить вповні реалізовувати сучасні технології медико-соціальної роботи, і при цьому не порушувати питання про створення спеціальних служб в умовах дефіциту фінансових засобів в закладах охорони здоров'я, соціального захисту населення та інших соціальних царинах.

Натепер сфера соціальної роботи віддзеркалює ті зміни, які відбуваються в суспільстві, і з якими безпосередньо пов'язаний постійний попит на різні форми соціального захисту населення. Кризові зміни в сучасному політичному та економічному житті суспільства відбилися на соціальному ритмі життєдіяльності, що знайшло вираження в різкому зниженні рівня життя людей.

Актуалізація проблеми соціальної допомоги, підвищення уваги до людини завжди були характерні для переломних етапів історії. У сучасній ситуації загострення екологічних, економічних і

соціокультурних проблем суспільства зростає кількість знедолених осіб. В Україні цей факт ускладнюється економічною нестабільністю, значною кількістю внутрішньо переміщених осіб унаслідок АТО, високим рівнем конфліктності й соціальної напруженості. Назріла потреба в докорінних змінах соціальної політики держави, зорієнтованості міжвідомчої системи служб соціального захисту населення на його потреби, відновлення його фізичного, психічного й соціального благополуччя.

Ефективність надання саме соціально-медичних послуг обґрунтовують вітчизняні й закордонні дослідники. Наприклад, І. Поляков вважає, що така ефективність залежить, у першу чергу, від розвитку міжгалузевого підходу в системі охорони здоров'я та її реформування. Основні напрямки сучасних реформ у медицині повинні враховувати особливості життєдіяльності індивіда, сім'ї, колективу, суспільства. Необхідним стає ефективне функціонування організаційної структури, яка б об'єднувала в єдине ціле всі компоненти, що визначають рівень здоров'я популяції.

Дослідники Н. Дмітрієва, Р. Коротких та інші вказують на існування протиріччя між обмеженими ресурсами сфери охорони здоров'я й доступністю медичних послуг. Найбільше це стосується людей похилого віку, інвалідів, невиліковно хворих. Вчені зазначають, що медико-соціальна допомога повинна спрямовуватися на покращення здоров'я населення шляхом вдосконалення інфраструктури служб охорони здоров'я, зміщення акцентів з екстенсивного на інтенсивний розвиток галузі, що сприятиме рівному доступу населення до медичних та соціальних послуг. Ці ж автори наголошують на необхідності задіяння у закладах медичної сфери соціальних працівників, які б взаємодіяли зі службами соціального захисту населення, органами влади, благодійними фондами тощо. При цьому першочерговим завданням є визначення правового статусу соціальних працівників медичних закладів – вирішення проблем оплати праці, взаємодії з медичним персоналом та інші.

Такої ж думки дотримуються В. Овчаров і О. Щепін, які зазначають, що проблеми формування системи здоров'я населення становлять основу подальшого розвитку соціальної

сфери, успішності реалізації на практиці економічних реформ. Для покращення якості й доступності соціально-медичних послуг необхідно підвищити роль соціальних працівників у системі охорони здоров'я, що дозволить забезпечити відповідність обсягу та якості наданої медико-соціальної допомоги реальним потребам населення.

Як підкреслюють П. Сидоров, В. Кучеренко та А. Вязьмін, соціальні працівники в системі охорони здоров'я – це невикористаний резерв профілактичної медицини, оскільки медико-соціальна робота передбачає не тільки відновлення здоров'я, але й його збереження та зміцнення.

Ми цілком поділяємо точку зору низки авторів про те, що сучасні проблеми різних груп населення, спричинені сучасними кризовими життєвими ситуаціями, можуть знайти найбільш ефективне вирішення тільки на основі злагодженої співпраці всіх соціальних інститутів, у тому числі соціальної роботи, що передбачає комплекс взаємопов'язаних заходів із медико-соціальної, соціально-економічної, соціально-психологічної, правової допомоги сім'ї, колективу, особистості.

І все ж можна констатувати, що в Україні система охорони здоров'я функціонує як злагоджена система, як історично і законодавчо сформований соціальний інститут. Що стосується медико-соціальної роботи, то, на думку більшості вчених, вона знаходиться на стадії становлення.

Навіть порівняння понять і категорій соціальної та медичної роботи свідчить, що ці два види діяльності мають багато спільного, і одночас доповнюють один одного. Тому виділення медико-соціальної роботи як виду професійної діяльності є природним і логічним, а комплексний підхід до розв'язання проблем хворих людей завжди ефективніший, ніж односторонній.

При визначенні місця медико-соціальної роботи серед суміжних видів діяльності, варто підкреслити координувальну роль соціального працівника у розв'язанні комплексу проблем клієнта, який опинився у складній життєвій ситуації та потребує співпраці фахівців різних професій – лікарів, психологів, педагогів, юристів та ін. Кваліфіковане сприяння клієнтам у розв'язанні їх життєвих проблем визначає професійні особливості соціальної

роботи. З цього приводу Н. Данакін стверджує: «Якщо психолог має справу з психікою людини, соціолог – її соціальними відносинами, лікар – станом фізичного і психічного здоров'я, юрист – правовою поведінкою, тобто кожний із них допомагає людині в якомусь одному аспекті, то соціальний працівник сприймає людину як одне ціле у єдності всіх її сторін».

Метою ж медико-соціальної роботи є досягнення високого рівня здоров'я, функціонування й адаптації осіб з фізичними та психічними вадами, а також їх соціального благополуччя. Такі особи перебувають у важкій життєвій ситуації, що об'єктивно порушує їх життєдіяльність. Це, у першу чергу, соціально значимі хвороби – залежність від психоактивних речовин, хвороби інфекційного характеру (Віл-інфекція, гепатити), цукровий діабет, туберкульоз, онкологічні, психічні, фізичні обмеження та ін. У виникненні та розвитку цих хвороб фактори поведінкового характеру нерідко мають вирішальне значення. Саме тому медицина й соціальна робота мають бути у невідмінній сполуці, аби ефективно взаємодіяти у кожному конкретному випадку підтримки людини.

Мусимо зважати на той факт, що медико-соціальна робота часто ототожнюється з такими поняттями як «медико-соціальна допомога» і «медико-соціальні послуги», хоча останні є її складовими. На думку І. Каткової і Н. Кравченка, медико-соціальна допомога – це вид суспільно корисної міжсекторальної діяльності працівників соціальних служб, при якому спільно з соціально-побутовими, юридичними, виховними та іншими функціями виконується певний обсяг медичних послуг з догляду за хворими, людьми похилого віку, а також ведеться просвітницька робота з гігієнічного виховання населення і профілактики захворювань.

Наприклад, Є. Сигида стверджує, що медико-соціальні послуги – це координаційна діяльність із надання послуг важко хворим, малозабезпеченим, людям із обмеженими можливостями, залежним та ін., які так чи так пов'язані зі збереженням їхнього здоров'я. Ця форма соціальної роботи передбачає посередництво між закладами охорони здоров'я й населенням. Медико-соціальні послуги повинні бути нескладними в організації, доступними для всіх людей і соціально гарантованими за обсягом і якістю.

Виходить, що медико-соціальна допомога є одним із напрямків медико-соціальної роботи, а надання медико-соціальних послуг – видом цієї допомоги.

Ми поділяємо точку зору А. Мартиненка про те, що медико-соціальну роботу можна розглядати як стратегію розвитку медико-соціальної допомоги населенню в сучасних умовах.

Об'єктивними вимогами, що висуваються науково-технічним і соціальним прогресом сьогодення, є технологізація медико-соціальної роботи як і будь-якої іншої діяльності в соціальній сфері. Вона завжди має інноваційний, творчий характер, тому що пов'язана з постійним пошуком більш досконалих і, як наслідок, більш ефективних способів використання ресурсів людини, її фізичного й інтелектуального потенціалу. Впровадження технологічного підходу в практику організації медико-соціальної роботи – це стратегічний напрямок, що передбачає відмову в роботі з людьми від методу «проб і помилок» та постійну орієнтацію на високий кінцевий результат за оптимальної витрати сил і засобів.

Без знань теорії соціальних технологій, принципів технологічного підходу до професійної діяльності і конкретних методик роботи з клієнтом неможливі планування, організація та надання соціальних послуг.

1.5. Історія актуалізації взаємовідношення питань збереження здоров'я з системою соціального захисту

Тут не завадить згадати про те, що соціальна робота історично й зароджувалася саме як робота медико-соціального спрямування. Скажімо, у Давній Греції елементи медико-соціальної допомоги проявлялися в особливому догляді за хворими, в опіці над військовими інвалідами, які разом із родинами перебували на державному утриманні. Першим закладом у Римській імперії, де надавалася медико-соціальна допомога й використовувався специфічний підхід до розв'язання проблем окремих категорій осіб, вважається притулок для людей похилого віку, хворих та інвалідів, заснований у 370 р. Василієм Великим у Цезарії.

Є переконливі вітчизняні історичні свідчення. З формуванням і розвитком Київської держави, медична та інші

форми допомоги надавалися в лікарнях, притулках, які зводилися як за рахунок церкви, так і окремих церковних діячів чи світських благодійників. У 1051 році при Києво-Печерському монастирі діяла богадільня, у якій піклувалися про нужденних і хворих, а також працював особливий заклад, у якому мешкали інваліди. При цьому ці заклади не «спеціалізувалися на якомусь одному виді допомоги, а виступали у своїй багатофункціональності». Суголосним є приклад діяльності монастирів і монарших орденів Західної Європи, які тривалий час відігравали винятково важливу роль у наданні медико-соціальної допомоги: «Іоніти, Лазаристи надавали допомогу хворим, а Бегарди і Олексіяни брали на себе нелегкі обов'язки догляду за помираючими та їх похованням».

В Україні з другої половини XVI ст. важливу роль у справі соціально-медичного й освітнього підтримування населення почали відігравати братства. Кожне братство на власні кошти утримувало «шпитали», де жили бідні, літні, немічні братчики. Братства опікувались хворими членами, а для міської бідноти закладали притулки.

Із середини XVI ст. в громадській свідомості як Європи, так і Російської імперії визрівала ідея переходу від добродійності до системи суспільного піклування. У 1712 р. Петро I вимагає повсюдного відкриття госпіталів «для хворих і найстаріших, не спроможних здобути їжу роботою», а міських магістратів зобов'язує організувати заходи з надання допомоги бідним, а також піклуватися про попередження убогості.

При Петрові I була створена мережа соціальних закладів, що мали спеціальне призначення – «гамівні будинки», «гошпиталі» тощо.

У 1775 р. Катериною II була заснована державна система суспільного піклування. У кожній губернії створювалися особливі адміністративні органи – Прикази суспільного піклування, які опікувалися народною освітою, охороною здоров'я, громадською добродійністю. Є відомості, що вже тоді було засновано лікарню на 150 ліжок, у якій безкоштовно лікувалися «відставні солдати, приказні духовного чина, незаможні та їх дружини».

Із середини XIX століття започаткований рух общинних сестер милосердя, завданням яких була підготовка досвідчених медичних сестер і допомога в обслуговуванні поранених і хворих.

Цей рух був створений княгинею Олександрою Миколаївною і принцесою Терезією Ольденбургською, які в 1844 р. організували в Петербурзі першу групу сестер милосердя. При Святотроїцькій громаді функціонували лікарня й відділення сестер милосердя. Подібні ідеї ширилися імперією й знаходили реалізацію у тих губерніях, які складали Україну.

Та все ж переломними подіями в історії українського суспільства в ХІХ ст. стало скасування кріпосного права та земська реформа 1864 року. З діяльністю земських органів самоуправління пов'язують значні кроки в організації охорони здоров'я. Завдяки їм було введено в практику медичне страхування, яке дозволяло забезпечити медичною допомогою бідне населення, передбачався патронаж хворих за рахунок міського бюджету. Нестача стаціонарних місць у лікарнях детермінувала ініціативу організації «посімейного піклування про хворих» (хворі розподілялись між сім'ями селян або між міськими жителями, за догляд господарям виділялись кошти з органів міського самоуправління). Під їх опікою здійснювався і спеціальний патронаж хронічних соматичних хворих і душевнохворих.

У цей період особливу увагу найбільш вразливим категоріям населення приділяли приватні особи. Завдяки зусиллям українських промисловців і фінансистів Г. Гелеловича, І. Бродського, Ф. Василевського та ін., створювалися дитячі санаторії в Євпаторії, лікувальні установи в Одесі, протитуберкульозні санаторії в Криму та під Києвом. На кошти Л. Бродського був створений Бактеріологічний інститут Товариства боротьби з інфекційними хворобами; у Києві побудовані лікарня Товариства надання допомоги хворим дітям та лікарня для хронічно хворих дітей.

Щоб запобігти хворобам, підтримати беззахисних і найбільш вразливих, створювалися притулки для дітей-сиріт та богадільні для літніх, немічних і самотніх. Наприклад, купець М. Дехтярьов за власні кошти здійснив будівництво багатокорпусної богадільні у м. Києві, яка надавала притулок літнім і хворим.

Г. Гладішок пожертвував свою київську садибу для відкриття лікарні для хронічних хворих.

У другій половині XIX ст. лікар Т. Яновський власним коштом орендував будинок поруч з київською лікарнею і влаштував у ньому перше на той час реабілітаційне відділення. Тут не тільки надавали притулок хворим, які приїхали до Києва на лікування та не могли бути госпіталізовані через брак вільних місць, але влаштовували й тих, хто після лікування не здатний був працювати.

У 1878 р. у Києві було засновано Маріїнську общину сестер милосердя Товариства Червоного Хреста. Вона існувала на кошти благодійних пожертв приватних осіб, за рахунок яких розширювала свої можливості. Поставивши за основну мету допомогу незаможному населенню, Маріїнська община відкривала безкоштовні лікарні для зубожілих хворих.

Куди більш показовим у плані створення соціально-медичного патронату був радянський період. Після революції 1917 р. була узаконена передача лікарняним касам медичних закладів і прийняте Положення про страхування на випадок хвороби. У той час основним завданням медико-соціальної допомоги проголошується робота з працевлаштування й навчання інвалідів; забезпечення пенсіями інвалідів війни, непрацездатних; організація кас взаємодопомоги в колгоспах; надання допомоги сліпим і глухим; сприяння кооперативам інвалідів. У 20-30 роках XX століття отримують розвиток різні кооперативи й громадські організації людей з обмеженими фізичними можливостями: Українське товариство сліпих, об'єднання глухонімих. Ці громадські організації створювали артіль і кооперативи, розв'язуючи в такий спосіб питання залучення інвалідів до праці. Вони сприяли проведенню державними органами заходів лікувального характеру, реабілітації протезування, навчання, перенавчання і спрямування на роботу. Ці організації користувалися низкою пільг при оподаткуванні, оренді приміщень, медико-санітарному обслуговуванні, квартплаті і т.д.

У період Другої світової війни надзвичайне значення мала діяльність Червоного Хреста України, активісти якого брали безпосередню участь у наданні допомоги пораненим і хворим воїнам у госпіталях, а також населенню, яке постраждало від військових дій. Значна увага у роки війни приділялася соціальній

реабілітації поранених. Вживалися екстрені заходи не тільки для їх евакуації, але й для реабілітації у спеціальних будинках для інвалідів, що почали створюватися з 1942 року. Тут велась підготовка колишніх воїнів до трудової діяльності, надавалася можливість отримати нову професію, пройти перекваліфікацію.

У післявоєнний період, паралельно з відбудовою народного господарства впроваджувалися заходи щодо медико-соціальної підтримки населення. Наприклад, у 1956 р. уряд прийняв рішення про створення інтернатних установ для інвалідів війни і праці, пенсіонерів. А в 1961 р. змінюється порядок організації лікарсько-трудової експертизи; надання протезно-ортопедичної допомоги; працевлаштування й професійного навчання інвалідів тощо. Загалом система соціальної підтримки, яка склалася в країні до середини 80-х років ХХ століття, охоплювала широкі верстви населення і надавала всім, хто потребував, мінімум соціальних гарантій.

На початку дев'яностих років двадцятого століття почали створюватися перші заклади комплексної медико-соціальної допомоги – територіальні центри, центри медико-соціальної реабілітації дітей та молоді, медико-консультативні пункти та ін. У цьому напрямку працюють також громадські організації, церква, волонтери.

Подальше вдосконалення управління соціальною сферою потребувало реформування та розроблення низки державних нормативно-правових документів.

Першими з них стали затверджені Указом Президента України 18 жовтня 1997 р. «Основні напрями соціальної політики на 1997-2000 роки», які визначили стан та тенденції соціального розвитку України, стратегічні цілі та пріоритетні напрями соціальної політики. Зокрема, це гарантування конституційних прав громадян на соціальний захист, освіту, охорону здоров'я; вплив на демографічну ситуацію в напрямку підвищення народжуваності та зниження смертності населення, особливо дитячої, збільшення тривалості життя та ін.

Безпосередньо становленню інституту медико-соціальної роботи в Україні сприяло прийняття Закону України «Про соціальні послуги» (№966-ІУ від 19.06.2003 р.). Серед низки

послуг, що надаються громадянам, які перебувають у складних життєвих ситуаціях, документом визначено соціально-медичні послуги – консультації щодо запобігання виникнення та розвитку можливих органічних розладів особи, збереження, підтримка та охорона її здоров'я, здійснення профілактичних, лікувально-оздоровчих заходів, працетерапія. Ці заходи реалізуються соціальними працівниками за місцем проживання людини, у стаціонарній установі, реабілітаційних закладах, центрах денного, тимчасового або постійного перебування, територіальних відділеннях надання соціальних послуг.

Отже, наведені факти свідчать про те, що тісна медико-соціальна взаємодія має тривалу історію та продовжує формуватися як важливий соціальний інститут на сучасному етапі.

РОЗДІЛ 2.

ВІТЧИЗНЯНИЙ І ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ЗВ'ЯЗКІВ СОЦІАЛЬНОЇ ІНЖЕНЕРІЇ ТА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Зарубіжна модель підготовки соціальних працівників у контексті соціально-медичного спрямування та соціальних і медичних проблем населення

Становлення соціальної роботи у сфері охорони здоров'я зумовлено кількома причинами: демографічними викликами в багатьох країнах, старінням націй і погіршенням здоров'я населення, необхідністю вирішення проблем соціально-медичного характеру на якісно новому рівні. У багатьох країнах світу соціальна робота стала обов'язковим компонентом сфери охорони здоров'я, у межах якої соціальний працівник здійснює соціальний захист пацієнтів через систему соціального страхування, надає психологічну підтримку, здійснює рекреаційну діяльність.

Натепер здоров'я уже не розглядається як суто медична проблема. До того ж вважається, що комплекс медичних аспектів становить лише незначну частину феномена «здоров'я». Наприклад, узагальнені підсумки досліджень залежності здоров'я людини від різних чинників впливу доводять, що рівень розвитку й стан системи охорони здоров'я у певному суспільстві зумовлює в середньому лише близько 10% усього комплексу впливів. Решта 90% припадає на умови середовища (близько 20%), спадковість (близько 20%) і найбільше – на спосіб життя (50%). Отже, традиційне розуміння прямої залежності стану здоров'я населення від розвитку медицини і системи охорони здоров'я не відповідає дійсності.

У виникненні й розвитку значної кількості захворювань соціальні фактори відіграють якщо не основну, то визначальну роль. Тому профілактика виникнення й прширення захворювань, ефективна боротьба з ними неможливі без активного виявлення та усунення несприятливого впливу соціальних факторів. Усе це підтверджує важливість соціальної роботи у сфері охорони здоров'я. Відповідно до суспільних потреб постає необхідність

підготовки висококваліфікованих фахівців у сфері надання соціально-медичних послуг.

У всьому світі система соціальної освіти вимагає змін і потребує вдосконалення. Фахівців для соціальної сфери потрібно готувати так, щоб вони були здатні усунути негативні соціальні вияви в суспільстві. А це можливо лише в таких навчальних закладах, які «тримають руку на пульсі» сучасних тенденцій розвитку соціальної сфери, зокрема й зарубіжних провідних вишах.

У більшості західних країн соціальна робота в охороні здоров'я і в сфері психічного здоров'я в кінці XIX ст. була тісно пов'язана з медичною чи психіатричною практикою, часто розглядалося як пропозиція практичної допомоги або консультації пацієнтів, що потребують госпіталізації. Соціальні працівники надавали послуги, які були необхідні в той час. Відтоді багато чого змінилося, оскільки професія виокремлюється й розвивається, у різних країнах професійна підготовка соціальних працівників здійснюється відповідно до вимог сучасного суспільства.

Для прикладу у **США** соціальні працівники, зайняті у сфері охорони здоров'я та медичного догляду, становлять найчисельнішу групу після сімейних соціальних працівників. На етапі зародження медико-соціальної роботи основним завданням соціальних працівників у лікарнях було відстеження «контактів» венерично хворих та хворих на туберкульоз осіб з метою запобігання поширенню цих хвороб. Сьогодні медичні соціальні працівники працюють не лише у державних чи приватних лікарнях, але й у центрах здоров'я, які функціонують на рівні громад, центрах охорони здоров'я матерів і дітей, центрах фізичної реабілітації та ін. Вони займаються консультуванням хворих на СНІД, відвідують невиліковно хворих вдома, організують і здійснюють керівництво діяльністю груп підтримки та самопомоги, реалізують різноманітні програми профілактики у сфері охорони здоров'я.

Важливим завданням медичних соціальних працівників у США є створення спільно з медичним персоналом оптимальних умов для фізичного та емоційного одужання пацієнтів. Соціальні

працівники визначають потреби пацієнтів, здійснюють догляд за ними після госпіталізації, допомагають їм упоратися з особистими та емоційними проблемами, пов'язаними з хворобою. Згідно з даними Бюро трудової статистики, у США третє місце за кількістю – близько 137 тис. – займають соціальні працівники, які працюють у сфері психічного здоров'я. Вони допомагають людям вирішувати широке коло проблем: від подолання звичайного стресу, алкогольної чи наркотичної залежності і до лікування важких психічних хвороб.

Соціальні працівники допомагають клієнтам зрозуміти причини емоційного виснаження, стресів, знайти відповідні методи боротьби з ними, надають у їх розпорядження наявні у громаді й суспільстві ресурси. До практичної діяльності у цій сфері допускаються лише найбільш кваліфіковані соціальні працівники, які отримали відповідну освіту та мають ступінь підготовки не нижче магістра. Обов'язковою вимогою практичної діяльності є отримання ліцензії у штаті, де вони працюють.

Розглянемо досвід підготовки соціального працівника до медико-соціального обслуговування населення європейських країн, виходячи із їх соціальних і медичних проблем. Цікавим є досвід соціальної роботи у Скандинавських країнах. Наприклад, серед медико-соціальних проблем Данії наркоманія становить значну проблему в сфері медико-соціальної роботи. Існують три напрямки роботи з наркозалежними: перший – співпраця муніципалітетів з медичними установами та соціальними службами (взаємний обмін інформацією). Співробітники відділення поліції при виявленні злочину пишуть рапорт, виявлені реєструються у відділенні поліції для того, щоб їм можна було допомогти. Часто молоді люди потрапляють у такі ситуації у зв'язку з сімейними проблемами, у такому випадку соціальні працівники надають допомогу всій сім'ї. Другий напрям – це робота зі школами. Проводяться тематичні бесіди, виявляються «проблемні» учні, яким надається необхідна допомога. Третій напрям – освітня діяльність для дорослих і молоді в різних навчальних закладах. Профілактична робота в школах діє в рамках системи SSP (школа- соціальні служби, поліція), яка функціонує близько 35 років. На сьогодні всі установи єдині в розумінні

цілей, проводиться обмін інформацією з обов'язковим дотриманням конфіденційності.

У цій країні працює проект «Через стіну» з наркоманами, які потрапили у в'язницю. Мета програми – створити та укріпити мотивацію до змін ув'язнених.

Соціальними працівниками Данії ведеться робота з наркозалежними з підвищення їх освітнього рівня щодо наркотиків. Застосовуються такі методи: мотиваційна бесіда, когнітивна терапія, запобігання рецидивів. Використовується програма корекції соціальних помилок, що дозволяє розвіяти міфи, стереотипи поведінки та знайти альтернативний шлях вирішення проблем.

Успішно діє організація «U-turn» (Повернення) – це консультаційний центр Копенгагенського муніципалітету для молодих наркоманів та їхніх батьків. Соціальні працівники анонімно надають послуги з консультування та супроводу. У цьому напрямку також працюють центр для наркоманів ДУГНАК, а також школа імені Кофорда («Школа життя») – центр для людей з екзистенціальними проблемами.

Отже, для забезпечення ефективної роботи щодо попередження наркоманії серед неповнолітніх у Данії визнано за необхідність об'єднання зусиль чотирьох інституцій (школи, соціальної служби, поліції, медичного закладу) і налагодження між ними стійких партнерських відносин.

Подібні медико-соціальні проблеми існують у **Швеції** і розв'язуються вони також за участі соціальних працівників. Наприклад, одним із пріоритетних напрямків медико-соціальної роботи у Швеції є профілактика вживання наркотиків. Головне завдання зараз – сформувати в молоді правильну модель поведінки у ставленні до наркотиків, особливо у школах. Покарання за наркозлочини передбачають штраф (неважкі злочини) і позбавлення волі до 10 років (за важкі злочини). Кримінальна відповідальність неповнолітніх за наркозлочини настає з 15 років. Поліція використовує в роботі міжвідомчий підхід (концепція міжвідомчої взаємодії була підписана 2004р.). Наприклад, соціальний працівник працює в одному відділі з поліцейськими, здійснюється зв'язок з лікарями. Обов'язково

наявний зворотний зв'язок соціальних служб щодо роботи з неповнолітніми правопорушниками.

Водночас у Швеції відсутні в'язниці для неповнолітніх, але функціонують закриті спеціальні центри. Міжвідомча взаємодія в цих закладах здійснюється завдяки співпраці поліції з прокуратурою, лікувальним установами, соціальним службами. Соціальний працівник представляє план соціального супроводу й виправлення правопорушника, виходячи із потреб конкретного клієнта, його здоров'я та мотивації.

З метою розв'язання проблем ВІЛ/СНІДу, у Швеції існує Фонд (недержавна організація), який надає підтримку людям, що живуть з ВІЛ та іншими інфекційними захворюваннями, а також здійснює профілактичну роботу в країні та за її межами. У Швеції приблизно 5 тис. носіїв ВІЛ, причому 56% з них – мігранти, 13% – інфікувалися через вживання наркотиків. Слід зазначити, що в цій країні дуже мало людей помирає від СНІДу. В роботі з цією категорією осіб соціальними працівниками реалізуються такі функції: підтримка ВІЛ-позитивних осіб, проведення вторинної профілактики, надання психотерапевтичних послуг, сімейна терапія, організація дозвілля, соціальна допомога, яка часто виконується силами волонтерів.

Швеція – країна з класичною європейською системою соціальної роботи. У 2005 р. уряд видав законопроект щодо входження національної системи вищої освіти до Болонського процесу. Відповідно до цього законопроекту, шведська вища освіта поділяється на три рівні:

- основний рівень , якому відповідає учений ступінь бакалавра – 3,5 роки навчання на базі загальної середньої освіти;
- просунутий , якому відповідає учений ступінь магістра – 2 роки навчання на базі бакалаврату;
- докторський або дослідницький рівень – 2 роки навчання на базі магістратури.

Підготовка майбутніх соціальних працівників на основному рівні відбувається ступенево упродовж усього періоду навчання. Перший ступінь (основний курс) розрахований на чотири семестри (два роки), дає загальну теоретичну базу професії включно із опануванням теорії та методів соціальної роботи,

основ загальної та вікової психології, соціології, політології, юриспруденції та ін. Студент повинен успішно скласти іспити, щоб його допустили до «польової роботи» (практичної роботи) – другого ступеня підготовки.

Другий ступінь – практична робота, яку студент проходить у 5-му семестрі, триває 20 тижнів та є безперервною. Метою практичної роботи, по-перше, є перетворення теоретичних знань у систему професійних умінь і навичок, практичне оволодіння професійними функціями. У кінці 5-го семестру студент має визначитися зі спеціалізацією своєї майбутньої професійної діяльності. Отже, практична робота має на меті розділення базових теоретичних курсів з основ соціальної роботи та курсів поглибленого вивчення спеціалізації.

Третій ступінь передбачає вивчення поглиблених теоретичних курсів з різних напрямів спеціалізації у 6-7 семестрах.

Логіку підготовки соціальних працівників у Швеції можна розглянути на прикладі Гетеборзького університету, який надає такі спеціалізації:

- робота з людьми з девіантною поведінкою;
- робота соціального працівника в школі;
- робота соціального працівника в пенітенціарній системі;
- робота соціального працівника в закладах охорони здоров'я;
- робота соціального працівника з емігрантами;
- робота соціального працівника на підприємстві;
- наукова діяльність у сфері соціальної роботи.

Під час вивчення поглиблених теоретичних курсів студент має написати дипломний проект за своєю спеціалізацією та захистити його, після чого йому видають диплом бакалавра соціальної роботи. На просунутому рівні введено нову програму підготовки магістрів, яка бере за основу стару програму, але триває не один рік, як раніше, а два роки.

Варто зауважити, що більшість навчальних закладів Швеції підтримує тісний контакт зі школами та центрами соціальної роботи в зарубіжних країнах, а також з міжнародними організаціями. З метою підвищення рівня підготовки майбутніх спеціалістів для соціальної сфери у Швеції розроблена й

ефективно функціонує програма обміну, яка передбачає можливість проходження студентами практики й стажування в інших країнах, зокрема в Німеччині та Великій Британії.

Наповнення освітніх програм та курсів суголосне зі звітами Національної ради зі здоров'я та добробуту, у якому подається детальний огляд соціальних проблем та можливих шляхів соціальних перетворень. У цьому звіті зазначаються основні напрями соціальної роботи, соціальні проблеми та найбільш вразливі соціальні групи, з якими працюватимуть соціальні працівники. Зокрема, це – безробітні, бідні, діти та молодь, що живуть у фостерних сім'ях, люди похилого віку, хворі (психічно хворі, наркозалежні, алкоголіки та ін.). З урахуванням зазначених соціальних проблем формується зміст теоретичних дисциплін та практичного навчання студентів (не менше 20 тижнів навчального плану), яке забезпечує: 1) отримання досвіду роботи з клієнтом; 2) інтеграцію в професійне середовище соціальної роботи та формування ставлення до професії; 3) проникнення в суть професії; 4) усвідомлення власної ролі в соціальній роботі.

Важливою складовою навчання соціальних працівників у Швеції є підготовка до використання технологій медико-соціальної роботи. До навчальної програми майже всіх ВНЗ обов'язково входить курс «Особі з обмеженими можливостями», адже соціальна робота з цією категорією населення Швеції є однією з пріоритетних згідно з національною соціальною політикою. Цей курс триває 20 тижнів (30 кредитів ECTS), складається з чотирьох модулів, по 5 тижнів кожен. Студенти можуть обирати час проходження цього курсу і допускаються до нього за умов успішного попереднього засвоєння основ соціальної роботи та педагогіки.

Мета курсу «Особі з обмеженими можливостями» – надати майбутньому фахівцю всебічні знання з розуміння соціально-психологічних та побутових умов, у яких живе особа з обмеженими можливостями.

➤ Модуль 1. Особи з обмеженими фізичними можливостями. Курс зосереджено на проблемі фізичних відхилень, інвалідності. Інвалідність розглядається з історичної, соціокультурної та гендерної позиції. Студенти знайомляться з

умовами та якістю життя людей з фізичними обмеженнями у контексті соціально-економічних факторів, опановують основні методи та технології роботи з цією категорією осіб.

➤ Модуль 2. Особи із затримкою психічного розвитку (нездатні до навчання). Завдання курсу – надати студентам знання про умови та спосіб життя осіб із затримкою психічного розвитку; ознайомити з особливостями поведінки, специфікою потреб та факторами, що здійснюють визначальний вплив на життєдіяльність осіб, які належать до цієї групи.

➤ Модуль 3. Особи з хімічною та наркотичною залежністю. У цьому модулі розглядаються соціальні, біологічні та психологічні аспекти хімічної та наркотичної залежності. Подається класифікація адиктивних речовин та існуюча нормативна база у галузі протидії розповсюдженню та вживанню адиктивних речовин, а також соціальні наслідки їх вживання. Студенти вивчають особливості соціальної роботи та моделі допомоги особам з хімічною чи наркотичною залежністю.

➤ Модуль 4. Соціальна психіатрія. Під час вивчення курсу студенти поглиблюють знання з основ психіатрії, проблеми психічних відхилень та ін. Досліджують вплив соціальних факторів на якість життєвих умов осіб з психічними захворюваннями.

Отже, підготовка майбутніх соціальних працівників до медико-соціальної роботи є невід’ємною складовою навчальних планів ВНЗ Швеції.

Надзвичайно цінним для України є вивчення та використання провідних ідей британського досвіду підготовки соціальних працівників до роботи в медичній сфері. В цій країні вона розпочалася в 1929 році на базі Лондонської соціологічної школи, де був започаткований курс психічного здоров’я людини. Читання цього курсу забезпечували провідні психологи, психіатри, а також досвідчені практичні соціальні працівники. У 1954 році був відкритий прикладний курс занять з соціальної роботи в Лондонській школі економіки. Студенти мали можливість отримати спеціальність соціальних працівників медичних закладів за індивідуальною програмою навчання.

На сьогодні у Великій Британії сформована оригінальна структура підготовки фахівців соціальної роботи, яка

представлена різнорівневою багатоступеневою системою. Перші чотири ступені – недипломовані соціальні працівники, які безпосередньо забезпечують обслуговування клієнтів у різних соціальних закладах. П'ятий і шостий ступені – дипломовані спеціалісти соціальної роботи, які пройшли відповідну підготовку в університетах чи коледжах.

Більшість навчальних закладів Великої Британії не готують фахівців соціальної роботи широкого профілю, тому майже в кожному ВНЗ розроблена своя специфічна програма підготовки фахівців до конкретного виду діяльності, яка реалізується за денною, заочною чи дистанційною формою навчання.

Наприклад, підготовка бакалаврів мистецтв та соціальних наук у сфері охорони здоров'я та соціальної опіки за дистанційною формою навчання (на прикладі Відкритого Університету) передбачає 2, 3 або 4-річну освітню програму. Для отримання ступеня бакалавра необхідно набрати 360 кредитів навчального плану: простий ступінь бакалавра – 240 кредитів 2-го або 3-го рівня, ступінь бакалавра з відзнакою – ще 120 кредитів 3-го рівня. На 1-му та 2-му рівнях студенти вивчають обов'язковий теоретичний курс «Розуміння системи охорони здоров'я та соціальної опіки» (60 кредитів, 1-й рівень) та вибіркові курси (всього слід набрати 120 кредитів з дисциплін 2-го рівня та 60 кредитів – курсів 3-го рівня).

Одним із головних напрямків медико-соціальної роботи у Великобританії є робота з людьми похилого віку. Медико-соціальну допомогу таким категоріям осіб надають не тільки в лікарнях, але й у будинках для людей похилого віку (що перебувають у підпорядкуванні органів управління соціальних служб, добровільних організацій, приватних агентств), будинках для інвалідів, гуртожитках-притулках, гуртожитках готельного типу та ін. Проте висока вартість медичного обслуговування, особливо лікарняного, зумовила створення альтернативних форм допомоги людям похилого віку за програмами медико-соціального обслуговування вдома. Вони реалізуються багатопрофільними бригадами, у складі яких працюють соціальний працівник, медична сестра загальної психіатричної служби, лікар загальної практики, геронтолог, патронажна сестра,

організатор допомоги вдома, психолог-клініцист. Бригадна робота передбачає ведення конкретного випадку – вивчаються поведінкові характеристики для визначення ступеня соціальної та психологічної вразливості клієнта; розробляється індивідуальний план, що враховує потреби пацієнта тощо.

Останніми роками у Великобританії значна увага приділяється організації соціальної роботи з тими людьми, що помирають, або які втратили близького. Незважаючи на те, що робота з цією категорією клієнтів вимагає співробітництва соціальних працівників з іншими фахівцями (медиками, психологами), усе ж їх важлива роль у цьому плані є загально визнаною. Основне завдання соціальних працівників – допомогти помираючій людині зберегти почуття самоповаги, зробити неминучу у таких випадках фізичну й емоційну регресію більш-менш контрольованою, полегшити душевні страждання людини. В роботі з людьми, які зазнали втрати, соціальні працівники допомагають усвідомити реалії, відновити втрачені соціальні контакти, завязати нові стосунки, визначити цілі в житті.

Важливим напрямком медико-соціальної роботи у Великобританії є робота з психічно хворими. Основний вид діяльності соціальних працівників у сфері психіатрії – профілактика психічних захворювань, яка передбачає 3 рівні.

➤ По можливості виключення або зниження ризику психічних захворювань. Незважаючи на те, що повної одностайності у психіатрів щодо причин психічних захворювань до цього часу не досягнуто, соціальні працівники переконані, що багато факторів мають соціальний характер: бідність, хвороби, неповноцінне харчування. Емоційні проблеми найчастіше є результатом стресів, зумовлених економічними проблемами, а частота і ступінь серйозності психічних захворювань обумовлені зростанням безробіття. Отже, профілактика психічних захворювань безпосередньо пов'язана з профілактикою соціальних проблем.

➤ Підвищення міри супротиву людини до психогенних чинників. Клінічний соціальний працівник виділяє групи підвищеного ризику серед населення і надає профілактичну

допомогу, яка є результатом розробки й реалізації програм, що допомагають людям усвідомити міру ризику, отримати інформацію про доступну для них допомогу або навіть змінити сприйняття своєї психічної недуги. Надзвичайно важливо допомогти людині до того, як симптоми захворювання стануть аж надто явними.

➤ Участь у самому курсі лікування чи реабілітації психічно хворих людей. У більшості зарубіжних центрів психічного здоров'я соціальні працівники є учасниками «команди», яка об'єднує лікарів-психіатрів, психологів та інших професіоналів. На відміну від інших фахівців, тільки соціальний працівник здатний знайти необхідні соціальні ресурси, щоб підтримати пацієнта та повернути його до нормального життя. Ефективність діяльності соціальних працівників залежить від знань психіатрії, законодавства в галузі психічного здоров'я, впливу навколишнього середовища на психічне здоров'я, його умінь працювати разом з іншими фахівцями.

У Великобританії ще з 1939 р. функціонують Кемпхільські громади (їх засновником є К. Кеніг, який організував перший лікувально-педагогічний центр для психічно хворих у м. Кемпхіл). Існують різні форми Кемпхільських співтовариств: школи для дітей, які потребують особливого догляду; коледжі для освіти й навчання молоді; учнівські майстерні; товариства взаємодопомоги для людей з розумовими й фізичними вадами різного ступеня; села для дорослих. Зараз у Кемпхільському селі «Боттон» живуть і працюють спільно близько 400 осіб, з них 200 селян з психічними порушеннями. У селі є шість фірм, різні ремісничі майстерні, друкарня. На сьогодні існує близько 100 Кемпхільських центрів і сіл у 20 країнах світу.

Саме тому цікава структура й програма підготовки соціальних працівників у медико-соціальній сфері Великобританії. Структура підготовки дипломованих фахівців соціальної сфери у Великій Британії визначається Центральною радою з питань навчання й підготовки в соціальній роботі, яку було створено в 1983 році.

<p>Окремий дворічний курс із підготовки фахівців соціальної роботи з отриманням диплому практичного соціального працівника (Dip SW)</p>	<p>Окремий дворічний курс із підготовки фахівців соціальної роботи з отриманням диплому практичного соціального працівника (Dip SW) та graduate ступеня (бакалавр) після попереднього дворічного базового навчання</p>	<p>Окремий дворічний курс із підготовки фахівців соціальної роботи з отриманням диплому практичного соціального працівника (Dip SW) та post-graduate ступеня (магістр) після попереднього чотирирічного базового навчання</p>
---	--	---

Рис. 7. Модель професійної підготовки соціального працівника у Великій Британії

У традиційних освітніх закладах абітурієнтам пропонують денні програми з дворічним, іноді трирічним терміном навчання. Більшість навчальних закладів Великої Британії не готують фахівців соціальної роботи широкого профілю, тому майже в кожному ВНЗ розроблена своя специфічна програма підготовки спеціалістів для конкретного виду діяльності. Проте, незалежно від спеціалізації, майже в усіх навчальних закладах обов'язково вивчаються такі дисципліни: психологія (загальна, вікова, соціальна), філософія, соціологія, соціальні структури, соціальна політика, управління, право, соціальне законодавство, теорія і практика соціальної роботи, філософія соціальної роботи, етика та ін.

Широко використовуються спецкурси навчальних дисциплін для підготовки соціального працівника. Їх досить багато, але разом з тим визначені певні державні стандарти, за якими ВНЗ надає такі спеціалізації:

- робота з дітьми й підлітками;
- робота з правопорушниками й ув'язненими;
- робота з хворими (у системі охорони здоров'я);
- робота з людьми з особливими потребами;
- робота з людьми похилого віку та ін.

Для кожної спеціалізації передбачені спецкурси, і студенти вивчають низку дисциплін для того, щоб зрозуміти ситуації, у яких люди живуть, а також щоб уміти надати відповідні до тієї чи тієї ситуації послуги. Ці дисципліни включають таку тематику: організація суспільства; потреби дитини для здорового розвитку; ознаки небезпеки, які вказують на те, що дитиною або дорослою людиною нехтують; злочинність і антисоціальна поведінка; природа дискримінації на основі недієздатності, статі, раси, мови або релігії; їх вплив на надання послуг для дітей та дорослих; шляхи, за допомогою яких споживачі соціальних послуг можуть подати скаргу у випадку, якщо послуги неадекватні; яка процедура розгляду та реагування на ці скарги та ін. Варто звернути увагу, що тематика цих курсів досить широко висвітлює питання, які пов'язані із соціально-медичною компонентою підготовки: потреби людей, які мають фізичні вади або проблеми з навчанням, чи поєднання таких проблем; проблеми, пов'язані з розумовими відхиленнями та можливості їх вирішення; потреби людей, які мають алкогольну чи наркотичну залежність; потреби ВІЛ-інфікованих осіб; надання соціальних послуг, послуг з охорони здоров'я.

У британській системі підготовки соціальних працівників значним здобутком є саме їх професійна практична підготовка, ефективність якої забезпечується чіткою координацією діяльності університетів і соціальних закладів; інтеграцією теорії та практики, різноманітністю моделей практичної підготовки, творчим застосуванням супервізії. У більшості навчальних закладів значний обсяг навантаження (від 40 до 50%) становить практика.

З 1991 року у вищих та середніх спеціалізованих навчальних закладах Росії ведеться підготовка фахівців нової спеціальності «Соціальна робота». «Державна система соціальної допомоги сім'ї та дитинству» – основний програмний документ, розроблений

Тимчасовим науково-дослідним колективом Міністерства освіти і Державним комітетом у справах сім'ї й демографічної політики, на базі якого розпочалася підготовка соціальних працівників.

Якщо розглядати російську модель вищої професійної освіти, то слід виділити три освітньо-кваліфікаційні рівні:

- підготовка бакалавра – 4 роки;
- підготовка спеціаліста – 5 років;
- підготовка магістра – 6 років.

Особливістю підготовки соціального працівника у ВНЗ Російської Федерації є широкий спектр спеціалізацій, які розділяють за предметом (об'єктом) діяльності та за галузевою ознакою. У структурі обов'язкової професійної підготовки бакалавра, спеціаліста й магістра введено розділ «Національно-регіональний (вишівський) компонент», який виділено в усіх циклах дисциплін.

З третього року навчання студенти мають можливість опанувати предмети з таких спеціалізацій:

- організація соціального захисту населення;
- соціально-економічна підтримка населення;
- соціально-правова підтримка населення;
- медико-соціальна робота з населенням;
- соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями;
- соціальна реабілітація дорослих з обмеженими можливостями;
- медико-соціальна допомога людям похилого віку та неповносправним в умовах стаціонарних закладів соціального обслуговування.

Варто зазначити, що спеціалізація випускників, здебільшого відповідає профільному спрямуванню ВНЗ, найбільша частина з яких готує спеціалістів-організаторів, управлінські кадри з соціальної роботи з населенням, у службі зайнятості, в галузі медико-соціальної допомоги громадянам.

Так, наприклад, у Східносибірському державному технологічному університеті навчальний курс «Зміст і методика соціально-медичної роботи» входить у цикл спеціальних дисциплін для підготовки студентів за спеціальністю «соціальна робота». Програма курсу розроблена відповідно до вимог

державного освітнього стандарту вищої професійної освіти і включає регіональний компонент. Завдання, які вирішуються в ході викладання цього курсу спрямовані на: оволодіння студентами змістом і методикою, а також нормативно-правовою базою соціально-медичної роботи, її цілей, об'єктів; використання в медико-соціальній роботі соціологічних, соціально-психологічних, правових, медичних та інших методів і знань, застосування отриманих знань у виробничій практиці, виборі спеціалізації; використання різних технологій соціально-медичної роботи в майбутній діяльності. Велика практична частина курсу присвячена організації соціально-медичної роботи в Республіці Бурятія і передбачає безпосереднє знайомство з її змістом і методикою в установах охорони здоров'я та немедичних організаціях міста Улан-Уде.

Складною науково-методичною проблемою в сучасних умовах є необхідність створення системи практичної підготовки соціальних працівників. У вишах Росії зроблена спроба структурування всіх активних форм навчання як важливих елементів практики. З цією метою в навчальних планах факультетів соціальної роботи передбачаються не тільки терміни для проходження практики на кожному курсі, але і відпрацювання теоретичних проблем на практичних заняттях.

2.2. Специфіка вітчизняної системи соціальних послуг та узгодження її зі сферою підготовки соціальних працівників до медико-соціальної роботи

Насамперед з'ясуємо структуру системи надання соціальних послуг як об'єкта державного управління. Проаналізуємо сучасний стан функціонування системи надання соціальних послуг і розглянемо сектори, якими вона управляється. Встановимо вітчизняні соціальні заклади, у яких відбувається соціальне обслуговування людей, які опинились в складних життєвих обставинах.

Задоволення потреб соціальними послугами людей, що опинилися у складних життєвих обставинах є одним із ключових завдань діяльності системи надання соціальних послуг.

Ефективність діяльності цієї системи напряму впливає на соціальну та політичну стабільність держави. З огляду на ці факти

є необхідність у вивченні всіх складових цього процесу та здійсненні більш ґрунтовного аналізу категорії «система надання соціальних послуг».

Вітчизняну систему надання соціальних послуг як об'єкт державного управління можна проілюструвати на розробленій К. В. Дубич спрощеній схемі:



Рис. 8. Схема системи надання соціальних послуг як об'єкта державного управління, розроблена К. В. Дубич

На сьогодні визнано, що термін «система надання соціальних послуг» – це складна, відкрита соціально-економічна система, яка складається з сукупності державних органів і недержавних організацій, діяльність яких спрямована на надання соціальних послуг особам, окремим соціальним групам, які перебувають у складних життєвих обставинах, не можуть самостійно їх подолати та потребують сторонньої допомоги.

Метою системи надання соціальних послуг є розв'язання життєвих проблем, від яких потерпають особи чи соціальні групи. Утім, основними цілями, на досягнення яких повинно бути спрямоване функціонування такої системи, має бути профілактика негативних соціально-економічних явищ, сутність яких полягає в попередженні, запобіганні виникнення складних життєвих обставин, формами реалізації яких є, зокрема, соціальна реабілітація, інтеграція, реінтеграція тощо.

Обов'язковими компонентами системи надання соціальних послуг є суб'єкти, об'єкта та зв'язки між ними. Відповідно до Закону України «Про соціальні послуги» суб'єктами, що надають соціальні послуг можуть бути державні, комунальні, недержавні заклади і організації, фізичні особи (див. Рис. 2). Тобто, суб'єктами, що надають соціальні послуги є підприємства, установи, організації, заклади незалежно від форми власності та господарювання, фізичні особи – підприємці, які відповідають критеріям діяльності суб'єктів, що надають соціальні послуга, а також фізичні особи, які надають соціальні послуги.

Система надання соціальних послуг складається з таких секторів :

➤ *державного*, до якого входять суб'єкти, що надають соціальні послуги, які знаходяться у державній власності і підпорядковані ЦОВВ;

➤ *комунального*, який включає установи і заклади комунальної власності, які надають соціальні послуги та знаходяться в підпорядкуванні відповідних органів місцевого самоврядування, наділених повноваженнями створювати такі установи, заклади та керувати ними.

➤ *недержавного*, до якого належать громадські, благодійні, релігійні організації та фізичні особи, діяльність яких пов'язана з

наданням соціальних послуг; управління недержавним сектором здійснюється в порядку, визначеному законодавством та відповідними статутами.

Незважаючи на те, що ст. 7 Закону України «Про соціальні послуги» передбачено, що суб'єкти, що надають соціальні послуги на договірних засадах можуть залучати для виконання цієї роботи інші підприємства, установи, організації, фізичних осіб, зокрема волонтерів, утім на тепер законодавством не передбачено реальну можливість надання соціальних послуг фізичними особами – підприємцями, що суттєво звужує на ринку надання соціальних послуг коло їх суб'єктів і знижує конкуренцію у цій системі.

До державних і комунальних соціальних установ і закладів належать:

- територіальні центри соціального обслуговування пенсіонерів та одиноких непрацездатних громадян;
- центри соціальних служб для молоді;
- центри зайнятості;
- центри професійної, медичної та соціальної реабілітації інвалідів;
- притулки для неповнолітніх;
- центри соціально-психологічної реабілітації неповнолітніх;
- будинки нічного перебування безхатьків;
- центри обліку безхатьків;
- соціальні готелі;
- центри соціальної адаптації;
- інші заклади.

Основними формами надання соціальних послуг є *матеріальна допомога* та *соціальне обслуговування*. Матеріальна допомога надається особам, що знаходяться у складній життєвій ситуації, у вигляді грошової або натуральної допомоги: продуктів харчування, засобів санітарії і особистої гігієни, засобів догляду за дітьми, одягу, взуття та інших предметів першої необхідності, палива, а також технічних і допоміжних засобів реабілітації.

Соціальне обслуговування здійснюється:

- за місцем проживання особи (вдома);
- у стаціонарних інтернатних установах та закладах;
- у реабілітаційних установах та закладах;

- в установах та закладах денного перебування;
- в установах та закладах тимчасового або постійного перебування;

- у територіальних центрах надання соціальних послуг;
- в інших закладах соціальної підтримки (догляду).

Соціальні послуги за місцем їх надання можна згрупувати в [5]:

➤ *стаціонарні* – соціальні послуги, що надаються постійно, тимчасово (на термін, визначений договором про надання соціальних послуг) або протягом п'яти днів на тиждень в умовах цілодобового перебування (проживання) отримувачів у надавачів соціальних послуг; отримувачі стаціонарних соціальних послуг забезпечуються житловим приміщенням;

➤ *напівстаціонарні* – соціальні послуги, що надаються їх отримувачу в приміщенні у надавача соціальної послуги протягом визначеного часу доби: з умовами для нічного перебування (проживання) отримувачів у надавачів соціальних послуг; із місцем для прийому або денного перебування осіб протягом визначеного часу доби;

➤ *у громаді* – соціальні послуга, що надаються за місцем перебування отримувачів, у тому числі на вулиці;

➤ *за місцем проживання* – соціальні послуги, що надаються в домашніх умовах отримувачів.

Соціальні послуга за *способом* я надання можна виокремити в :

➤ *базові* – соціальні послуга, що не передбачають надання постійної або систематичної комплексної допомоги (інформування, консультування, посередництво, надання притулку, представництво інтересів тощо);

➤ *комплексні* – соціальні послуги, що передбачають надання постійної або систематичної комплексної допомоги (догляд, влаштування до сімейних форм виховання, соціальний супровід/патронаж, кризове втручання, підірване проживання, реабілітація, соціальна адаптація, соціальна інтеграція та реінтеграція, соціальна реабілітація тощо);

➤ *технічні* – соціальні послуга, що надаються отримувачу, який має необхідність отримання натуральної допомоги (продукти харчування, засоби санітарії та особистої гігієни, засоби

догляду за дітьми, одяг, взуття та інші предмети першої необхідності, паливо, обробіток присадибних ділянок а також технічні та інші засоби реабілітації), транспортні послуги, сурдопереклад, тифлосурдопереклад тощо;

➤ *екстрені* – соціальні послуга, що терміново (протягом доби) надаються отримувачам, що потрапили в ситуацію, яка загрожує їх життю, здоров'ю тощо.

Соціальні послуги залежно від терміну надання поділяються на:

➤ *постійні* – соціальні послуги, що надаються не менше 1 разу на місяць більше 1 року;

➤ *тимчасові* – соціальні послуга, що надаються не рідше 1 разу на місяць до 1 року;

➤ *разові* – соціальні послуги, що мають разовий характер.

Ключовими *об'єктами системи соціальних послуг* є отримувачі таких послуг – особи, окремі соціальні групи, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати. Соціальні послуги можуть надаватися таким особам, соціальним групам як за плату, так і безоплатно.

Отримувачами соціальних послуг на безоплатній основі є (див. Рис 2.):

➤ громадяни, які не здатні до самообслуговування у зв'язку з похилим віком, хворобою, інвалідністю і не мають рідних, які повинні забезпечити їм догляд і допомогу;

➤ громадяни, які перебувають у складних життєвих обставинах у зв'язку з безробіттям і зареєстровані в державній службі зайнятості як такі, що шукають роботу, бездомністю, стихійним лихом, катастрофами, які є біженцями внаслідок збройних чи міжетнічних конфліктів, якщо середньомісячний дохід цих осіб нижчий, ніж встановлений прожитковий мінімум;

➤ діти й молодь, які знаходяться у складній життєвій ситуації у зв'язку з інвалідністю, хворобою, сирітством, безпритульністю, малозабезпеченістю, конфліктами й жорстоким ставленням у сім'ї.

Для отримання соціальних послуг, що надаються державними та комунальними суб'єктами, особа, яка їх потребує, має звернутися з письмовою заявою до місцевого органу виконавчої влади або органу місцевого самоврядування;

недержавними суб'єктами, особа, яка їх потребує, звертається до відповідного суб'єкта, що їх надає.

Важливими аспектами системи є: принципи надання соціальних послуг, а саме:

- адресності та індивідуального підходу;
- доступності та відкритості;
- добровільності вибору отримання чи відмови від надання соціальних послуг;
- гуманності;
- комплексності;
- максимальної ефективності використання бюджетних та позабюджетних коштів суб'єктами, що надають соціальні послуги;
- законності;
- соціальної справедливості;
- забезпечення конфіденційності суб'єктами, що надають соціальні послуги;
- дотримання суб'єктами, що надають соціальні послуги, державних стандартів соціальних послуг, етичних норм і правил тощо;
- механізми державного управління системою надання соціальних послуг.

Важливе місце у розробленні та реалізації принципів та механізмів державного управління системою надання соціальних послуг належить уповноваженим органам у системі соціального захисту населення, якими є:

- центральні органи виконавчої влади, що забезпечують формування й реалізацію державної політики у сфері соціального захисту населення, надання соціальних послуг (Мінсоцполітики) та його територіальні органи, які здійснюють управління, координацію у цій сфері;
- центральні органи виконавчої влади розробляють проекти нормативно-правових актів, що регулюють діяльність в системі надання соціальних послуг, зокрема встановлюють гарантований мінімум соціальних послуг, затверджують державні стандарти таких послуг, ведуть реєстр надавачів соціальних послуг, координують діяльність місцевих органів влади, здійснюють моніторинг дотримання законодавства щодо надання соціальних послуг;

➤ місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, формують пріоритети та забезпечують реалізацію державної політики в системі надання соціальних послуг; визначають потреби населення адміністративно-територіальних одиниць у соціальних послугах, їх видах і обсягах шляхом збирання, узагальнення та аналізу інформації про становище й життєві обставини особи або соціальної групи, оцінки впливу послуг на процес подолання складних життєвих обставин; розробляють, затверджують та фінансують комплексні регіональні цільові соціальні програми з надання соціальних послуг; здійснюють соціальне замовлення за рахунок коштів, передбачених цим Законом України «Про соціальні послуги» для фінансування соціальних послуг; забезпечують управління, контроль та координацію діяльності надавачів соціальних послуг; здійснюють моніторинг та оцінку якості соціальних послуг.

Центральні органи виконавчої влади, місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування під час організації надання соціальних послуг взаємодіють між собою, а також із суб'єктами, які надають соціальні послуга, іншими юридичними та фізичними особами. Важливими суб'єктами системи надання соціальних послуг є інститути не тільки держави, але й громадянського суспільства, які повинні мати право отримувати та аналізувати інформацію щодо надання таких послуг, брати участь у прийнятті відповідних рішень та здійснювати контроль за їх виконанням і моніторинг якості соціальних послуг.

До суб'єктів системи надання соціальних послуг, крім зазначених вище, слід віднести: державу, суспільство, людину, соціальні інститути, політичні партії, профспілки, осередки громадських і благодійних організацій, благодійні фонди, підприємств, ЗМІ, соціальних, інших професійних працівників, зацікавлені сторони (спонсори, меценати, роботодавці, науково-дослідні організації, фахівці, що розроблюють і реалізують політику в системі надання таких послуг).

Держава є ключовим суб'єктом державного управління системою надання соціальних послуг, яка має виконувати координувальну та організувальну роль у врегулюванні

суспільних відносин, процесів у цій системі. Держава порівняно з недержавними інститутами має значно ширші владні повноваження в цій сфері, які реалізуються відповідними органами державної влади шляхом державного управління. Держава з метою надання соціальних послуг, яке відноситься до її соціальної функції, використовує широкий спектр механізмів державного управління соціальними послугами. Сама держава має визначити умови функціонування ринку соціальних послуг та забезпечувати їх дотримання всіма суб'єктами, що надають соціальні послуги, оперативно та адекватно реагувати на внутрішні та зовнішні виклики, які кидає сьогодення. А відтак, їй належить вирішальна роль в процесі надання соціальних послуг.

Втім не слід перебільшувати значення держави в системі надання соціальних послуг. Залучення інститутів державного та недержавних суспільних секторів до здійснення моніторингу та проведення комплексного оцінювання результатів є передумовою та важливим чинником розвитку системи надання соціальних послуг. Моніторинг та оцінювання – це підсистема, результати якої є базою для розробленн, внесення змін, доповнень у ході визначення, корегування цілей у системі надання соціальних послуг.

Варто також відзначити, що розвиток системи надання соціальних послуг є частиною зобов'язань України щодо виконання Європейської соціальної хартії, в якій у частині 1.14 зазначено, що кожна людина має право користуватися послугами соціальних служб; а в ст. 14 визначено, що з метою забезпечення ефективного надання соціальних послуг країни, що приєдналися до цієї хартії, зобов'язуються:

- сприяти функціонуванню служб або створювати служби, які, завдяки використанню методів соціальної роботи, сприяли б підвищенню добробуту й розвитку як окремих осіб, так і груп осіб у суспільстві, а також їхній адаптації до соціального середовища;

- заохочувати окремих осіб та добровільні або інші організації до участі у створенні та функціонуванні таких служб.

Зважаючи на викладене вище можна констатувати, що система надання соціальних послуг є багатогранним складним

процесом, який потребує ефективних механізмів та інструментів державного управління, виваженої та послідовної державної політики з реалізації соціального захисту щодо громадян, які опинилися в складних життєвих обставинах та чіткої і послідовної взаємодії ЦОВВ, органів місцевого самоврядування та громадського сектору, що забезпечить доступність, ефективність та якість діяльності системи надання соціальних послуг в Україні.

Такий аналіз системи надання соціальних послуг в Україні дозволить збагнути суть підготовки майбутніх соціальних працівників у ВНЗ України, що здійснюється на основі Державного галузевого стандарту спеціальності «Соціальна робота». Вища освіта студентів цього фаху розглядається науковцями шляхом:

- аналізу особливостей професійного навчання соціальних працівників в Україні, визначення перспектив та формування системи підготовки та підвищення кваліфікації, вирішення дилеми – чи це навчання фахівців широкого профілю чи вузької спеціалізації;
- діагностики професійних здібностей, системи фахового відбору, визначення професійних ролей і функцій соціального працівника;
- формування професіоналізму й духовно-морального портрету особистості соціального працівника;
- дослідження психологічних проблем, ролі психологічних знань у структурі професійної підготовки соціальних працівників і психології соціальної роботи;
- формування професійної моделі соціального працівника та аналізу її окремих компонентів (професійної комунікативної компетентності, гуманності, толерантності тощо).

Тому підготовка студентів цього профілю у ВНЗ вимагає спеціальних систем організації навчання, що набули якісного розмаїття за кордоном і в Україні серед провідних наукових шкіл підготовки працівників соціальної роботи (Міжрегіональної академії управління персоналом, Національного університету «Києво-Могилянська академія», Українського католицького університету, Християнського дитячого фонду, Українського державного центру соціальних служб для молоді, Академії праці і соціальних відносин, Українського інституту соціальних

досліджень) і на кафедрах соціальної роботи багатьох інших вишів.

Наприклад, програма професійної підготовки за спеціальністю «соціальна робота» в Національному університеті «Львівська політехніка» розроблена для підготовки соціальних працівників фахівців-практиків широкого профілю. Ця програма ґрунтується на визначенні генералістичної практики як практичному застосуванні бази еkleктичних знань, професійних цінностей та широкого спектру умінь та навичок з метою здійснення впливу в мікро-, мезо- та макро- системах заради змін у контексті чотирьох основних процесів: прийняття широкого діапазону професійних ролей; використання незалежного, критичного мислення; дотримання процесу запланованих змін; акцентуванні на підтримці клієнта.

Підготовка соціальних працівників передбачає ступеневу систему професійної освіти соціальних працівників та здійснюється за такими освітньо-кваліфікаційними рівнями:

- бакалавр – 4 роки-навчання на базі загальної середньої освіти;

- магістр – 1.5 року навчання на базі бакалаврату.

Професійна підготовка соціальних працівників у Національному університеті «Львівська політехніка» має дві основні особливості: рання спеціалізація, коли професійно орієнтовані дисципліни починають читати з другого курсу рівня «бакалавр», що зумовлено великою кількістю таких дисциплін у програмі курсу; значна кількість годин практики у закладах соціальної сфери, що відповідає міжнародним стандартам і є необхідною умовою підготовки фахівців із соціальної роботи.

Підготовка соціальних працівників на освітньо-кваліфікаційному рівні «магістр» здійснюється за двома спеціалізаціями – «Соціальні технології» та «Соціальне управління».

Важливим кроком у становленні соціальної роботи в галузі охорони здоров'я, на нашу думку, є вивчення таких фахово-орієнтованих дисциплін, що мають інтегрований характер: «Основи реабілітації в соціальній роботі», «Актуальні проблеми соціальної роботи: узагальнення», «Соціальна геронтологія»; на

рівнях «спеціаліст» і «магістр соціальної роботи», окрім цихкурсів додаються «Соціальна робота в закладах охорони здоров'я» і «Технології збереження здоров'я у соціальній сфері».

Зокрема, метою навчального курсу «Технології збереження здоров'я у соціальній сфері» є: формування у майбутніх соціальних працівників компетентностей здоров'язбереження у самостійній професійній діяльності (через освоєння культури здоров'я, створення сприятливих здоров'язбережувальних умов навчання), оволодіння знаннями щодо змісту здоров'язбережувальної діяльності соціальних працівників і сучасних технологій збереження здоров'я, які застосовуються у соціальній сфері, загальнокультурних і професійних компетенцій у сфері проектування і впровадження здоров'язбережувальних технологій у практику соціальної роботи.

Цикл практичної підготовки студентів включає різні види практичної навчальної діяльності студентів:

➤ навчальні практики у межах семестрів, що організовані «блоками»: ознайомлювальна практика (семестр 4, тривалість два тижні) і практика соціальної роботи (семестри 6-й і 8-й, тривалістю п'ять тижнів кожна);

➤ навчально-дослідницький практикум, що проводиться на базі закладів соціальної служби і триває чотири семестри (роки навчання 3-й і 4-й) та відбувається один раз на тиждень протягом повного робочого дня. Практикум має на меті, зокрема, формування у студентів умінь здійснювати науковий пошук, у процесі якого вони мають змогу зібрати необхідний емпіричний матеріал для виконання індивідуальних завдань з професійно орієнтованих дисциплін, що мають науково-пошуковий характер, та написання курсової і дипломної робіт.

Проаналізувавши стан підготовки фахівців соціальної роботи у різних країнах можна виділити деякі спільні риси.

- По-перше, підготовка соціальних працівників здійснюється на основних освітньо кваліфікаційних рівнях – бакалавр та магістр у всіх вищезазначених країнах, з приблизно однаковим терміном навчання.

- По-друге, підготовка фахівців відбувається згідно з вузькими спеціалізаціями, які хоча й різняться залежно від

суспільних проблем окремої країни, проте питання підготовки соціальних працівників до надання допомоги в галузі охорони здоров'я є одним із провідних як для розвинених країн, так і для країн, які тільки розвиваються у контексті професійної соціальної роботи.

- По-третє, велика увага приділяється автономії вищих навчальних закладів у здійсненні як організаційної, так і науково-педагогічної роботи.

- По-четверте, практичній підготовці майбутніх фахівців соціальної роботи відведено значну частину всього резерву навчального часу.

Щодо досвіду України у підготовці фахівців соціальної роботи, то варто звернути увагу на те, що акцент робиться на підготовку генералістичних соціальних працівників і досить часто з ухилом в управлінську діяльність. Недостатньо розвиненою, на наш погляд, підготовка фахівців соціальної роботи для сфери охорони здоров'я. Хоча в навчальних програмах представлені спеціальні дисципліни, пов'язані з охороною здоров'я населення, однак не вирішеним залишається питання підготовки працівників вузької спеціалізації, зокрема в цій галузі.

2.3. Системоутворювальні та правові фактори надання соціальних послуг в Україні на сучасному етапі: реалії та рекомендації

Оцінка вітчизняного законодавчого забезпечення сфери соціальних послуг

Система надання соціальних послуг – це не тільки важливий елемент соціально-економічного та територіального вирівнювання регіонів і громад, її розвиток є частиною зобов'язань України щодо виконання Європейської соціальної хартії. Зокрема стаття 14 Хартії визначає, що країни, які до неї приєдналися, зобов'язуються: 1) сприяти функціонуванню служб або створювати служби, які, завдяки використанню методів соціальної роботи, сприяли б підвищенню добробуту і розвитку як окремих осіб, так і груп осіб у суспільстві, а також їхній адаптації до соціального середовища; 2) заохочувати окремих осіб

та добровільні або інші організації до участі у створенні та функціонуванні таких служб [2].

На виконання міжнародних зобов'язань нашої держави, а також відповідно до сучасних пріоритетів соціального розвитку, в Україні розпочалися системні трансформації національної соціальної політики, зокрема сфери соціального обслуговування населення за такими напрямками: 1) створення ефективної системи надання соціальних послуг, підвищення їх якості та рівня задоволення потреб отримувачів таких послуг; 2) оптимізація мережі установ та закладів, що надають соціальні послуги; 3) підвищення ефективності використання коштів та управління бюджетними видатками на соціальні послуги; 4) упровадження стандартів якості соціальних послуг; забезпечення контролю за якістю соціальних послуг на підставі впровадження державних стандартів та забезпечення контролю за їх дотриманням; 5) уведення ринкових механізмів у функціонування системи соціальних послуг та запровадження механізму соціального замовлення соціальних послуг недержавним інституціям, які визнаються як рівні суб'єкти надання соціальних послуг [3].

Оцінювати результативність трансформації системи соціальних послуг (перш за все, з точки зору її ефективності) зарано, проте є перші підсумки реформування, пов'язані зі змінами нормативно-правового забезпечення сфери соціального обслуговування.

По-перше, ідеться про стан законодавчого забезпечення сфери соціальних послуг. Сфера соціальних послуг в Україні регулюється, перш за все, Законами України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю», «Про соціальні послуги», «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» та ін. Її базові механізми розкриті в таких підзаконних актах як Порядок взаємодії суб'єктів соціальної роботи із сім'ями, які опинилися у складних життєвих обставинах (2006 р.), Порядок взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги та соціальних послуг дітям і молоді (2006 р.), Постанова КМУ № 1417 «Деякі питання діяльності територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг)» (2009), Загальне положення про центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

(2013 р.). У 2012 р. розпочато поступове скорочення обсягу соціального законодавства, гармонізацію та уніфікацію нормативних актів; узгоджуються термінологічні розходження та визначаються єдині принципи надання соціальних послуг.

По-друге, внесення змін до Законів України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії», «Про соціальні послуги», прийняття Закону України «Про громадські об'єднання» (22.03.2012 р.) створили підґрунтя для підвищення ефективності соціального обслуговування населення і дозволили:

- перейти від вузького розуміння соціальних послуг як діяльності закладів соціального обслуговування (перш за все, стаціонарних), до їх ширшого тлумачення як комплексу заходів щодо надання допомоги особам, окремим соціальним групам, які перебувають у складних життєвих обставинах (СЖО) і не можуть самотійно їх подолати[5];

- розширити визначення СЖО (обставини, спричинені інвалідністю, віком, станом здоров'я, соціальним становищем, життєвими звичками і способом життя, внаслідок яких особа частково або повністю не має (не набула або втратила) здатності чи можливості самотійно піклуватися про особисте (сімейне) життя та брати участь у суспільному житті), а отже і перелік груп, які мають право отримати соціальні послуги;

- запровадити інститут стандартизації соціальних послуг та законодавчо закріпити поняття показників якості соціальних послуг як основи для їх стандартизації;

- визначати потреби громади у соціальних послугах, їх видах та обсягах, та надавати послуги на підставі цих потреб, а не виходячи з інституційної спроможності місцевих закладів соціального обслуговування.

Тобто унормовано перехід від орієнтації на послуги, що надаються стаціонарними закладами, до обслуговування за місцем проживання та заходів із профілактики виникнення СЖО: запроваджений та розвивається інститут фахівців із соціальної роботи, які мають виявляти кризові сім'ї та з'ясовувати їх проблеми, надавати їм психологічну й правову допомогу, сприяти у працевлаштуванні, отриманні виплат і пільг тощо.

Водночас існує проблема: ступінь підготовленості фахівців до надання соціальних послуг часто є недостатнім як за освітньо-кваліфікаційним рівнем, так і за напрямками освіти. Це зумовлено, зокрема, відсутністю достатньої нормативної бази, яка б регулювала діяльність зазначеної категорії надавачів соціальних послуг. Хоча завдяки змінам до Закону «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» (Ст. 8) розширено коло осіб, для яких встановлені нормативи соціальних послуг; забезпечена можливість визначення переліку, видів, обсягів, норм та нормативів соціальних послуг, що надаються за рахунок державного та місцевого бюджетів.

Проте й на сьогодні існує нагальна потреба розробити механізм соціального замовлення для організацій недержавного й приватного секторів та унормувати диференційований підхід до оплати соціальних послуг. У зв'язку з цим потребують узгодження Закони України «Про соціальні послуги» та «Про місцеве самоврядування» (ст. 34 «Повноваження у сфері соціального захисту населення»), адже перелік власних і делегованих повноважень органів місцевого самоврядування відстає від змін у соціальному законодавстві, перш за все в частині, що регулює забезпечення соціального обслуговування (надання соціальних послуг) за місцем проживання. Потребує унормування й статус фахівців із соціальної роботи та їх стосунки з органами місцевого самоврядування. Закон України «Про місцеве самоврядування» визначає мінімальний рівень соціальних потреб як гарантований державою мінімальний рівень соціальних послуг на душу населення в межах усієї території України.

Соціальні послуги згідно з Законом України «Про соціальні послуги» – це комплекс заходів, спрямованих на розв'язання життєвих проблем і надання допомоги особам, окремим соціальним групам, які перебувають у складних життєвих умовах і не можуть самостійно їх подолати. Дефініція поняття «соціальні потреби», яку дає Закон України «Про місцеве самоврядування», дещо звужує соціальні гарантії та безпідставно обмежує конституційні права для всіх інших груп населення. До того ж, рівень потреб не може визначатися через обсяг гарантованих для їх задоволення послуг; навпаки, послуги мають ґрунтуватися на

потребах населення, причому конкретної територіальної громади. Закон України «Про місцеві державні адміністрації» відносить до повноважень місцевих органів влади, зокрема, здійснення функцій соціального захисту населення у ст. 17 п. 3 фіксує, що місцеві органи влади визначають необхідний рівень обслуговування населення відповідно до нормативів мінімальних соціальних потреб; проводять розрахунок коштів та визначають обсяг послуг, необхідних для забезпечення передбаченого законодавством рівня мінімальних соціальних потреб.

Оскільки в Законі не надано визначення мінімальних соціальних потреб, то слід застосувати дефініцію із Закону України «Про місцеве самоврядування». Отже, йдеться про те, що місцеві органи влади визначають обсяг послуг, необхідних для забезпечення гарантованого державою мінімального рівня соціальних послуг на душу населення в межах усїєї території України. Переконаємося у фактичній беззмисловності цієї норми, яка потребує перегляду. До того ж, централізоване встановлення «нормативу потреби» ігнорує реальні запити територіальних громад щодо соціального обслуговування, тобто суперечить принципу адресності соціальної підтримки. Наостанок, доцільно переглянути зміст ст. 22 та ст. 23 Закону України «Про місцеві державні адміністрації», а саме: перенести окремі пункти ст. 22 («Повноваження в галузі науки, освіти, охорони здоров'я, культури, фізкультури і спорту, материнства і дитинства, сім'ї та молоді»), що стосуються материнства і дитинства та сім'ї, до ст. 23 («Повноваження в галузі соціального забезпечення та соціального захисту населення»).

Стан системи підзаконних актів, що регулюють надання соціальних послуг в Україні

Нижче наведено аналіз документів та їх окремих положень, затверджених у 2012–2013 рр. у зв'язку зі внесенням змін до Закону України «Про соціальні послуги» та активізацією реформи соціальної сфери: 1. Зміни до Положення про Міністерство соціальної політики. Під час оптимізації центральних органів виконавчої влади Положення про Міністерство соціальної політики зазнало певних змін; зокрема до повноважень Мінсоцполітики були віднесені функції колишнього

Мінсім'ямолодьспорту щодо соціальної роботи із молоддю, сім'ями та дітьми. Тепер Мінсоцполітики відповідає за формування та реалізацію державної політики (серед іншого й організаційно-методичне керівництво структурними підрозділами місцевих державних адміністрацій з питань праці та соціального захисту) у сфері надання соціальних послуг сім'ям, які можуть опинитися або перебувають у складних життєвих обставинах та іншим соціально вразливим верствам населення. Водночас, категорія «сім'ї, які можуть опинитися у СЖО» не має законодавчого визначення й закріплення; отже, необхідно узгодити Положення з іншими документами, що регулюють надання соціальних послуг, перш за все з Законами України «Про соціальні послуги» та «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю», шляхом внесення до них терміна «особи (сім'ї), які можуть опинитися у складних життєвих обставинах». Необхідно встановити критерії визначення таких осіб (сімей) та обсяг соціальних послуг, які можуть бути їм надані.

Стандарти надання послуг соціальної підтримки населенню за принципом «єдиного вікна»

(Наказ Мінсоцполітики від 23.03.2012 р. № 158). Послуги, стандарти яких затверджено, належать, швидше, до адміністративних, та стосуються призначення компенсацій, пільг, виплат, видачі посвідчень окремим категоріям громадян. Отже, принцип «єдиного вікна» у соціальній сфері поки що реалізується лише в частині грошової підтримки осіб, які мають на неї встановлене законом право. Крім того, незрозумілим є співвідношення понять «послуги соціальної підтримки» та «соціальні послуги»: чи вони є тотожними, чи слід додатково закріпити термін «послуги соціальної підтримки» як різновид адміністративних послуг у соціальній сфері.

Методичні рекомендації щодо надання громадянам соціальної підтримки за принципом «єдиного вікна» та виїзної роботи «мобільного соціального офісу»

(Наказ Мінсоцполітики від 13.04.2012р. №137). «Офіс» рекомендовано створити при Управлінні з питань праці та соціального захисту населення для виїздного обслуговування громадян безпосередньо за місцем проживання. Прийом проводять фахівці підрозділів Управління, до роботи (за згодою)

якого долучаються представники органів Пенсійного фонду; центрів зайнятості; територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг), інших органів виконавчої влади чи місцевого самоврядування, установ та громадських організацій. Основні напрями роботи «офісу» (надання роз'яснень та інших інформаційно-консультативних послуг; прийом заяв та документів за принципом єдиного вікна, надання допомоги в їх оформленні; видання посвідчень, повідомлень тощо пільговим категоріям; збір та доведення до Управління пропозицій від населення щодо організації прийому; інші послуги, виходячи з потреб регіону) належать до адміністративних. Отже, доцільно узгодити функції «мобільного соціального офісу» з діяльністю Центрів надання адміністративних послуг задля уникнення дублювання видів послуг, що надаються.

Порядок розроблення державного стандарту соціальної послуги

(Наказ Мінсоцполітики від 16.05.2012 р. № 282) унормовує створення універсальних (державних) стандартів соціальних послуг. Стандарти встановлюють: рівність вимог до суб'єктів надання соціальних послуг незалежно від форми їх власності, механізм соціального замовлення для недержавних організацій, порядок фінансування наданих соціальних послуг. На сьогодні розроблені проекти окремих державних стандартів (догляду вдома та денного догляду і стаціонарного догляду дітей з вадами у фізичному та розумовому розвитку тощо). Створюються державні стандарти надання притулку бездомним особам; соціальної реінтеграції бездомних осіб; стаціонарного догляду громадян похилого віку та інвалідів; надання консультативних послуг; соціального супроводу та інші. Усе це є важливим з точки зору уніфікації та підвищення якості надання соціальних послуг. Такі стандарти дозволять покращити систему підготовки фахівців із різних аспектів соціальної роботи.

Стратегія реформування системи надання соціальних послуг

(Розпорядження КМУ від 08.08.2012 р.: № 556-р) визначає пріоритетні напрями удосконалення, соціального обслуговування: розширено перелік послуг, що надаються за місцем проживання;

вводиться оцінка потреб дитини та її сім'ї як обов'язкова умова планування та надання соціальних послуг з акцентом на підвищення батьківської компетентності; передбачено створений реєстрів надавачів і отримувачів соціальних послуг тощо, 13.03.2013 р. затверджено План заходів на 2013-2016 роки щодо реалізації Стратегії і – що важливо – встановлений графік ретельно виконується. План передбачає забезпечення поступового переходу до роздержавлення системи соціальних послуг, що є логічним та позитивним кроком. Водночас згідно з дослідженнями експертів Організації економічного співробітництва та частка некомерційного сектору в загальній кількості установ, що надають соціальні послуги, не перевищує 10 % через їх нерентабельність та некрибутковість; отже, державні (комунальні) установи однаково залишаться головними надавачами соціального обслуговування, і не слід покладати надмірних сподівань на активність приватного та громадського сектору. Тим часом доцільно розширити повноваження органів місцевого самоврядування у частині визначення потреби територіальної громади у соціальних послугах та забезпечення власних джерел їх фінансування. Не втратила чинності Стратегія розвитку системи соціальних послуг для сім'ї, дітей та молоді на 2009–2014 роки (Наказ МіНсім'ямолодьспорту від 04.11.08 р. № 4414), положення якої майже повністю увійшли до Стратегії реформування системи надання соціальних послуг. Доцільно припинити дію Наказу № 4414. Згідно з текстом Стратегії, її метою є забезпечення доступності осіб до соціальних послуг, підвищення якості та ефективності їх надання. Виходячи з правил української мови, бажано змінити наведене формулювання (на «підвищення доступності соціальних послуг» або «підвищення рівня доступу осіб до соціальних послуг»).

Перелік соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати

(Наказ Мінсоцполітики від 03.09.2012 р. № 537). Створення Переліку стало підвалиною для інших заходів: стандартизації соціальних послуг, визначення порядку соціального замовлення, унормування діяльності щодо вивчення потреб (як індивідуальних, так і територіальних) у соціальному

обслуговуванні. Перелік охоплює та розкриває зміст п'ятнадцяти видів основних соціальних послуг, що дозволяє розпочати узгодження напрямів діяльності центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді й територіальних центрів соціального обслуговування (соціальних послуг). Важливим є відхід від категоріального підходу: перелік не визначає, які саме групи мають право на отримання тих чи тих послуг, що дозволяє більш гнучко реагувати на потреби осіб та сімей у складних життєвих обставинах (серед іншого й точніше визначати вартість наданих послуг та розмір оплати), розробивши адресний пакет послуг у кожному конкретному випадку. Утім, незважаючи на загалом позитивне значення переліку як такого, стан уніфікації соціальних послуг все ще є недосконалим у таких моментах:

а) Закон України «Про соціальні послуги» (та Постанова КМУ від 29.12.2009 р. № 1417 «Про затвердження переліку соціальних послуг, умов та порядок їх надання структурними підрозділами територіального центру соціального обслуговування») визначає наступні їх категорії: соціально-побутові, психологічні послуги, соціально-педагогічні, соціально-медичні, соціально-економічні, юридичні, інформаційні, послуги з працевлаштування та інші. Перелік, затверджений Наказом №537, містить конкретні види діяльності, пов'язані з наданням соціальних послуг (різні типи догляду, реабілітації, консультування, посередництва, патронаж тощо) у різних сферах: психологічній; юридичній, педагогічній та ін. Виникає потреба узгодження класифікації послуг, наданої у Переліку, із Законом України «Про соціальні послуги»;

б) види діяльності, визначені в переліку (абілітація, реабілітація, адаптація; реінтеграція, супровід, догляд тощо), переважно охоплюють кілька видів більш дрібних «атомарних» послуг (наприклад, надання ліжко-місця; забезпечення твердим, м'яким інвентарем; навчання, формування, розвиток та підтримка соціально-побутових навичок; консультування, діагностика, корекція тощо), які є основою для розрахунків вартості платної соціальної послуги. Отже, доцільно сформулювати перелік саме таких «одиночних» послуг, які, у свою чергу формуватимуть зміст заходів соціального обслуговування особи (сім'ї) у складних життєвих умовах;

в) не визначено мінімальний перелік соціальних послуг, надання яких гарантовано державою в будь-якій економічній ситуації та незалежно від території проживання громадян, незважаючи на те, що «мінімальний рівень соціальних потреб» (і, відповідно, «мінімальний рівень соціальних послуг») є підставою для фінансування соціальної сфери територіальних громад (за рахунок власних або делегованих повноважень);

г) перелік охоплює як види діяльності у сфері безпосередньої роботи із особами (сім'ями) щодо ослаблення впливу соціальних ризиків, так і адміністративні послуги (сприяння у реєстрації за місцем проживання; допомога в організації взаємодії з іншими фахівцями, службами; оформлення документів усиновлювачів та прийомних сімей тощо). При цьому адміністративні послуги у соціальній сфері є безоплатними (за законом), в той час як за надання соціальних послуг може братися плата. Саме тому необхідно розділити соціальні послуги та адміністративні у соціальній сфері задля уникнення суперечностей щодо сплати за їх отримання;

Порядок атестації соціальних працівників, інших фахівців, що надають соціальні та реабілітаційні послуги

(Наказ Мінсоцполітики від 01.10.2012 р. № 612). Важливим здобутком є те, що порядок визначає процедуру та умови проведення атестації не лише соціальних працівників, а й інших фахівців, які здійснюють надання соціальних та реабілітаційних послуг, зайняті в установах і закладах, що надають такі послуги, і які не є державними службовцями. Зазначений порядок розширює коло професіоналів та фахівців (фахівець із соціальної допомоги вдома, фахівець із соціальної роботи, соціальний працівник, інструктор з трудової адаптації, фахівець з фізичної реабілітації), які можуть залучатися до надання соціальних послуг широкого спектру.

Методичні рекомендації визначення потреб населення адміністративно-територіальної одиниці у соціальних послугах

Розвиток системи надання соціальних послуг передбачає наближення соціальних послуг до громадян, які знаходяться в

складних життєвих обставинах. Це потребує не тільки «делегування повноважень» в їх наданні на рівень громади, але й «делегування коштів» на місцевий рівень, зокрема передачу повноважень у визначенні потреб в соціальних послугах та в їх фінансуванні на рівень громад. Отже, розробка методики визначення потреб населення у соціальних послугах є важливим кроком на шляху підвищення ефективності системи соціального обслуговування. Протягом 2013 р. відбувалося запровадження методики, проте перша (пілотна) спроба її застосування засвідчила, що вона потребує доопрацювання. Наразі Мінсоцполітики удосконалює методику, враховуючи отриманий досвід. Критерії діяльності суб'єктів, що надають соціальні послуги (Постанова КМУ від 14.11.2012 р. № 1039), розроблені задля встановлення єдиних вимог до відповідних інституцій, незалежно від їх форми власності та господарювання.

Сам факт вироблення єдиних та чітких критеріїв є, безумовно, позитивним, адже сприяє підвищенню прозорості взаємодії держави (місцевої влади / самоврядування) і недержавних надавачів. Позитивом є й незначний обсяг обов'язкових критеріїв та можливість залучати широке коло фахівців до надання соціальних послуг завдяки встановленню вимоги лише до виду та рівня їхньої освіти. Запропонований підхід збільшує кількість потенційних надавачів послуг, проте для суб'єктів, що надають соціальні послуги з кризового та екстреного втручання, соціальної профілактики, критерієм є й наявність автотранспортних засобів.

Але ж відповідно до Переліку соціальних послуг: А) кризове та екстрене втручання – це, крім надання невідкладної медичної допомоги, психологічна допомога (консультування, підтримка, діагностика, корекція, психотерапія, реабілітація); надання інформації з питань соціального захисту населення; допомога в організації взаємодії з іншими фахівцями та службами; представництво інтересів, корекція сімейних стосунків; допомога в отриманні безоплатної правової допомоги; організація надання притулку; Б) соціальна профілактика – організація навчання та просвіти; довідкові послуги; розроблення та розповсюдження

рекламно-інформаційних матеріалів щодо надання соціальних послуг.

Більшість із зазначених видів діяльності не вимагає обов'язкової наявності авто, а, отже, доцільно або прибрати цей критерій, або встановити його лише для тих видів соціальних послуг, організація надання яких неможлива без автотранспорту.

Порядок здійснення соціального замовлення за рахунок бюджетних коштів

(Постанова КМУ від 29.04.2013 р. № 324). Уперше створено механізм прямого фінансування за бюджетні кошти діяльності неурядових організацій у сфері надання соціальних послуг. Сам факт створення подібного механізму є позитивним, проте існує низка проблем, пов'язаних із його практичною реалізацією.

- Передбачалося, що разом із впровадженням Порядку здійснення соціального замовлення будуть внесені зміни до Закону України «Про здійснення державних закупівель», які виведуть соціальні послуги з-під дії зазначеного закону. Проте зміни не були внесені, і це створило регуляторні обмеження для недержавних надавачів соціальних послуг (і виключно для них): вони можуть брати участь у конкурсах на право надавати соціальні послуги, якщо сума є меншою за 100 000 грн. У випадку, коли вартість закупівлі соціальних послуг дорівнює або перевищує цю суму, соціальне замовлення здійснюється відповідно до Закону України «Про здійснення державних закупівель». Порядок ускладнює отримання цільового фінансування діяльності, а отже і розвиток на місцях системи недержавних закладів паліативної допомоги, притулків, центрів соціально-психологічної реабілітації тощо, утримання яких потребує більших коштів.

- На відміну від Закону України «Про соціальні послуги», у якому закріплено, що фінансування соціальних послуг здійснюється за рахунок державного та місцевого бюджетів, Порядок передбачає фінансування лише за рахунок коштів місцевих бюджетів, що не враховуються під час визначення обсягу міжбюджетних трансфертів.

- Замовником соціальних послуг можуть бути як місцеві державні органи влади, так і виконавчі структури органів

місцевого самоврядування. Порядок здійснення соціального замовлення має реалізовуватися в межах самоврядних та делегованих повноважень місцевої влади, закріплених у Законах України «Про місцеве самоврядування» (Ст. 34) та «Про місцеві державні адміністрації» (Ст. 17), а це помітно скорочує сфери та форми надання соціальних послуг, зводячи їх фактично до утримання стаціонарних закладів соціального обслуговування.

- Оплата наданих суб'єктом соціальних послуг здійснюється лише після їх надання у повному обсязі, що відкриває шлях для зловживань та недоброчесних дій як з боку отримувачів соціального замовлення, так і з боку органів влади, які його здійснюють. Окрему проблему становить затримка фінансування незахищених статей бюджету казначейством, що знищує довіру до органів місцевої влади, ускладнює роботу суб'єктів надання соціальних послуг та знижує якість їх надання кінцевим споживачам.

Загальне положення про центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

Постанова КМУ від 01.08.2013 р. № 573 фіксує стан речей, який склався у роботі Центрів де-факто: основна увага приділяється розвитку сімейних форм виховання, усі інші види діяльності є другорядними. Групи, які мають право на обслуговування у центрах, визначені доволі неконкретно, що з одного боку нібито розширює коло споживачів, а з іншого (як свідчить практика) унеможливорює отримання послуг категоріями населення, які прямо не визначені у нормативному документі.

Аналогічно й перелік послуг, що надається центрами різних рівнів (регіональним та місцевими), є розпливчастим та таким, що не дає змоги здійснювати якісну (а не кількісну) оцінку ефективності наданих послуг. У той же час збережено підзвітність закладів і установ, створених в системі соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (соціальні гуртожитки, центри матері та дитини тощо). Залишилися неузгодженими питання реальної (а не формальної) взаємодії центрів соціальних служб та терцентрів соціального обслуговування. Зберігаються прогалини щодо переліку цільових груп (осіб, які опинилися у складних життєвих обставинах), які можуть бути охоплені послугами, що їх надають

терцентри та ЦСССДМ. На останні покладено роботу із особами(сім'ями), які потерпають від насильства в сім'ї, але робота з особами, що вчинюють таке насильство, залишилася поза межами компетенції центрів та, тим самим, жодна служба не проводить корекційну роботу з ними.

Зберігається невизначеність щодо того, яка саме структура надає послуги самотнім працездатним особам у складних життєвих обставинах, які у віці, старшому за молодіжний (35 років) та молодшому за пенсійний (ця ситуація, наприклад, поширюється на наркозалежних, ВІЛ-інфікованих осіб, старших за 35 років). Отже, зберігається прошарок потенційних споживачів (користувачів), які потребують соціальних послуг, але не можуть їх отримати ані в центрі соціальних служб, ні в терцентрі соціального обслуговування. Діяльність центрів соціальних служб фінансується за рахунок коштів місцевих бюджетів та інших джерел, не заборонених законодавством, а самі центри надають послуги на безоплатній основі.

Отже, діяльність центрів фактично виведена з-під дії норм щодо порядку надання соціальних послуг на платній основі; тобто центри позбавлені можливості відшкодувати власні операційні видатки завдяки своїй діяльності. Загальне положення не регулює статус та діяльність фахівців із соціальної роботи, які підпорядковані центрам соціальних служб, порядок їх взаємодії з центрами, іншими установами та закладами соціального обслуговування, обсяг функцій та повноважень.

Утім, саме ці фахівці визначені як основна ланка виявлення сімей у складних життєвих обставинах та надання соціальних послуг безпосередньо за місцем проживання. Отже, їхній статус потребує ретельного врегулювання: зокрема, кваліфікаційна характеристика професії «Фахівець із соціальної роботи» (Наказ Мінсоцполітики від 25.05.^012 р. № 324) має бути узгоджена із типовою посадовою інструкцією фахівця з соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю (чинний Наказ Мінсім'ямолодьсгіорту від 23.12.2009 р. № 4410). Із Загальним положенням про центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді мають бути узгоджені підзаконні акти, що регулюють діяльність центрів та їхню співпрацю з іншими суб'єктами соціальної роботи, а саме:

➤ Порядок взаємодії суб'єктів соціальної роботи з сім'ями, які опинилися у складних життєвих обставинах;

➤ Порядок взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги; та соціальний послуг, дітям і молоді (Наказ від 17.04.2006 р. № 1209/228);

➤ Порядок здійснення соціального супроводу центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді сімей та осіб, які опинилися у складних життєвих обставинах (Наказ Мінсім'ямолодь спорту від 25.04.2008 р. № 1795);

➤ Порядок здійснення центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді соціального інспектування; сімей, дітей та молоді, які перебувають у складних життєвих обставинах (наказ Мінсім'ямлрдьспорту від 27.05.2010 р. № 1480).

Слід також звернути увагу на низку підзаконних актів, що регулюють надання соціальних послуг відповідальними органами та службами, які є чинними, проте не переглядались і положення яких мають бути враховані / переглянуті під час реформування. Розглянемо їх детальніше.

А) Порядок взаємодії суб'єктів соціальної роботи із сім'ями, які опинилися у складних життєвих обставинах. Порядок не переглядався з 2006 р., він не враховує зміни в системі органів виконавчої влади (органом, відповідальним за організацію взаємодії, досі визначено структурні підрозділи неіснуючого Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту, а правонаступництво не є зрозумілим).

Б) Повноваження територіальних центрів у системі роботи з сім'ями відповідно до Порядку є суто формальними, що не враховує останні тенденції реформування системи соціальних послуг та не сприяє налагодженню взаємодії між окремими підрозділами, залученими до соціального обслуговування. Крім того, хоча головним органом реалізації державної політики щодо соціального обслуговування та з питань сім'ї й дітей є Мінсоцполітики, суб'єкти соціального супроводу сімей у СЖО знаходяться також у сфері управління МОЗ, МОН, МВС, Міністерства юстиції, Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України, що

потребує перегляду порядку їх взаємодії у результаті реформування системи соціального обслуговування.

В) Державний класифікатор соціальних стандартів і нормативів, який не переглядався з 2002 р., також потребує приведення у відповідність до сучасних реалій. Зокрема такі положення:

➤ Перелік відповідальних органів у сфері соціального обслуговування громадян та надання соціальних послуг не переглядався з 2002 р., що значно ускладнює застосування Класифікатора як нормативного документа. Відповідальними за розробку й виконання державних соціальних нормативів у сфері соціального обслуговування визначені Мінпраці, Мінфін, Держбуд, Державний комітет України у справах сім'ї та молоді. За розробку і виконання державних соціальних стандартів і нормативів здійснення соціальної роботи з дітьми, молоддю та різними категоріями сімей відповідають Державний комітет у справах сім'ї та молоді, Міністерство економіки та з питань європейської інтеграції, МОН, МОЗ, Мінфін, Держкомспорт. Протягом 2002-2013 р. були реорганізовані або ліквідовані Держбуд, Державний комітет України у справах сім'ї та молоді, Міністерство економіки та з питань європейської інтеграції, Держкомспорт. Отже, перелік відповідальних структур потребує приведення у відповідність до чинної системи органів виконавчої влади.

➤ Державні стандарти і нормативи надання соціальних послуг розділені на два блоки:

- Державні соціальні нормативи у сфері соціального обслуговування (у 2002 р. – підвідомчість Мінпраці) та п. 10 – Державні соціальні стандарти й нормативи здійснення соціальної роботи з дітьми, молоддю та різними категоріями сімей (у 2002 р. – підвідомчість Держкомітету сім'ї та молоді). Сьогодні такий розподіл є невиправданим через об'єднання зазначених у п. 2 та п. 10 функцій в межах Мінсоцполітики.

- Державні соціальні нормативи у сфері соціального обслуговування (п. 2) встановлюються для визначення переліку соціальних послуг, які можуть надаватися громадянам похилого віку, інвалідам, дітям-інвалідам, дітям-сиротам, дітям, позбавленим батьківського піклування, безпритульним, самотнім,

іншим соціально не захищеним громадянам, які перебувають у складних життєвих обставинах. Визначаються норми матеріального забезпечення (харчування, забезпечення медикаментами, терміни носіння одягу та взуття, користування твердим інвентарем, норми використання миючих і оброблявальних засобів тощо) для обслуговування самотніх громадян похилого віку та інвалідів в будинках-інтернатах, дитячих будинках-інтернатах, психоневрологічних інтернатах, територіальних центрах соціального обслуговування пенсіонерів та самотніх непрацездатних громадян, інших закладах, що діють у складі управлінь праці та соціального захисту населення. Ці нормативи не охоплюють сучасні вимоги до надання соціальних послуг за місцем проживання, із максимальним наближенням до територіальної громади, а перелік потенційних споживачів зведено до одиноких громадян похилого віку та інвалідів. Аналогічно для обслуговування безпритульних дітей у притулках для неповнолітніх службами у справах неповнолітніх встановлені норми харчування, використання одягу, білизни, взуття та предметів особистої гігієни, користування м'яким інвентарем і обладнанням, миючих і оброблявальних засобів. Утім, по-перше, термін «неповнолітній» замінено в цивільному законодавстві поняттям «дитина». По-друге, перелік закладів для безпритульних дітей є ширшим за притулки для дітей служби у справах дітей, і охоплює також центр соціально-психологічної реабілітації дітей та соціально-реабілітаційний центр (дитяче містечко), а це не враховано у класифікаторі. По-третє, соціальні послуги для дітей сьогодні є ширшими, ніж забезпечення догляду в стаціонарі (притулку);

Г) Державні соціальні стандарти й нормативи здійснення соціальної роботи з дітьми, молоддю та різними категоріями сімей (п. 10) у більшості відповідають сучасним підходам до надання соціальних послуг. Вони встановлені для визначення переліку видів соціальних послуг інституціями, що здійснюють соціальну роботу з дітьми, молоддю, різними категоріями сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах або можуть потрапити в них, і, фактично, відбивають напрями діяльності Центрів соціальних служб' для сім'ї, дітей та молоді. Цей пункт

потребує узгодження з Переліком соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати (Наказ Мінсоцполітики від 03.09.2012 р. № 537);

Г) Класифікатор затверджено наказом Міністерства праці та соціальної політики України, проте він покладає відповідальність за розробку та реалізацію стандартів та нормативів і на інші міністерства (центральні органи виконавчої влади). Проте незрозуміло, як саме внутрішній наказ одного міністерства може регулювати діяльність інших центральних органів виконавчої влади. Після перегляду класифікатор має бути затверджений або актом КМУ, або міжвідомчим наказом міністерств, на які поширюється його дія.

Зміни й пропозиції з удосконалення діяльності територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг) (Постанова КМУ від 29.12.2009 р. №1417; ред. від 03.01.2013 р.)

Постановою створено засади більш повного врахування потреб в окремих видах соціальних послуг мешканців конкретної громади, які перебувають у складних життєвих обставинах (зокрема, розширене коло осіб, які можуть отримати соціальне обслуговування в терцентрах). Місцеві органи влади та органи місцевого самоврядування отримали право створювати спеціалізовані відділення для обслуговування вдома інвалідів з порушеннями опорно-рухового апарату, зору, слуху, з психічними розладами, інших категорій громадян, які не здатні до самообслуговування. Зняті обмеження щодо обслуговування терцентрами інвалідів із психічними розладами, осіб із онкозахворюваннями IV клінічної групи, хворих на ВІЛ/СНІД. Закріплено можливість встановлення диференційованої оплати соціальних послуг. Утім, зберігаються й проблеми:

- перелік послуг, які надають терцентри згідно з Постановою КМУ № 1417, потребує узгодження із Переліком соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати (Наказ Мінсоцполітики № 537);

- документ не регулює взаємодію територіальних центрів та Центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (порядок перенаправлення) щодо надання соціальних послуг особам (сім'ям) у СЖО, які не входять до категорій, які мають право на обслуговування у терцентрі;

- здійснення обслуговування відповідно до Порядку надання платних соціальних послуг та затвердження їх переліку (Постанова КМУ від 14 січня 2004 р. № 12) та Порядку регулювання тарифів на платні соціальні послуги (09.04.2005 р.) потребує перегляду.

Згідно з Порядком надання платних соціальних послуг, соціальні послуги в обсягах, визначених державними стандартами, можуть надаватися зі встановленням диференційованої плати залежно від доходу осіб, але перелік категорій, які мають право на соціальне обслуговування у терцентрі, є досить вузьким. Закон України «Про соціальні послуги» дає підстави для отримання соціальних послуг доволі широким колом груп у СЖО. Надалі розширяти перелік категорій, які мають право на отримання послуг у терцентрах, є недоцільним (з огляду на просування механізму соціального замовлення та перепідпорядкування Центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді). Тим часом слід розробити механізм перенаправлення потенційних споживачів соціальних послуг до відповідних суб'єктів їх надання (незалежно від форми власності), а також унормувати можливість надання платних соціальних послуг Центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Рекомендації щодо вдосконалення стану нормативно-правового забезпечення системи соціального обслуговування (надання соціальних послуг)

У законодавчій сфері пропонуються такі зміни й доповнення, спрямовані на узгодження дій із соціального захисту населення.

- Узгодити Закони України «Про соціальні послуги», «Про місцеве самоврядування» та «Про місцеві державні адміністрації» і втілити такі пропозиції:

- розширити перелік власних і делегованих повноважень органів місцевого самоврядування та органів місцевої влади у

сфері соціального обслуговування населення з урахуванням пріоритетності надання соціальних послуг за місцем проживання та орієнтацією на підвищення їх адресності;

- переглянути визначення поняття «мінімальний рівень соціальних потреб»;

- внести зміни до ст. 22 та ст. 23 Закону України «Про місцеві державні адміністрації»: перенести окремі пункти ст. 22 («Повноваження в галузі науки, освіти, охорони здоров'я, культури, фізкультури і спорту, материнства і дитинства, сім'ї та молоді»), що стосуються материнства і дитинства та сім'ї, до ст. 23 («Повноваження в галузі соціального забезпечення та соціального захисту населення»).

- Внести зміни до Законів України «Про соціальні послуги» та «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю», чітко визначити категорію «особи (сім'ї), що можуть опинитися у складних життєвих обставинах» (зادля узгодження з Положенням про Міністерство соціальної політики та низкою інших підзаконних актів).

- Внести зміни до ст. 2 Закону України «Про здійснення державних закупівель» та вилучити сферу надання соціальних послуг з-під дії зазначеного Закону.

- Узгодити Закон України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» із Законом України «Про соціальні послуги.

- Розрізнити соціальні послуги та адміністративні послуги у соціальній сфері. Дати визначення поняттю «послуги соціальної підтримки».

Впорядкувати *підзаконні акти*:

- припинити дію Стратегії розвитку системи соціальних послуг для сім'ї, дітей та молоді на 2009-2014 роки, положення якої майже повністю увійшли до Стратегії реформування системи надання соціальних послуг (Розпорядження КМУ від 08.08.2012 р. № 556-р);

- внести зміни до Стратегії реформування системи надання соціальних послуг в частині визначення її мети: забезпечення доступності осіб до соціальних послуг, підвищення якості та ефективності їх надання змінити на «підвищення доступності соціальних послуг» або «підвищений рівня доступу осіб до соціальних послуг»;

➤ узгодити Закон України «Про місцеве самоврядування», Закон України «Про місцеві державні адміністрації», Наказ Міністерства соціальної політики «Методичні рекомендації з розроблення положень про структурні підрозділи соціального захисту населення місцевих державних адміністрацій» в частині уточнення повноважень у сфері надання соціальних послуг;

➤ узгодити Типове положення про територіальний центр соціального обслуговування (надання соціальних послуг) із Переліком соціальних послуг, Законом України «Про соціальні послуги», Методичними рекомендаціями щодо визначення потреб населення адміністративно-територіальної одиниці в соціальних послугах, Порядком здійснення соціального замовлення за рахунок бюджетних коштів в частинах визначення переліку соціальних послуг, які надаються терцентрами; визначення категорій, що мають право на соціальне обслуговування; визначення потреб у соціальних послугах у розрізі адміністративно-територіальних одиниць;

➤ за результатами апробації доопрацювати методики й процедури оцінки потреб на рівні місцевих громад. Внести зміни та доповнення до методики визначення потреб населення адміністративно-територіальної одиниці в соціальних послугах, зокрема, розробити єдину схему оцінювання потреб осіб та сімей, які потребують соціальних послуг.

Враховуючи тенденцію старіння населення, *розробити та закріпити* стандарт первинного оцінювання потреб у послугах догляду людей похилого віку та методичні рекомендації до них: розробити порядок проведення моніторингу та оцінки якості соціальних послуг, наданий суб'єктом задля підвищення ефективності механізму соціального замовлення, та попередження зловживань у зазначеній сфері.

Забезпечити постійний моніторинг, аналіз та оцінювання діяльності суб'єктів надання соціальних послуг (внутрішній та зовнішній аудит, запровадження системи управління якістю).

Забезпечити постійний контроль відповідності соціальних послуг, які надаються суб'єктами усіх форм власності, стандартам, для цього слід:

➤ розглянути доцільність внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо фінансування програм з надання соціальних послуг;

➤ внести зміни до податкового законодавства, передбачивши звільнення від оподаткування прибутку діяльності надавача соціальних послуг будь-якої організаційно-правової форми, яка здійснюється в межах укладеної угоди про постачання послуг соціальної сфери;

➤ забезпечити завершення складання комплексу державних соціальних стандартів, передбачених Державним класифікатором соціальних стандартів та нормативів. Розробити систему державних стандартів соціальних послуг та класифікатор соціальних послуг для чіткого визначення складових кожної соціальної послуги і розрахунку її вартості. Розраховувати обсяг видатків на сферу соціального захисту та соціального забезпечення, виходячи з вартості соціальних послуг та кількості осіб, що їх отримують.

Перейти до обчислення державних соціальних гарантій на основі системи нормативів, що уможливить забезпечення адресності їх спрямування, обґрунтування адекватних форм підтримки різних соціальних груп, що потребують соціальних послуг. Для цього слід подбати про таке:

➤ запровадити методику диференційованого розрахунку вартості надання соціальної послуги на одного отримувача залежно від типу складних життєвих обставин (інвалідність, малозабезпеченість, похилий вік, багатодітність, відсутність батьківського піклування тощо) та місця отримання (вдома за місцем проживання, у стаціонарних закладах, у закладах денного перебування, у соціальних службах тощо);

➤ запровадити регіональну диференціацію переліку соціальних послуг, що надаються, та визначати пріоритетні напрями їх фінансування відповідно до специфічних потреб місцевих громад та осіб, яким вони адресуються, з огляду на соціально-економічні особливості регіону.

Започаткувати систему соціального планування на місцевому (регіональному) рівні, на основі якої:

➤ визначати пріоритети місцевої (регіональної) соціальної політики громади щодо здійснення соціальних послуг;

➤ залучати надавачів послуг і розподіляти бюджетні кошти;

➤ розробляти соціальні плани відповідно до чинного законодавства та пріоритетів, визначених центральними органами влади, але з урахуванням місцевої специфіки;

➤ готувати та подавати пропозиції до центральних органів виконавчої влади з метою формування бюджетної політики в соціальній сфері на підставах адресності та врахування регіональних потреб.

Внести зміни до Порядку взаємодії суб'єктів соціальної роботи із сім'ями, що опинилися у складних життєвих обставинах. Для цього необхідно реалізувати такі передумови:

➤ вилучити з переліку відповідальних органів управління (відділи) у справах сім'ї, молоді та спорту та передати відповідних повноваження підрозділам Мінсоцполітики;

➤ узгодити закріплені Порядком взаємодії повноваження та функції Центрив соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді з Загальним положенням про центри;

➤ узгодити закріплені Порядком взаємодії повноваження та функції служби у справах дітей із діяльністю терцентрів та центрив соціальних служб;

➤ узгодити закріплені Порядком взаємодії повноваження та функції органів праці та соціального захисту населення з іншими нормативними документами, що регулюють надання соціальних послуг в Україні;

➤ узгодити перелік об'єктів соціальної роботи з сім'ями, які опинилися у складних життєвих обставинах, із Положенням про центри соціальних служб, виходячи з компетенцій центрив різних рівнів, але не допускати звуження зазначеного переліку;

➤ узгодити перелік об'єктів соціальної роботи центрив соціальних служб та терцентрів задля максимального охоплення категорії, які потребують соціального обслуговування через складні життєві обставини.

Здійснити облік категорій, що реально мають змогу отримати соціальні послуги, та переглянути його з метою охоплення осіб та сімей у складних життєвих обставинах. Для цього негайно розробити нову редакцію Державного

класифікатора соціальних стандартів і нормативів відповідно до сучасного стану соціальної сфери та внести, зокрема, наступні зміни:

- привести перелік відповідальних органів у сфері соціального обслуговування громадян та надання соціальних послуг до чинної структури органів виконавчої влади;

- об'єднати п. 2 (Державні соціальні нормативи у сфері соціального обслуговування) та п. 10 (Державні соціальні стандарти і нормативи здійснення соціальної роботи з дітьми, молоддю та різними категоріями сімей) класифікатора;

- узгодити державні нормативи у сфері соціального обслуговування та державні стандарти й нормативи здійснення соціальної роботи з дітьми, молоддю та різними категоріями сімей із Законами України «Про соціальні послуги», «Про основи соціального захисту бездомних осіб і безпритульних дітей», Положенням про Міністерство соціальної політики, Переліком соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати;

- затвердити нову редакцію Державного класифікатора соціальних стандартів і нормативів актом КМУ, або міжвідомчим наказом міністерств, на які поширюється його дія;

- узгодити функції «мобільного соціального офісу» із діяльністю Центрів надання адміністративних послуг задля уникнення дублювання видів послуг, що надаються.

Розвивати систему «e-офісів» для надання послуг із інформаційного супроводу та он-лайн консультування з нагальних питань, пов'язаних із подоланням складних життєвих обставин. Для цього пропонується:

- розробити та впровадити етичний кодекс фахівця з надання соціальних послуг, обов'язковий до виконання суб'єктами надання послуг, незалежно від форми власності;

- запровадити та унормувати систему підготовки фахівців для соціальних служб на робочому місці (серед іншого й. щодо роботи з окремими групами) з урахуванням рівня та фаху базової професійної підготовки;

- у межах забезпечення міжвідомчої взаємодії запровадити систему підготовки, перепідготовки та підвищення

кваліфікації за найбільш потрібними спеціальностями (практичний психолог, соціальний педагог, юрисконсульт у соціальній сфері тощо), зокрема створивши регіональні центри підвищення кваліфікації керівників та фахівців системи соціального обслуговування (надання соціальних послуг), сформувати на базі вищих навчальних закладах відповідні відділення (курси);

- застосовувати вимоги до кваліфікаційного рівня фахівців та робітників, які надають соціальні послуги за кошти бюджету, незалежно від форми власності та підпорядкування суб'єктів надання соціальних послуг.

Такий комплексний підхід у контексті медико-соціальної роботи та соціального захисту населення дозволяє всебічно підійти до проблемної ситуації в цілому, визначити в ній місце клієнта, реальні об'єкти впливу, а також конкретні шляхи, способи й прийоми з метою досягнення можливо максимальною рівня фізичного і психічного здоров'я українців, а також їхнього соціального благополуччя.

РОЗДІЛ 3.

АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЗВ'ЯЗКУ З МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИМИ ВИКЛИКАМИ В УКРАЇНІ

3.1. Засадничі характеристики технологій медико-соціальної роботи у зв'язку з вітчизняними медико-соціальними проблемами

На сучасному етапі проблематику соціальних технологій вивчають вітчизняні представники суспільних і гуманітарних наук: В.Афанасьєв, Н. Данакін, І. Зверева, І. Іванова, М. Марков, Л. Міщик, В.Патрушев, Л. Тюття, С. Харченко, В. Шахрай, В. Щербина та ін. Є цікаві дослідження закордонних вчених, чий досвід медико-соціальної роботи вельми показовий.

Болгарський соціолог Н. Стефанов визначає соціальну технологію як «діяльність, у результаті якої досягається поставлена мета і змінюється об'єкт цієї діяльності». При цьому мету розуміє як очікуваний бажаний стан системи на виході, у тому числі й соціальної, а під об'єктом діяльності – суспільні відносини. За Н. Стефановим соціальна технологія не відрізняється від технології в галузі матеріального виробництва, оскільки можливість технологізувати будь-який соціальний процес закладений у структурі людської діяльності. Він стверджує, що під соціальною технологією можна розуміти будь-яку технологію, що належить до сфери суспільних відносин, побуту, духовного життя; соціальна технологія це все, що не є технологією матеріального виробництва.

Дослідник М. Марков стверджує, що «соціальна технологія – це спосіб реалізації конкретного складного процесу шляхом розчленування його на систему послідовних взаємозалежних процедур і операцій, які виконуються однозначно». На відміну від Н. Стефанова, дослідник вважає, що між виробничою і соціальною технологією існує різниця, яка полягає в різному ступені однозначності. У соціальній технології вона стосується лише вимог до загального процесу й при цьому не позбавляє можливості творчого підходу.

Узагальнення результатів наукових досліджень вказаних вчених дають підстави розглядати соціальну технологію як:

- галузь знань про оптимальні способи перетворення та регулювання соціальних відносин і процесів життєдіяльності людей (В. Афанасьєв, Н. Данакін);
- сукупність методів, засобів, прийомів, способів організації людської діяльності для здійснення впливу на соціальні процеси і системи (М. Марков, В. Патрушев);
- програму, спрямовану на перетворення соціальної дійсності (В. Шахрай, В. Щербина);
- раціональну, планомірну, попередньо розроблену діяльність, розподілену на процедури й операції, яка спрямована на досягнення суспільно значимої діяльності;
- спосіб керування соціальними процесами (І. Іванова);
- алгоритм дії з метою успішного вирішення завдання (В. Шахрай).

Отже, основними характеристиками соціальних технологій є: алгоритмічність, послідовність, виокремлення етапів і операцій, координованість дій, однозначність виконання процедур, системність, цілеспрямованість і наукове обґрунтування.

Об'єктом технологізації є соціальний простір, який характеризується динамізмом і напругою. Знизити цю напругу й зберегти певний баланс у суспільній структурі покликана соціальна робота.

На думку Є. Холостової, соціальна робота «приречена» бути технологічною, оскільки в умовах обмежених соціальних ресурсів і великої кількості соціальних проблем, вплив може бути ефективним тільки в умовах технологічного підходу. Крім того, соціальна робота є міждисциплінарною наукою і має прикладне знання, що базується на фундаментальних положеннях педагогіки, психології, соціології, медицини. Ця теорія, у свою чергу, стає основою для конкретних розробок, створення соціальних технологій. Саме соціальна технологія надає «робочу форму» соціальної діяльності у вигляді соціальної роботи. Технологія соціальної роботи є кінцевим результатом всього соціального знання, метою якого є зміна світу.

Є. Холостова кваліфікує технології соціальної роботи як сукупність прийомів, методів і впливів, що застосовуються

соціальними службами й соціальними працівниками для досягнення поставлених цілей у процесі здійснення соціальної роботи, вирішення різного роду соціальних проблем, забезпечення ефективності реалізації завдань соціального захисту населення.

Розглядаючи соціальну роботу як особливий вид діяльності, Р. Киямова визначає технології соціальної роботи як сукупність прийомів, методів і впливів державних, суспільних чи громадських організацій, кваліфікованих фахівців і волонтерів, спрямованих на допомогу, підтримку та захист особливо вразливих верств населення.

Учений І. Зайнишев розуміє під технологією соціальної роботи одну з галузей соціальних технологій, спрямованих на соціальне обслуговування, допомогу, підтримку громадян, що перебувають у складній життєвій ситуації.

У цілому технології соціальної роботи можна розглядати у двох аспектах:

- По-перше, у широкому плані – це система теоретичних знань і практичних умінь, яка передбачає організацію та алгоритмізацію засобів, способів і прийомів впливу на різні об'єкти соціальної роботи.

- По-друге, це сукупність визначених технологій, специфіка яких обумовлена конкретним об'єктом соціальної роботи.

За характером впливу в соціальній роботі розрізняють:

- основні (загальні) технології – соціальний контроль, соціальна профілактика, соціальна терапія, соціальна реабілітація, соціальна адаптація, соціальна допомога, соціальний захист, соціальне обслуговування, соціальне страхування, соціальна підтримка, соціальне консультування та ін.;

- міждисциплінарні технології соціальної роботи – соціально-педагогічні, соціально-психологічні, соціально-економічні, медико-соціальні.

Іншим критерієм для класифікації технологій соціальної роботи є категорії осіб, які є об'єктом впливу. Наприклад, технології соціальної роботи з інвалідами, помираючими та їх сім'ями, людьми похилого віку та ін.

Сьогодні можна говорити про різні типи технологій, спрямовані на збереження здоров'я людини.

За характером діяльності технології соціальної роботи поділяють на:

- конкретні, вузькоспеціалізовані (спрямовані на окрему групу населення, клієнтів, наприклад, на профілактику інфікування ВІЛ чи вірусами гепатитів В, С, осіб – ін'єкційних споживачів наркотиків);

- комплексні або інтегровані (мають більш універсальний характер і можуть застосовуватися в роботі з декількома чи багатьма групами клієнтів (наприклад, первинна соціальна профілактика, формування здорового способу життя, збереження здоров'я здорових людей тощо).

Вузькоспеціалізовані технології поділяють на групи (у залежності від сфери, основних методів і засобів упровадження):

- медичні (технології профілактики захворювань, корекції та реабілітації соматичного здоров'я, санітарно-гігієнічна діяльність);

- навчальні технології, що сприяють здоров'ю (інформаційно-навчальні, виховні);

- соціальні (технології організації безпечного і здорового способу життя, профілактики і корекції девіантної поведінки);

- психологічні (технології профілактики і психокорекції психічних відхилень особистісного та індивідуального розвитку).

До комплексних технологій належать:

- технології комплексної профілактики захворювань, корекції та реабілітації здоров'я;

- медико-соціальні навчальні технології, що сприяють здоров'ю;

- технології формування здорового способу життя.

Отже, враховуючи суть поняття «технології соціальної роботи» та зміст медико-соціальної діяльності, будемо вважати, що технологія медико-соціальної роботи – це сукупність методів, прийомів і впливів, які спрямовані на усунення чи компенсацію обмежень життєдіяльності, підтримку й зміцнення здоров'я людини через інститути медичного і соціального страхування, соціального забезпечення, медико-соціального обслуговування тощо. Основним завданням ТМСР є розробка методів цілеспрямованого соціального впливу; застосування технологізації як способу оптимізації медико-соціального

результату. До технологій медико-соціальної роботи відносять технології роботи з хворими на ВІЛ/СНІД, алкоголіками та наркоманами, невиліковно хворими, інвалідами, психічно хворими, людьми похилого віку та ін.

Безперечно, реалізація будь-якої з зазначених ТМСР передбачає застосування загальних (універсальних) технологій соціальної роботи: діагностики, профілактики, медико-соціальної реабілітації, медико-соціального патронажу, медико-соціальної експертизи, медико-соціальної допомоги, терапії, консультування.

Особливе місце в процесі медико-соціальної роботи, як зазначає А. Мартиненко, належить технології профілактики захворювань. Профілактику поділяють на первинну і вторинну. Заходи *первинної профілактики* спрямовані на забезпечення здорових умов праці, побуту, довкілля з метою попередження виникнення захворювань та травм. До них належать:

- медико-гігієнічне навчання та виховання населення;
- диспансерне спостереження за здоровими та особами з факторами ризику;
- санітарно-протиепідемічні та санітарно-технічні заходи, спрямовані на забезпечення здорових умов праці, побуту, стану довкілля тощо.

Заходи *вторинної профілактики* спрямовані на попередження у хворих ускладнень, поліпшення здоров'я у випадку його погіршення, підтримання максимально можливого рівня працездатності, попередження інвалідності, попередження поширення інфекційних захворювань. До них належать:

- медико-гігієнічне навчання хворих та їх рідних;
- диспансерне спостереження за хворими, використання засобів медико-соціальної реабілітації для попередження ускладнень захворювання, максимально можливого відновлення і підтримання працездатності;
- санітарно-протиепідемічні заходи, які спрямовані на своєчасне виявлення інфекційних захворювань, повідомлення про інфекційного хворого в санітарно-епідеміологічну станцію, організація ізоляції хворих, спостереження за контактними та тими, хто одужує.

Технологія медико-соціальної реабілітації – це система медичних, соціально-економічних, психологічних заходів,

спрямованих на відновлення здоров'я людини, її працездатності і соціального статусу, тобто повернення людини до повсякденного життя у сім'ї, трудовому колективі як повноцінного члена суспільства.

Діагностика – це детальне вивчення результатів медичного обстеження й відповідних медичних документів, а також аналіз професійно-трудових і соціально-побутових даних про клієнт.

Медико-соціальна експертиза – визначення в установленому порядку потреб особи в заходах соціального захисту на основі оцінки обмежень життєдіяльності та ін.

Терапія – соціальне лікування, соціальний захист хворого, який сприяє виявленню прихованих або нереалізованих можливостей і здібностей клієнта з метою подальшої оптимізації його життєдіяльності;

Адаптація – надання допомоги у вирішенні проблем, пов'язаних з пристосуванням до нових умов життя в результаті втрати працездатності чи інвалідності, сприяння у вирішенні матеріальних проблем за рахунок реалізації власного потенціалу клієнта, включаючи професійне навчання і працевлаштування .

Отже, як свідчать дослідження, ТМСР – це міждисциплінарні, комплексні технології, які передбачають застосування загальних ТСР з урахуванням медико- соціальних проблем осіб, з якими працює фахівець. А. Вязьмін, наприклад, пропонує виділяти найбільш однорідні групи ризику (біологічного, медичного, соціального) і до кожної з означених груп застосовувати відповідні технології МСР. Це дозволить врахувати специфіку медико-соціальної роботи з різними категоріями осіб в окремих галузях медицини чи соціального захисту населення при збереженні єдиних методичних принципів і підвищити її ефективність.

Згідно позиції А. Мартиненка, Є. Воробцової, Н. Белової та ін., соціальну роботу в сфері медицини пропонується розмежовувати з такими групами клієнтів:

- група осіб з підвищеним ризиком захворювань;
- члени сім'ї клієнта
- санітарно-гігієнічна освіта;
- роз'яснювальна робота з консультування та надання клієнта і його подолання шкідливих звичок;

- сприяння організації своєчасної допомоги;
- організація дозвілля молоді;
- соціально-правове консультування;
- психологічна підтримка клієнта з оточенням, вирішення проблемних ситуацій і сприяння в усуненні медико-соціальних проблем, факторів ризику;
- плановий патронаж сімей залучення членів сім'ї і соціального ризику; сприяння збереженню сімейних найближчого оточення клієнта до зв'язків, вирішенню проблеми самотності;
- допомога діяльності груп самопомоги й сім'ї в отриманні необхідної інформації про види взаємодопомоги та ін.

Розглянемо далі найбільш проблемні й болючі вітчизняні проблеми в царині медико-соціальної сфери, які вимагають негайного реагування.

Дуже складною є ситуація з ВІЛ/СНІДом в Україні. Наприклад, тільки в 2013 р. в країні офіційно зареєстровано 139,7 тис. хворих (308,8 випадки на 100 тис. населення), а це найвищий показник за весь період спостереження за ВІЛ/СНІДом у країні.

Упродовж останніх років як відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні поряд із державними закладами (Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, центри профілактики та боротьби зі СНІДом, центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та ін.) створена переконлива кількість неурядових організацій (Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні та ін.), що надають послуги підтримки та догляду ВІЛ-позитивним людям та близькому оточенню, захищають їх права, формують толерантне ставлення суспільства до людей, які живуть з ВІЛ.

Стрімке зростання кількості ВІЛ-позитивних дітей спонукало фахівців до розробки специфічних медико-соціальних технологій роботи з такою категорією осіб. Прикладом є діяльність центрів для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді (постанова Кабінету Міністрів України від 15.02.2006 р., №148). Основними напрямками їх роботи є підтримка хворих дітей, які проживають у біологічних родин, сприяння влаштуванню ВІЛ-позитивних дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування у

сімейні форми виховання. У школах та дитячих садках проводиться робота з персоналом з формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей задля забезпечення повноцінного навчального процесу. Окремим і найважливішим напрямком діяльності центрів є лобіювання й адвокація прав дітей та молоді. Також надається психологічна допомога хворим дітям та їх сім'ям на всіх етапах розкриття ВІЛ-позитивного статусу.

З 2005 року з ініціативи Представництва Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні реалізується програма профілактики ВІЛ/СНІД «Розвиток медичних служб, дружніх до молоді: Клініка, дружня до молоді». Перші заклади були відкриті у м. Одеса, Полтава та Львів (на базі дитячих спеціалізованих клінічних лікарень). На сьогодні працюють клініки, дружні до молоді, які забезпечують доступ підлітків до медико-соціальних послуг з метою профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, ВІЛ-інфекції/СНІДу та ризикованої поведінки. Створено інформаційно-методичні навчальні центри.

Діяльність клінік, дружніх до молоді, спрямована на вирішення таких завдань: забезпечення підлітків та молоді комплексною медико-соціальною та соціально-педагогічною допомогою; організація соціально-профілактичних та санітарно-освітніх заходів з метою формування здорового способу життя; надання безкоштовної консультативної допомоги молоді з питань контрацепції, психічного здоров'я та загальномедичних питань; лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, ВІЛ/СНІДу, профілактика вживання наркотичних речовин та ін.

Отриманий досвід підтверджує, що медичні служби, дружні до молоді у співпраці з соціальними службами та громадськими організаціями підвищують якість послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу та інфекцій, що передаються статевим шляхом і ризикованої поведінки серед підлітків і молоді.

Надзвичайно соціально небезпечною для нашої країни є проблема наркоманії, оскільки кількість наркозалежних на 100 тис. населення щороку збільшується. Прикладом технології медико-соціальної роботи у сфері наркології є діяльність відділень медико-соціальної допомоги дітям і підліткам у наркологічних диспансерах. Основними напрямками роботи є такі:

- лікувальнодіагностична і психокорекційна допомога дітям і підліткам та їхнім сім'ям;
- профілактична робота з попередження алкоголізму, наркоманії;
- розробка і реалізація індивідуальних програм соціальної реабілітації дітей і підлітків, що передбачає професійно-трудова, навчально-пізнавальну, фізкультурнооздоровчу та інші види діяльності;
- підготовка рекомендацій та забезпечення взаємодії з сім'ями дезадаптованих дітей і підлітків;
- співпраця з відомствами, які зацікавлені у вирішенні подальшої долі неповнолітніх.

Значна профілактична робота здійснюється консультативними пунктами «Довіра» та групами взаємодопомоги, які створені на базі центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. На сьогодні вони реалізують низку програм, зокрема серед молодих споживачів ін'єкційних наркотиків: «Зменшення шкоди» (надання особам, які вживають наркотики, можливості отримувати замісну терапію; консультування осіб, які вживають наркотики шляхом ін'єкцій; просвітницька робота серед населення тощо); «Допоможи собі» (створення груп взаємодопомоги для наркозалежних та їх найближчого оточення) та ін.

Реабілітаційна робота з наркозалежними здійснюється, зокрема, центрами ресоціалізації для молодих споживачів ін'єкційних наркотиків «Твоя перемога» (створені відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 13.06.2002 р. №809; на сьогодні таких центрів є більше 20). Робота центрів побудована за спеціально розробленою програмою ресоціалізації, метою якої є психокорекційна робота з учасниками з формування навичок вирішення проблем конструктивним шляхом. На базі центру проводяться тренінги з особистісного зростання та релаксації, запобігання рецидивів, оздоровлення сімейних стосунків серед учасників програми ресоціалізації.

Як свідчить досвід діяльності центрів ресоціалізації, надання комплексу медико-соціальних, психолого-педагогічних та реабілітаційних заходів сприяє покращенню якості життя

наркозалежних та їхніх родин, повноцінному включенню в соціальне життя.

У сучасному суспільстві актуальною є проблема реабілітації та інтеграції в суспільство психічно хворих людей. У зв'язку з цим підвищується значимість соціальних аспектів надання психіатричної допомоги.

На сьогодні в Україні зареєстровано 1159 тис. осіб (2560,8 випадків на 100 тис. населення), у яких спостерігаються розлади психіки. Така динаміка зазначених показників в Україні загалом відповідає тенденціям в інших країнах.

На початку 1900-х років розпочався процес деінституціоналізації – альтернатива довготривалого утримання психічно людей у стаціонарних закладах різного типу. Цей процес передбачає:

- переведення пацієнтів, які живуть в психіатричних лікарнях, на альтернативні види допомоги за місцем проживання;
- запобігання можливих випадків надходження в стаціонар і направлення пацієнтів у різні альтернативні служби;
- розвиток спеціальних служб для надання допомоги групі хворих психіатричного профілю, які знаходяться поза стаціонарними закладами.

Результатом реформування психіатричної допомоги в Україні стало створення спеціалізованих закладів, що надають комплексну медико-соціальну допомогу психічно хворим людям. Із 2005 року функціонують центри медико-соціальної реабілітації людей з психічними захворюваннями.

Різноманітні реабілітаційні програми, що базуються на принципі мультидисциплінарного підходу, дають можливість хворим стати більш самостійними, а також брати активну участь у соціально-трудоному житті суспільства.

На базі територіальних центрів соціального обслуговування інвалідів та самотніх громадян діють спеціалізовані відділення соціальної допомоги людям з психічними захворюваннями вдома. Завданням відділень є надання побутової та соціально-медичної допомоги самотнім громадянам з вадами психіки, а також сім'ям, де непрацездатні батьки доглядають дітей-інвалідів з психічними захворюваннями.

Загалом функціонування психіатричної служби в Україні супроводжується низкою проблем. Здебільшого це неприйняття належним чином психічно хворих людей у соціумі. Надалі переважає форма постійної ізоляції хворих у психіатричних лікарнях, їх примусова госпіталізація. Існує гостра потреба в збільшенні кількості денних стаціонарів, реабілітаційних центрів для психічно хворих людей та підготовки кадрів до роботи з такою категорією осіб.

Складною залишається ситуація з невиліковно хворими людьми, зокрема, які мають онкологічні хвороби. Кількість таких хворих в Україні зростає. Актуальність медико-соціальної роботи з невиліковно хворими на початку XXI століття в Україні, як і в інших країнах світу, пов'язана також з низкою демографічних чинників, а саме – значним збільшенням частки осіб старших вікових груп. Частка населення віком 60 років і старше становить на сьогодні 20,4%. Кількість людей старше 75 років – близько 3 млн. осіб, більшість із яких страждають від онкологічних, хронічних соматичних захворювань, які супроводжуються важкими фізичними, психічними розладами, постійним больовим синдромом, високою інвалідизацією. За даними Демографічного департаменту ООН прогнозується подальше старіння населення України. Вже до середини цього сторіччя очікується збільшення кількості людей старше 60 років до 38,1%, а число осіб від 80 років і старше збільшиться в 3,5 рази.

В Україні створено єдину систему організації онкологічної служби, яка має загальнодержавну, обласні та периферійні ланки: 46 онкологічних диспансерів, онкологічні кабінети поліклінік і Український НДІ онкології та радіології. Основним закладом надання спеціалізованої онкологічної допомоги в Україні є онкологічний диспансер, завданнями якого є: первинна профілактика; забезпечення ранньої діагностики і комплексного лікування онкологічних захворювань; диспансерне спостереження за хворими; вивчення причин несвоєчасної діагностики та неправильного лікування; організаційно-методичне керівництво лікувально-профілактичними закладами.

Для забезпечення потреб інкурабельних хворих та їхніх рідних, сприяння поліпшенню якості їхнього життя в Україні

функціонують заклади паліативної і хоспісної допомоги, діяльність яких базується на комплексному мультидисциплінарному підході.

Перші українські хоспіси – заклади з надання медико-соціальної допомоги хворим на термінальній стадії захворювання та їхнім родинам створені у Львові, Івано-Франківську, Харкові, Луцьку та інших містах наприкінці 90-х років минулого століття. Окрім цього, на базі стаціонарних лікарняних закладів діють відділення паліативної допомоги хворим, що помирають, головною метою яких є підтримка якості життя перед смертю, максимальне полегшення фізичних та моральних страждань пацієнта та його близьких. Паліативна допомога надається разом з лікуванням, спрямованим на одужання, але її мета невиліковування, а піклування.

Незважаючи на те, що в Україні функціонує 7 хоспісів і 14 відділень паліативної допомоги, професійну медико-соціальну допомогу в цих закладах чи вдома отримують менше 10% пацієнтів на термінальній стадії захворювань. Водночас, щороку її потребують близько 1,5 млн. помираючих хворих, що помирають та членів їх родин.

На сьогодні зроблено перші кроки щодо удосконалення нормативноправової бази і функціонування служби паліативно-хоспісної допомоги, щороку збільшується кількість спеціалізованих закладів. Однак, за оцінками Інституту паліативної та хоспісної медицини МОЗ України, матеріально-технічна база більшості вітчизняних хоспісів і відділень паліативної допомоги не відповідає міжнародним стандартам, а умови перебування у цих закладах часто незадовільні. Також не вистачає кваліфікованих кадрів, які мають спеціальну підготовку з паліативно-хоспісної допомоги.

На сьогодні різними закладами реалізується низка технологій медико-соціальної роботи з людьми з обмеженими можливостями. Так, з 2001 року працює Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів (Указ Президента України від 23.05.2001 р. №335). Центр має ліцензії на надання освітніх послуг з 15 робітничих професій і одночасно забезпечує професійну реабілітацію 138 інвалідів з усіх регіонів України. Забезпечення

спеціальних умов для отримання інвалідами професійної освіти здійснює підрозділ, які супроводжує освітній процес – це відділення медичного супроводу. Для оперативного вирішення проблем, що виникають у процесі професійної реабілітації інвалідів в Центрі створені та ефективно працюють реабілітаційні команди, до складу яких входять як соціальні, так і медичні працівники. Усього в період з 2001 р. і дотепер у Центрі пройшли навчання понад 2500 осіб з обмеженими можливостями здоров'я, більшість з яких працевлаштовано.

Виправдовують себе й активно функціонують центри медико-соціальної реабілітації дітей – це лікувально-реабілітаційні заклади для дітей та молоді, які вживають алкоголь, наркотичні засоби і психотропні речовини, а також для дітей, які за станом здоров'я не можуть бути направлені до загальноосвітніх шкіл та професійних училищ соціальної реабілітації. Основними технологіями МСР, які реалізуються в Центрі, є створення умов для лікування дітей, які вживають алкоголь, наркотичні засоби і психотропні речовини, проведення психологічної корекції та заходів соціальної реабілітації, а також реабілітації дітей з девіантними формами поведінки, що призводить до їх соціальної дезаптації, надання психологічної допомоги їх сім'ям, робота з батьками.

Наприклад, в Ужгороді для дітей-інвалідів працює медико-соціальний реабілітаційний центр «Дорога життя». Фахівцями Центру надаються медикореабілітаційні послуги дітям та молодим людям від народження до 25 років. У Центрі працює 5 груп дітей постійного контингенту – розробляються індивідуальні програми розвитку для кожної дитини, де визначаються короткострокові (до 3 місяців) та довгострокові (до 6 місяців) цілі. Працюють групи післяшкільної адаптації та група активної молоді. Щодо медичних програм, то Центром реалізуються такі програми: інтенсивний курс терапії, підтримувальний терапевтичний цикл (щоденні заняття з фахівцями), надання медико-реабілітаційних послуг дітям непостійного контингенту; обслуговування дітей вдома. Амбулаторно та стаціонарно у Центрі можуть одночасно отримувати реабілітаційні послуги 57 дітей та молодих людей, за різними програмами.

Цікавим є досвід медико-соціальної роботи з інвалідами, який реалізується реабілітаційним центром «Парасолька» (м.Тячів, Закарпатська область). Заклад передбачає постійне проживання 25 молодих інвалідів, випускників дитячих будинків-інтернатів, яких згідно чинного законодавства у віці 18-20 років переводять у психоневрологічний диспансер, що не є адаптованим до прийому цієї категорії осіб. Діяльність Центру спрямована на розвиток навичок самостійного життя, соціальної компетентності молодих людей з метою їх подальшого влаштування в гуртожиток під постійним наглядом фахівців. Основні напрями роботи Центру: навчання (індивідуальні заняття з основних навичок читання, усної й письмової комунікації, комп'ютерної грамотності; ведення побуту – залучення молоді до роботи на кухні, прибирання та благоустрою ділянки, садівництво, вирощування та догляд за домашніми тваринами); організація дозвілля (спортивні секції, музичні заняття табори відпочинку тощо); медичне забезпечення (профілактика захворювань, медичний нагляд та лікування).

Не менш важливі в Україні проблеми репродуктивного здоров'я населення України. Високий рівень кількості абортів, безпліддя, мертвонароджених дітей вимагають розробки нової стратегії, визначальне місце в якій належить центрам (кабінетам) планування сім'ї (створені згідно постанови Кабінету Міністрів України від 13.09.1995 р. №736 «Про Національну програму планування сім'ї»).

Центри планування сім'ї організуються переважно на базі лікарень, рідше – є самостійними структурними одиницями. Основними напрямками їх діяльності є такі:

- інформаційна робота з питань планування сім'ї, сексуальне виховання молоді;
- надання медико-соціальної і психологічної допомоги, вирішення проблем психосексуальних взаємин;
- забезпечення підлітків і молоді доступними засобами контрацепції, популярною літературою з питань планування сім'ї;
- робота з дітьми та підлітками в групах;
- індивідуальна робота з «важкими» підлітками, неблагополучними сім'ями, інвалідами;

➤ залучення ЗМІ до поширення й пропаганди ідей планування сім'ї в регіонах.

Метою діяльності Центрів є навчання молоді безпечній статевій поведінці, збереженню та поліпшенню особистого здоров'я, підвищення рівня відповідального батьківства. Тобто в основу їх роботи покладено, перш за все, цілеспрямоване формування у молоді статевої культури та підготовки її до створення здорової сім'ї.

Отже, важливих медико-соціальних проблем в сучасній Україні багато, тому створення інституцій та регламентування їх роботи й навчання персоналу для розв'язання наведених проблем украй необхідні.

Саме тому питання спеціалізованих технологій медико-соціальної роботи є найбільш важливим в діяльності організацій і установ, які працюють у сфері охорони здоров'я і соціального захисту населення. Їх системне застосування на практиці в умовах сучасного суспільства вимагає підготовки кваліфікованих фахівців, що, однак, супроводжується низкою проблем.

➤ По-перше, специфіка вітчизняної підготовки соціальних працівників полягає в тому, що їх готують у немедичних вищих навчальних закладах, а їх майбутня професійна діяльність часто реалізується в сфері охорони здоров'я. Тому організація викладання навчальних дисциплін, прямо чи опосередковано пов'язаних з питаннями здоров'я населення, набуває особливого значення.

➤ По-друге, соціальні працівники мають не тільки володіти сталими та відпрацьованими на практиці технологіями, але й вміти розробляти нові технології, відповідні конкретним умовам роботи та контингенту.

Ми переконалися, що у світовій практиці (підрозділ 2.1) існують досить добре розроблені технології соціальної роботи з дітьми-інвалідами, наркозалежними, інвалідами. Але якщо взяти, наприклад, деякі міста Київської та Житомирської області, то там більше як за 20 останніх років склалася катастрофічна та унікальна ситуація: у цих містах є велика кількість дітей, чия інвалідність пов'язана із захворюваннями внаслідок Чорнобильської аварії. У світі немає досвіду роботи з такими

дітьми. Тому соціальним працівникам необхідно самостійно шукати форми й методи допомоги цим дітям. З метою збереження здоров'я дітей, котрі проживають у забруднених районах, відкриваються і вже функціонують оздоровчі реабілітаційні центри. При позитивному впливі на стан здоров'я виникає низка соціальних та психологічних проблем: діти починають відчувати себе хронічно хворими, переживають стан самотності та соціальної відчуженості, вони випадають із буденного соціального оточення та спілкування і в результаті стають дезадаптованими у соціальному плані. А відпрацьованих технологій соціальної реадaptaції дітей в оздоровчих закладах на сьогодні не існує.

Отже, основним напрямком фахової підготовки соціальних працівників повинне стати навчання не лише застосуванню апробованих, але й розробка нових медико-соціальних технологій, пристосованих до реальних умов діяльності та потреб конкретних людей.

3.2. Аналіз вітчизняного досвіду підготовки майбутніх соціальних працівників до використання технологій медико-соціальної роботи в професійній діяльності

Порівняно незначний досвід діяльності вищих навчальних закладів з підготовки соціальних працівників в Україні (з 1991 року) свідчить про низку суперечностей і проблем, які супроводжують цей процес. Зокрема це питання визначення галузі знань, до якої належить соціальна робота. Неоднозначність його розуміння призвела до того, що близько 20 років навчання соціальних працівників відбувалося за напрямом 0402 «Соціологія» (Постанова Кабінету Міністрів України №507 від 24 травня 1997 року «Про перелік напрямів та спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців у вищих навчальних закладах за відповідними освітньо-кваліфікаційними рівнями»). Узв'язку з цим вищими навчальними закладами у зміст підготовки соціальних працівників були введені такі спеціальні дисципліни: «Загальна соціологічна теорія», «Історія соціологічних теорій і вчень», «Методологія і методи соціологічних досліджень» та низка галузевих соціологій («Соціологія праці», «Соціологія шлюбу і родини», «Соціологія

масових комунікацій» та ін.). Такий зміст навчальних планів передбачав ґрунтовну «соціологічну» підготовку фахівців і не відповідав потребі суспільства у кваліфікованих соціальних працівниках.

У 2007 році затверджено перелік напрямів підготовки фахівців у ВНЗ за освітньо- кваліфікаційним рівнем бакалавра (Постанова Кабінету Міністрів України №1193 від 3 жовтня 2007 року), у якому напрям підготовки «Соціальна робота» було внесено до розділу 1301 «Соціальне забезпечення». Постановою Кабінету Міністрів України №266 від 29 квітня 2015 року затверджено новий перелік напрямів і спеціальностей, у якому «Соціальна робота» виокремлена в окрему галузь знань, а підготовка фахівців здійснюється за освітньо-кваліфікаційними рівнями бакалавра, спеціаліста і магістра.

Надзвичайно важливою проблемою підготовки майбутніх соціальних працівників є розробка стандартів вищої освіти за цим напрямом, освітньо-професійних програм, освітньо-кваліфікаційних характеристик фахівців тощо. Відповідно до цього, Міністерством освіти і науки України було затверджено галузевий стандарт вищої освіти України підготовки бакалаврів «Соціальна робота». Згідно з цим стандартом чітко визначено перелік дисциплін нормативної частини навчальних планів підготовки фахівців, а наповнення варіативної частини відбувається з урахуванням можливостей навчального закладу та найбільш актуальних сьогодні напрямів соціальної роботи:

➤ класична допомога тим верствам та групам населення, які неспроможні самостійно забезпечити себе необхідними соціально-економічними ресурсами. До цієї категорії належать багатодітні сім'ї, діти-сироти, інваліди, самотні пенсіонери тощо;

➤ соціально-психологічна підтримка тих, хто за різних обставин не зміг адаптуватися до соціальних змін чи опинився в маргінальному стані. До цієї категорії належать безробітні, діти з відхиленнями в соціальній поведінці, люди, які страждають на наркоманію та алкоголізм тощо. Ми вважаємо, що саме соціальні працівники, озброєні відповідними знаннями та навичками сучасних медико-соціальних, педагогічних та ін. технологій, мають допомогти людям у вирішенні цих складних проблем.

Університетський рівень фахової підготовки слід спрямовувати на навчання соціальних працівників, які будуть спроможні ефективно працювати за кожним із зазначених напрямків, а одним із результативних компонентів навчання повинна стати готовність випускників до використання медико-соціальних технологій у професійній діяльності.

Розглянемо вітчизняний досвід підготовки соціальних працівників до застосування ТМСР. Студенти Національного університету «Києво-Могилянська Академія» у процесі навчання за бакалаврською та магістерською програмами знайомляться з сучасними уявленнями про соціальні проблеми й підходами до їх вирішення, опановують методи надання дорадчої і консультативної допомоги окремим особам, сім'ям, групам, спільнотам та організаціям у випадку виникнення в них соціальних та особистих труднощів, вивчають методи збору й аналізу соціальної інформації, здобувають знання про теоретико-методологічні засади й ключові результати соціальних досліджень, відповідно до вибору студентами вибіркового навчального циклу професійної та практичної підготовки (серед них – розвиток професійних концепцій у соціальній роботі, соціальні інновації, соціальна політика, соціальне проектування, порівняльна соціальна політика, технологія проведення тренінгу тощо). Успішне завершення програми передбачає здобуття поглиблених фундаментальних та професійно орієнтованих знань та вмінь, здатності вирішувати професійні завдання у галузі соціального захисту та соціальної роботи.

Для забезпечення медико-соціальної складової підготовки майбутніх соціальних працівників у навчальний план включені такі дисципліни: «ВІЛ/СНІД: політика, профілактика, догляд» (3 кредити), «Соціальна робота з ВІЛ/ СНІД особами» (2,5 кредити), «Соціальна робота з наркозалежними» (2,5 кредити), «Соціальна психіатрія» (3 кредити), «Соціальна робота в охороні здоров'я» (2,5 кредити). Задля поглиблення практичних умінь та навичок майбутні соціальні працівники проходять практику в соціальних закладах і службах, де мають можливість ознайомитися з конкретними прикладами застосування технологій медико-соціальної роботи.

Аналіз змісту навчальних планів, робочих програм дисциплін свідчить, що вони спрямовані на підготовку соціальних працівників широкого профілю, а підготовка до використання медико-соціальних технологій у майбутній професійній діяльності має несистемний, вибірковий характер. Про це свідчить надмірна увага до проблеми ВІЛ/ СНІД у, наркоманії та психіатрії і відсутність навчальних дисциплін, у яких би студенти знайомилися зі специфікою медико-соціальної роботи з іншими категоріями осіб (інвалідами, невиліковно хворими, людьми похилого віку та ін.).

Підготовка соціальних працівників у Національному університеті «Львівська політехніка» скерована на привнесення професійних знань та умінь у політику соціального забезпечення та практику соціальної роботи для здійснення соціальних змін, спрямованих на реформування соціальних послуг та покращення соціального та економічного добробуту населення України.

Програма професійного навчання за спеціальністю Соціальна робота розроблена для підготовки генералістичних соціальних працівників, тобто фахівців загальної практики соціальної роботи. Ця програма ґрунтується на визначенні генералістичної діяльності як прикладного застосування бази еkleктичних знань, професійних цінностей та широкого спектра умінь та навичок з метою здійснення впливу в мікро-, мезо- та макросистемах заради змін у контексті чотирьох основних процесів: прийняття широкого діапазону професійних ролей; використання незалежного, критичного мислення; дотримання процесу запланованих змін; наголосу на підтриманні клієнта.

При тому, гцо генералістична орієнтація є важливою і допомагає підготувати соціальних працівників до практичної діяльності у різноманітних сферах, в умовах бакалаврату існують також можливості й для спеціалізації. Наприклад, студенти вивчають спеціалізовані дисципліни, що зосереджуються на роботі з дітьми і сім'ями, домашньому насильстві, роботі з групами та розвитку громади. Що стосується професійної підготовки соціальних працівників до медико- соціальної роботи, то навчальним планом передбачені такі курси: «Валеологія» (1,5 кредитів), «Анатомія та фізіологія людини» (1,5 кредитів),

«Технології збереження здоров'я в соціальній сфері» (1 кредит). У межах спеціалізації «Соціальні технології» пропонується курс «Соціальна робота в закладах охорони здоров'я» (2 кредити).

Особлива увага в процесі професійної підготовки приділяється практиці – студенти мають можливість її проходження в таких медико-соціальних закладах м. Львова як міський центр статевого виховання дітей та підлітків; центр медико-соціальної допомоги дітям та молоді «Клініка, дружня до молоді»; хоспіс; Львівське обласне добровільне товариство дітей-інвалідів, хворих на дитячий церебральний параліч; навчально-реабілітаційний центр для дітей, хворих на дитячий церебральний параліч «Джерело»; центр соціального захисту та реабілітації інвалідів «Созарін»; Львівський обласний клінічний наркологічний диспансер; центр з профілактики та боротьби зі СНІДом та ін.

Отже, випускник навчальної програми – генераліст, який уміє працювати з різними категоріями клієнтів (як окремих осіб, родин, так і груп чи громад), часто координуючи зусилля спеціалістів у процесі піклування, а також виконувати свої функції у різних сферах практичної соціальної роботи, частково й медико-соціальної.

У Тернопільському національному педагогічному університеті імені Володимира Гнатюка проводиться певна робота щодо створення власної моделі підготовки соціального працівника, розробки відповідних технологій навчального процесу, організаційного науково-методичного забезпечення. При цьому викладачі університету намагаються виходити як із суті діяльності соціального працівника, так і необхідності підняття статусу й престижу цієї професії.

Основними складовими навчальної програми в галузі соціальної роботи є соціальна політика, професійна практика та практичні вміння і навички, дослідження, а також знання особливостей практичної соціальної роботи в її різноманітних сферах з категоріями населення у стані ризику. Відповідно навчальні дисципліни об'єднуються в такі групи: підготовка до соціальної роботи (фундаментальні навчальні дисципліни); навчальні курси з практичної соціальної роботи; політика

соціального забезпечення; соціальні дослідження; спеціалізовані сфери практичної соціальної роботи; настанови з питань проходження практики.

Підготовка соціальних працівників до медико-соціальної роботи здійснюється в процесі вивчення таких навчальних дисциплін: «Валеологія» (3 кредити), «Основи соціально-медичної роботи» (3 кредити), «Здоров'язбережувальні технології» (2 кредити) або «Менеджмент здоров'я» (2 кредити) – на вибір. Під час вивчення дисциплін «Технології соціальної роботи» (7 кредитів) і «Соціальна робота з різними групами» (5 кредитів) робочими навчальними планами передбачені окремі теми, що розкривають зміст і технології роботи соціального працівника у сфері медико-соціальної роботи: це «Соціальна робота із узалежненими», «Соціальна робота з інвалідами», «Соціальна робота з хворими на ВІЛ/СНІД», «Технології медикосоціальної роботи» та ін. Навчальною програмою передбачається практична підготовка студентів.

Практики соціальної роботи організуються як неперервний пізнавальний навчальний процес, що здійснюється в закладах соціальної служби протягом декількох тижнів. Це, у свою чергу, сприяє зануренню студента у процес практичної діяльності та більш глибокому осмисленню особливостей виконання різних ролей соціального працівника.

У цілому, базова навчальна програма в галузі соціальної роботи забезпечує фундаментальну професійну підготовку фахівців, що доповнюється гуманітарною університетською освітою. Випускники програми професійної підготовки соціальних працівників вирізняються здатністю демонструвати комплексний підхід до практичної соціальної роботи у різних її сферах.

Підготовка соціальних працівників у Луганському національному університеті здійснюється за двома рівнями – бакалавр (4 роки) і магістр (1 рік) і має професійне спрямування «Соціальне забезпечення». Навчальні програми враховують: освітні та кваліфікаційні вимоги до випускників вищих навчальних закладів у вигляді переліку здатностей та умінь вирішувати завдання діяльності; вимоги до атестації якості освітньої та професійної підготовки бакалаврів із соціальної

роботи; професійне призначення і умови використання випускників вищих навчальних закладів освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» з напрямку «Соціальна робота» у вигляді переліку первинних посад, виробничих функцій та типових задач діяльності.

Підготовка соціальних працівників до використання технологій медикосоціальної роботи відбувається в процесі вивчення таких дисциплін: «Основи медичних знань» (4,5 кредити), «Технології соціальної роботи» (7,5 кредитів). Деякі теми, що стосуються медико-соціальної роботи з різними категоріями клієнтів включені до окремих фахових дисциплін: «Соціально-педагогічний патронаж» (3 кредити) – «Поняття про технології, що застосовуються в роботі патронажних служб», «Технології соціального патронажу в роботі з ВІЛ-інфікованими та особами, які мають алкогольні та наркотичні проблеми»; «Теорія соціальної роботи» (9 кредитів) – «Соціальна турбота про побут інвалідів», «Соціальна робота та система охорони здоров'я»; «Соціальна робота з різними групами клієнтів» (3 кредити) – «Соціальна допомога та підтримка осіб з обмеженими можливостями», «Система надання соціальної допомоги людям похилого віку та самотнім», «Соціальна робота з особами, які мають алкогольні та наркотичні проблеми», «Особливості соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД», «Соціальна робота з сім'ями, що мають дітей з особливими потребами» та ін. На рівні магістратури студенти слухають курс «Соціальна реабілітація людей з обмеженими можливостями» (2 кредити).

З елементами медико-соціальної роботи студенти мають можливість ознайомитися в процесі практик: ознайомчої (1 курс, 1 семестр, 2 тижні), соціально-обслуговуючої (1 курс, 2 семестр, тижні), профілактично-попереджувальної (3 курс, 5 семестр, 2 тижні), корекційно-реабілітаційної (3 курс, 6 семестр, 2 тижні), соціально-підтримуючої (4 курс, 7 семестр, 2 тижні), консультативної (3 курс, 5 семестр, 2 тижні).

Отже, аналіз навчальних програм підготовки соціальних працівників у деяких ВНЗ України свідчить, що вони спрямовані на формування широко освіченого фахівця, який має

фундаментальні знання, вміння та навички необхідні для професійної діяльності в різних галузях соціальної роботи. Що стосується підготовки до використання технологій медико-соціальної роботи, то кожен ВНЗ організовує її, зважаючи на власні можливості та ресурси – у деяких закладах з цією метою впроваджено низку спеціальних дисциплін медико-соціального спрямування; в інших – медико-соціальні питання є складовими фахових дисциплін із соціальної роботи.

Проблемною є також практична підготовка: студентам пропонується широкий перелік баз практик, однак закладів, які мають медико-соціальний профіль діяльності є недостатньо. У зв'язку з цим ознайомитися з елементами технологій медико-соціальної роботи може лише частина студентів (на бази практики зазвичай приймають не більше 3-ох практикантів). Інші проблеми практики студентів – це відсутність єдиного стандарту у вітчизняних ВНЗ до її організації, питання нормативного врегулювання волонтерської практики, не завжди злагоджена співпраця з базами практик та ін.

РОЗДІЛ 4.

СТРАТЕГІЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ У МЕЖАХ НАВЧАЛЬНОГО КУРСУ «СОЦІАЛЬНА РОБОТА В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»

4.1. Зміст професійної підготовки в межах навчального курсу «Соціальна робота в галузі охорони здоров'я»

Підготовка студентів до роботи в галузі охорони здоров'я як немедицих фахівців здійснюється при вивченні базових курсів з педагогіки, психології, соціології, соціальної роботи, у ході роботи в тренінгах, під час практик.

Крім основних курсів, студенти факультетів соціальної педагогіки й психології (як, наприклад, Глухівського національного педагогічного університет імені Олександра Довженка) вивчають курс «Соціально-педагогічний лінгвотренінг», який читається англійською мовою й спрямований на вивчення закордонного досвіду в галузі соціальної роботи та на оволодіння мовним матеріалом, що дозволить працювати з оригінальними закордонними джерелами. Паралельно з основними курсами був розроблений і читається спецкурс «Соціальна робота в галузі охорони здоров'я». Далі пропонуємо огляд власної науково-методичної розробки проблеми підготовки соціального працівника до роботи в системі охорони праці.

Анонсований курс розроблений та адаптований для студентів 3 курсу спеціальності «Соціальна робота» Глухівського національного педагогічного університет імені Олександра Довженка. Обсяг курсу – 96 годин, із них 48 годин – лекції, 48 годин передано на семінарські заняття. Важливі практичні навички роботи соціальних працівників в закладах охорони здоров'я набуваються студентами під час практик.

Розроблення цієї вкрай важливої для майбутніх соціальних працівників дисципліни в навчальному плані зумовлена низкою причин. По-перше, у зв'язку з розумінням того, що здоров'ям людей повинні опікуватися не тільки медичні працівники.

По-друге, досвід роботи переконує, що соціальні працівники тісно взаємодіють із клієнтами, у яких існують ті або ті види захворювань, а відсутність професійної підготовки в галузі надання послуг хворим людям позначається на якості цих послуг.

До того ж саме така підготовка дасть можливість майбутнім фахівцям краще розуміти клієнтів, що мають проблеми зі здоров'ям, дозволить безперешкодно працювати в галузі охорони здоров'я. Тим більше, що зараз система охорони здоров'я розглядає питання про прийняття на роботу немедичних кадрів.

Ці факти спонукали до ідеї впровадження спеціальної підготовки студентів для роботи в галузі охорони здоров'я громадян, що ми намагаємося здійснити через викладання відповідного курсу та шляхом залучення закордонних фахівців на різних рівнях навчання, участь у міжнародних проектах.

Розглянемо детальніше зміст курсу «Соціальна робота в галузі охорони здоров'я». Мета курсу – дати студентам знання:

- основних детермінант здоров'я; структур медичної допомоги та їх функціонування; знати, як ці структури впливають на споживача; динаміки формування соціальної політики в галузі охорони здоров'я;

- основних організаційних моделей охорони здоров'я в різних країнах;

- ролі соціального працівника/педагога в наданні послуг у галузі охорони здоров'я; міри відповідальності при наданні таких послуг;

- базові знання, які дозволять критично розуміти проблеми й питання, охорони здоров'я; бачити шляхи реформування охорони здоров'я; креативно сприймати роль соціального працівника не тільки в наданні послуг, але й при розвитку програм для пацієнтів, рідних, співтовариства.

- основних форм інтервенцій при роботі в різних галузях охорони здоров'я, підходів у консультуванні.

Курс покликаний сформувати у слухачів уміння:

- здійснювати аналіз соціальних, політичних, економічних факторій; що впливають на формування соціальної політики в галузі охорони здоров'я та на здоров'я громадян;

- давати критичну оцінку різним системам охорони здоров'я;

➤ робити усні й письмові презентації важливих питань, що стосуються ставлення до галузі охорони здоров'я й надання немедичних цюслуг, особливо непривілейованим категоріям населення (малозабезпеченим, смертельно хворим, психічно хворим людям).

Під час читання курсу передбачається сформувати ставлення:

➤ сформувати переконання, що практика соціальної роботи в галузі охорони здоров'я й цінності професії можуть зробити вагомий внесок у якість медичного догляду й здоров'я;

➤ сформувати бажання вносити зміни на рівні організації, впровадження програм і законодавства, які вплинуть на подальший розвиток послуг в охороні здоров'я;

➤ сформувати бажання віддано захищати права пацієнтів при роботі в системі охорони здоров'я;

➤ боротися проти нерівного надання послуг різним групам населення.

Головні методи представлення матеріалу – лекції й семінарські заняття. Для читання лекцій з практики міжнародних систем охорони здоров'я й соціальної роботи в ній запрошуються фахівці з різних країн. За темами 11-20 працюють фахівці медичного профілю.

Семінарські заняття мають форму обговорення питань в малих групах (3-4 студенти). Кожен студент упродовж курсу мусить виступити як керівник групи, який готує питання для обговорення.

На останньому семінарському занятті обговорюється письмова робота (10-15 сторінок) з обраної проблеми в галузі охорони здоров'я відповідно до пройдених тем курсу. Письмова робота являє собою аналіз проблеми й пропозиції щодо її розв'язання.

Наприкінці курсу передбачена форма контролю у вигляді письмового іспиту з пройденого матеріалу. На практиці студенти відвідують онкологічний і психіатричний диспансери, служби в співтоваристві.

Система оцінювання:

Відвідування занять і участь у них – 20%

Письмова робота – 40%

Іспит – 40%

Структура курсу має такий вигляд:

№ п/п	Теми	Вид заняття	К-ть годин	Літ-ра
1.	Здоров'я як цінність. Детермінанти	л/з	2/2	
2.	Огляди систем охорони здоров'я в різних країнах	л/з	2/2	
3.	Історичний контекст доставки послуг в Україні. Структура української охорони здоров'я	л/з	2/2	
4.	Огляди соціальної роботи в галузі охорони здоров'я. Система доставки соціальних послуг	л/з	2/2	
5.	Цінності й етичні принципи діяльності соціального педагога/працівника в галузі	л/з	2/2	
6.	Знання, уміння, навички соціальної роботи	л/з	2/2	
7.	Оцінка в соціальній роботі. Соціальна історія. Генограма. Екокарта	л/з	2/2	
8.	Ведення документації	л/з	2/2	
9.	Види інтервенцій/терапій у соціальній роботі. Основні навички консультування	л/з	2/2	
10.	Консультування. Кризові інтервенції	л/з	2/2	
11.	Профілактика здорового способу життя й консультування з питань здоров'я	л/з	2/2	

12.	Соціальна робота в місцях первинного надання медичної допомоги	л/з	2/2	
13.	Соціальна робота у відділеннях швидкої допомоги	л/з	2/2	
14.	Соціальна робота в лікарнях	л/з	2/2	
15.	Соціальна робота в онкологічних лікувальних закладах	л/з	6/4	
16.	Соціальна робота в будинках для літніх людей	л/з	2/2	
17.	Соціальна робота з людьми з обмеженими фізичними й психічними можливостями в співтоваристві	л/з	4/6	
18.	Соціальна робота з ВІЛ/СНІД клієнтами	л/з	2/2	
19.	Соціальна робота в хоспісах	л/з	2/2	
20.	Соціальна робота з людьми з алкогольною й наркотичною залежністю	л/з	2/2	
21.	Робота з персоналом. Ефекти згоряння	л/з	2/2	
22.	Усього: 96 годин	л/с	48/48	

Зміст тем:

Тема 1. Здоров'я як цінність. Детермінанти здоров'я.

Медична модель здоров'я. Біопсихосоціальний підхід у соціальній роботі. Теорія екосистем. Детермінанти здоров'я: генетична схильність, статус, клас, дохід, освіта, стать, географічне положення, етнічні відмінності, вік, система охорони здоров'я.

Тема 2. Огляд систем охорони здоров'я в різних країнах.

Світові цінності в галузі охорони здоров'я. Досягнення, основні пріоритети розвитку систем охорони здоров'я, проблеми світової охорони здоров'я. Порівняльний аналіз різних систем охорони здоров'я у світі (на прикладі Канади, США, Німеччини).

Тема 3. Історичний контекст доставки послуг в Україні. Структура української охорони здоров'я.

Історичні передумови виникнення системи охорони здоров'я в Україні. Огляд системи охорони здоров'я. Проблеми й перспективи розвитку охорони здоров'я в Україні. Концепції здоров'я й проблеми формування соціальної політики в галузі охорони здоров'я.

Тема 4. Огляд основних видів соціальних послуг в галузі охорони здоров'я. Система доставки соціальних послуг.

Система доставки соціальних послуг. Основні напрямки роботи соціальних служб у галузі охорони здоров'я й у громаді. Сучасні тенденції. Досвід і проблеми.

Тема 5. Цінності й етичні принципи діяльності соціального педагога/працівника в галузі охорони здоров'я.

Етичні професійні цінності й стандарти соціальної роботи в галузі охорони здоров'я. Зобов'язання перед клієнтом, самовизначення клієнта, інформована згода, компетенція фахівця, конфіденційність, доступність до записів, оплата послуг, припинення послуг та ін.

Тема 6. Знання, уміння, навички соціальної роботи в галузі охорони здоров'я. Роль медичних знань. Знання, уміння, навички соціальної роботи. Роль медичних знань. Загальні знання про населення, проблемні зони, ресурси співтовариства, моделі інтервенції. Спеціальні знання: поведінка людини та її соціальне оточення; соціальна політика; практика соціальної роботи; теорії процесу надання допомоги; методи дослідження.

Тема 7. Оцінка в соціальній роботі. Соціальна історія. Генограма. Екокарта.

Оцінка в соціальній роботі. Багаторівнева оцінка. Класифікаційна система оцінки людини в оточенні DSM-1Y, КМВ-9. Соціальна історія. Генограма. Екокарта.

Тема 8. Ведення документації

Ведення документації. Типи записів. Запис результатів діагностики. Аудіо- і відеозаписи. Запис консультацій. Графічні методи записів. Комп'ютерні записи.

Тема 9. Види інтервенцій/терапій у соціальній роботі. Основні навички консультування.

Види інтервенцій/терапій у соціальній роботі. Основні навички консультування. Вербальна і невербальна поведінка. Активне слухання, емпатія, конкретизація.

Тема 10. Консультування. Кризові інтервенції.

Консультування. Кризові інтервенції. Короткострокове консультування. Психоаналіз; раціонально-емоційна терапія; когнітивна терапія; терапія, зосереджена на клієнті; терапія, зосереджена на проблемі в консультуванні.

Тема 11. Профілактика здорового способу життя. Консультування з питань здорового способу життя.

Соціальна робота й профілактика здорового способу життя. Консультування з питань здорового способу життя. Консультування з контролю за вагою. Групове консультування з керування стресом.

Тема 12. Соціальна робота в місцях первинного надання допомоги.

Цілі, завдання, форми й методи роботи соціального працівника/соціального педагога в місцях первинного надання допомоги.

Тема 13. Соціальна робота у відділеннях швидкої допомоги.

Цілі, завдання, форми й методи роботи соціального працівника/соціального педагога у відділеннях швидкої допомоги.

Тема 14. Соціальна робота в лікарнях.

Цілі, завдання, форми й методи роботи соціального працівника/соціального педагога в лікарнях.

Тема 15. Соціальна робота в онкологічних лікувальних закладах.

Цілі, завдання, форми й методи роботи соціального працівника/ соціального педагога в онкологічних лікувальних закладах.

Тема 16. Соціальна робота в будинках для літніх людей.

Цілі, завдання, форми й методи роботи соціального працівника/соціального педагога в будинках для літніх людей.

Тема 17. Соціальна робота з людьми з обмеженими фізичними й психічними можливостями в співтоваристві.

Цілі, завдання, форми й методи роботи соціального працівника/соціального педагога з людьми з обмеженими фізичними й психічними можливостями в співтоваристві.

Тема 18. Соціальна робота з ВІЛ/СНІД клієнтами.

Цілі, завдання, форми й методи роботи соціального працівника/соціального педагога з ВІЛ/СНІД клієнтами.

Тема 19. Соціальна робота в хоспісах.

Цілі, завдання, форми й методи роботи соціального працівника/соціального педагога в хоспісах.

Тема 20. Соціальна робота з людьми з алкогольною та наркотичною залежністю.

Цілі, завдання, форми й методи роботи соціального працівника/соціального педагога з людьми з алкогольною та наркотичною залежністю.

Тема 21. Робота з персоналом. Ефекти згорання.

Основний зміст тем 1, 2, 4 представлені в 1 і 2 цього дослідження. Тема 3 (Історичний контекст доставки послуг в Україні) виносить на самостійний дослідницький проект. Тема 21 (Робота з персоналом і ефект згорання) проводиться психологами у вигляді тренінгу.

Тому ми деталізуємо теми теми 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 лекційного курсу «Соціальна робота в галузі охорони здоров'я». Робота в медичних лікувальних установах, а також робота з окремими категоріями клієнтів буде розглянута в розділі 5, де й проаналізуємо діяльність студентів на практиці.

Вибір саме цих тем для всебічного аналізу зумовлений, насамперед, їх маловивченістю у вітчизняній науковій і

навчальній літературі. Тому при розробленні наведених тем ми опиралися на закордонні джерела, а опанований практичний досвід розвинених країн, та отримані знання від прослуханих лекцій у межах навчальних курсів в американських, канадських і німецьких університетах сприяв деталізації матеріалу та залученню широких аналогій.

Розглянемо подані вище теми докладніше.

Тема 5. Цінності й етичні принципи діяльності соціального працівника/педагога в галузі охорони здоров'я.

Крім знань, фахівець повинен володіти професійним етичним кодексом, що відтворює цінності професії та визначає норми професійної поведінки соціального педагога/працівника.

Професійні етичні принципи в соціальній роботі ґрунтуються на таких цінностях: надання послуг, соціальна справедливість, значимість особистості клієнта, важливість людських взаємин, порядність, компетентність.

Звернімо увагу на те, як саме цінності професії відтворено в етичних принципах, як професійні цінності й етика соціального працівника/педагога знаходять своє вираження в галузі охорони здоров'я.

Цінність: надання послуг.

Етичний принцип: головна мета діяльності соціального працівника – допомагати людям, які її потребують, вирішувати їх соціальні проблеми.

Соціальні працівники/педагоги повинні надавати послуги тим людям, які відчують у цьому потребу. Це може бути оплачувана або безоплатна(волонтерська) допомога. Інтереси клієнтів ставляться вище власних інтересів фахівця.

Цінність: соціальна справедливість.

Етичний принцип: соціальні працівники/педагоги повинні боротися з соціальною нерівністю.

Соціальні працівники/педагоги спрямовують свою діяльність на соціальні зміни, особливо захищають права обмежених верств населення, пригноблених індивідів або груп людей. Вони покликані боротися за соціальні зміни у таких

соціальних питаннях як бідність, безробіття, дискримінація та інші форми соціальної несправедливості. Професіонали в цій галузі повинні бути чуйними до потреб людей, знати форми гноблення, бачити культурні й етнічні відмінності. Фахівці повинні надати доступ до необхідної інформації, служб, ресурсів, забезпечити рівність можливостей брати участь у рішеннях щодо захисту прав людей.

Цінність: значимість та унікальність людини.

Етичний принцип: соціальні працівники/педагоги поважають унікальність і індивідуальність людини.

До кожної людини вони повинні ставитися з повагою й турботою; визнавати індивідуальні, культурні, етнічні відмінності. Соціальні працівники/педагоги зобов'язані допомагати клієнтові в його самовизначенні; у розвитку здатностей і можливостей для змін і задоволення його потреб. Вони мусять визнавати свою подвійну відповідальність перед клієнтом і перед суспільством. Соціальні працівники шукають шляхи розв'язання конфліктів між інтересами клієнта та інтересами суспільства у формі, прийнятній суспільством відповідно до цінностей, етичних принципів і стандартів професії.

Цінність: важливість людських взаємин.

Етичний принцип: соціальні працівники/педагоги визнають особливу важливість людських взаємин.

Фахівці в цій галузі розуміють, що людські взаємини є важливим засобом для здійснення змін. У власній роботі вони уособлюють людей як партнерів у процесі надання допомоги. Соціальні працівники/педагоги прагнуть зміцнити взаємини між людьми з метою покращення, відновлення, підтримки й забезпечення добробуту індивідів, сімей, соціальних груп, організацій і співтовариств.

Цінність: чесність.

Етичний принцип: соціальні працівники/педагоги поведуться чесно щодо клієнтів. Фахівці в галузі соціальної роботи повинні постійно пам'ятати про місії професії, цінності, етичні принципи та стандарти. Вони зобов'язані надавати послуги відповідно до вимог професії. Соціальні працівники/педагоги повинні працювати чесно й відповідально, пропагувати етичні принципи своєї організації на практиці.

Цінність: компетенція

Етичний принцип: соціальний працівник надає послуги в межах своєї компетенції. Соціальні працівники/педагоги повинні намагатися розширити свої знання й уміння та застосовувати їх на практиці. Вони прагнуть розвивати свою професію.

Отже, нами були обрані лише ті етичні стандарти, які безпосередньо пов'язані з роботою соціального педагога/працівника в сфері охорони здоров'я. Далі розглянемо як етичні принципи, стандарти й цінності повинні трансформуватися у професійній діяльності соціальних педагогів/працівників у лікувальних закладах, оскільки саме тут вони набувають особливого й унікального значення.

Розглянемо таку цінність як повага і визнання індивідуальності та унікальності особистості. Така цінність надзвичайно важлива, оскільки при роботі з хворою людиною, яка має поганий стан, із психічними або фізичними розладами, з людьми, що помирають слід виявляти максимум емпатії й толерантності.

Крім цього, люди, що перебувають в одній лікарні, являють собою мікрокосмос, певну модель суспільства, де представлені різні соціальні верстви, вікові категорії, освітні рівні, соціальні проблеми, гендерні, культурні, релігійні особливості.

Саме тому соціальні педагоги повинні пам'ятати, що кожна людина є своєрідною цінністю. Приймати людину ми повинні незалежно від її поведінки. Кожна людина має право на реалізацію власного потенціалу. Як професійна група соціальні педагоги/працівники зобов'язані піклуватися про клієнтів, які перебувають у важкому стані, бути для них соціальними адвокатами, при цьому не нав'язувати свої норми й цінності, а враховувати й визнавати їхні погляди на життя.

Етичні стандарти конфіденційності в роботі соціального педагога в галузі охорони здоров'я.

Ця цінність є особливо важливою при роботі з клієнтами в системі охорони здоров'я, оскільки хвороба й немічність – найбільш уразливий для людини стан. Соціальний педагог/працівник не тільки може побачити своїх клієнтів у лікарняному одязі, але навіть і без нього, що робить людину ще

більш беззахисною та вразливою, бо вона позбавлена своєї звичайної підтримки в лікарнях і будинках для літніх людей.

Клієнти тут діляться думками, про які б вони ніколи не говорили поза такими закладами. Тому вони стають ще більше незахищеними. Соціальний працівник має доступ до медичної карти хворого, що надає йому персоніфіковану інформацію про клієнта, але він не має права її поширювати й розголошувати. Ніколи не можна обговорювати з рідними, сім'єю, знайомими, друзями або колегами справи клієнтів. З останніми можна обговорювати проблеми клієнтів, якщо у вас є сумніви з приводу подальшого ведення справ клієнтів. Сама соціальна історія клієнта повинна бути недоторкана.

Довіра – основа ефективної роботи фахівця в галузі соціального супроводу. Порушення конфіденційності веде до зниження довіри до професіонала з боку клієнта.

Утім існують винятки, пов'язані з небезпекою для суспільства: загроза вбивств, самогубств або кримінальної поведінки. У таких випадках фахівець повідомляє клієнта, що конфіденційність не буде збережена.

Етичні стандарти з питань самовизначення клієнта

Система охорони здоров'я часто ставить важливі питання перед пацієнтами/сім'ями, які охоплюють досить важливі галузі. Сюди входять підчас життєво важливі питання:

- який вибрати шлях лікування;
- чи приймати лікування, щоб знизити симптоми або може продовжити життя без лікування, бо воно буде мати побічні ефекти;
- чи говорити іншим важливим людям про стан здоров'я;
- чи підтримувати життя;
- чи дотримуватися лікування, оперуватися чи ні;
- як жити далі після лікування;
- іти в будинок для літніх людей чи залишатися вдома.

Питання самовизначення набувають особливого значення в лікарні. Про це свідчать дослідження: якщо люди відчувають сильне почуття втрати контролю над своїм життям, вони припиняють боротися, що негативно впливає на процес одужання.

Соціальний працівник повинен допомогти клієнтові/сім'ї одержати доступ до необхідної інформації, на основі якої будуть

прийняті усвідомлені рішення; надати допомогу у визначенні та виборі альтернатив; у виділенні пріоритетів і в наданні допомоги при їх досягненні.

Значимість соціальної справедливості

Обов'язком соціального працівника є підтримувати й активно забезпечувати рівні можливості та відповідне лікування всіх людей, незалежно від наших особистих почуттів щодо клієнтів, їхнього стану здоров'я або поведінки. Незважаючи на політичні погляди, мораль, релігію соціальний педагог/працівник як професіонал повинен усвідомлювати, що соціальна справедливість має існувати для всіх.

Наше суспільство не позбавлене конфліктів, які виявляються на всіх соціальних рівнях і в усіх парадигмах. Тому не дивно, що час від часу фахівці в галузі соціальної роботи відчують почуття невизначеності, напруги, кризи професійних цінностей чи етики поведінки. Це може наступити при роботі з клієнтом у таких царинах : 1) стан здоров'я клієнта; особистісних характеристик або поведінки; 2) в організаційних моментах і місцях роботи; 3) у питаннях ресурсів у співтоваристві. Розглянемо їх докладніше.

Конфлікти, пов'язані безпосередньо з клієнтом.

Конфлікт цінностей може виникнути в лікувальному закладі як суб'єктивна реакція соціального педагога на здоров'я або поведінку клієнта.

Наприклад:

➤ Людина, яку знайшли на вулиці, – хронічний алкоголік. На його лікування необхідно витратити певні ресурси. У фахівця виникає конфлікт: а чи варто його рятувати?

➤ Стан клієнта може викликати в практика хворобливі спогади про подібний стан когось із близьких для нього людей. Особистісні характеристики хворого можуть нагадати фахівцеві його самого і викликати стресс через те, що це могло трапитися і з ним.

➤ Пацієнт може мати проблеми, пов'язані з нездоровим способом життя (наркотики, фізичне й сексуальне насильство, проституція та ін.), що може викликати в практика відторгнення через конфлікт цінностей.

➤ Пацієнт/рідні наполягають, аби клієнт жив удома, але за деякими показниками це неможливо.

Конфлікти, пов'язані з організацією.

Конфлікти можуть виникати в організації, де працює певний фахівець (у нашому випадку – в медичному закладі):

➤ Адміністрація просить соціального педагога поговорити з рідними клієнта, аби ті не скаржилися на утримання клієнта в лікарні.

➤ Лікарня працює не на повну потужність через відсутність медперсоналу, хворим не надається медичний догляд у повному обсязі.

➤ Лікарі не допускають соціального працівника до роботи з деякими клієнтам, уважаючи їх «своїми» пацієнтами.

➤ Порушення прав хворих, записаних у статуті організації.

➤ Лікарі наполягають на виписці пацієнта, у той час як рідні й соціальний працівник не згодні з цим рішенням.

➤ Хворі скаржаться, що інші професіонали фізично, емоційно або сексуально некоректно поведуться з ними.

Конфлікти, пов'язані з роботою в співтоваристві.

Конфлікти цінностей та етичних стандартів можуть виникнути в процесі розвитку ресурсів для клієнта в співтоваристві. Соціальний працівник виступає сполучною ланкою між людиною і суспільством з будь-якими функціями. Це може бути брокер (людина, що знає, де перебувають ресурси в суспільстві й допомагає з'єднати клієнта з ними для задоволення потреб останнього).

У розвинених країнах соціальним працівникам комерційні структури пропонують поселити клієнтів у приватних будинках для літніх, послуги приватних структур з догляду за людиною вдома, медичне устаткування. За це він (соціальний працівник) може одержати заохочувальні нагороди, запрошення на презентації з ланчями та ін. Тому необхідно в першу чергу думати про клієнта, про його можливості й потреби.

У нашому суспільстві конфлікт може з'явитися у зв'язку з відсутністю необхідних послуг, належного медичного устаткування, через порушення прав у розподілі, недостатнього фінансування системи охорони здоров'я й системи соціального забезпечення.

Немає простої відповіді на те, як упоратися з різними конфліктами. Якщо йдеться про конфлікт, пов'язаний з

особистісними характеристиками клієнта, то соціальний працівник повинен уміти відокремлювати власні почуття й емоції від професійних взаємин. Що стосується конфліктів в організаціях, то соціальний педагог повинен пам'ятати про свої зобов'язання перед структурою, що наймає його, але так само поважати первинність інтересів і добробут клієнта.

У випадку конфлікту зі співтовариством, слід пам'ятати про те, що «професійна поведінка характеризується чесністю й цілісністю». Професійна зрілість допомагає фахівцеві переборювати спокуси, що виникають під час професійної діяльності, і повноцінно діяти відповідно до етичних принципів і стандартів професії. Професійні знання в сукупності із цінностями й етикою формують навички.

Тема 6. Знання, уміння, навички соціальної роботи в галузі охорони здоров'я. Роль медичних знань.

При підготовці соціальних працівників, незалежно від того, у якій галузі вони будуть працювати, необхідно, щоб студенти прослухали такі модулі:

1. Поведінка людини та її соціальне оточення. Інтегративні підходи наукових теорій про ролі біологічного, психологічного й соціокультурного в людській поведінці й розвитку.

2. Політика соціального добробуту й програми. Знання про історичний розвиток, сучасні підходи у формуванні соціальної політики як відповідь на запит соціальних проблем. Слід також наголосити на інформації про ресурси в співтоваристві, про їх дефіцит, про процес формування соціальної політики/програм у співтоваристві й про те, як соціальний працівник може впливати на соціальні зміни.

3. Практика соціальної роботи.

4. Теорії процесу надання допомоги, методи, уміння, навички, техніки, моделі інтервенції. Цінності й етичні принципи роботи.

5. Методи дослідження.

Знання про процес проведення досліджень, квалітативні й квантитативні методи дослідження, принципи й методи збору

даних, вибірки, аналізу отриманих даних, необхідних для практики соціальної роботи.

Із цих галузей третя присвячена винятково знанням із соціальної роботи. Вони повинні постійно поповнюватися й оновлюватися для підтримки статусу професії.

Соціальні працівники мають справу з великою кількістю різних проблем, у різних закладах, вони мають потребу у відновленні й доповненні знань в галузі своєї професійної діяльності. Це здебільшого відбувається на курсах із перепідготовки, а також під час професійної практичної діяльності.

Крім основних базових знань, соціальний працівник для діяльності в галузі охорони здоров'я повинен мати такі спеціальні знання:

- Знання про клієнтів лікувального закладу, характер їх захворювань; традиційні шляхи лікування цих захворювань; біопсихосоціальні аспекти захворювань; роль людського чинника в появі захворювання, лікування; вплив хвороби на поведінку людини, поведінку хворої людини. Знання повинні включати медичні й психіатричні компоненти.

- Знання про організаційну структуру, характеристику закладу, тобто державна це чи приватна структура, релігійна чи секулярна тощо.

- Соціальні працівники мусять знати про співтовариство та його ресурси. Сюди входять характеристика міського/сільського співтовариства; демографічні характеристики населення; пріоритети соціальної політики на рівні співтовариства; основні галузі промисловості в певному регіоні; наявність або відсутність необхідних ресурсів; проблемні зони населення.

- Моделі специфічних інтервенцій залежно від проблемних зон, клієнтів, організаційних характеристик, консультування з питань горя, зміни поведінки, ведення справ клієнтів. Дослідження, оцінка, документування відповідно до вимог певного закладу.

Ці знання є обов'язковими для всіх соціальних працівників загального профілю. Соціальна робота в галузі охорони здоров'я

вимагає глибших базових знань про клієнтів, проблем, організації та співтовариства, де функціонують ці організації та працюють соціальні працівники.

Знання, необхідні для роботи в місцях надання первинної допомоги (поліклініках).

При підготовці соціальних працівників необхідно враховувати, що традиційний поділ на здоров'я й психічне здоров'я більше не використовується.

Зараз вважається, що біопсихосоціальна модель здоров'я, де хвороба розглядається в контексті факторів довкілля, фізичного, поведінкового, психологічного й соціального чинників, може інтегрувати центри психічного здоров'я в сектор первинного догляду.

Що стосується профілактики, то сьогодні основна тенденція світового співтовариства в цьому напрямку – акцент на роботу в співтоваристві, на мотивацію співтовариства, на зміну соціальної політики, відхід від змін поведінки на індивідуальному рівні.

Знання, необхідні для роботи соціального працівника в лікарнях

Соціальні працівники повинні знати медичні й соціальні показники, що впливають на стан хворого в плані прогнозу, лікування, можливих психосоціальних проблем, відповідних ресурсів для задоволення потреб і інформації, як отримати доступ до цих ресурсів. Важливо знати, як реагують на хворобу окремі етнічні, культурні й релігійні групи і відповідно проводити інтервенцію.

Фахівці із соціальної педагогіки/роботи повинні знати культуру, ролі й функції інших професіоналів у лікарні, як з ними працювати; знати медичні терміни. Бути знайомими й постійно оновлювати інформацію про ресурси в співтоваристві, їх якість. Відвідувати такі установи як соціальні служби, будинки для літніх людей, служби соціального забезпечення, знати людей, які там працюють, віддстежувати клієнтів при їхній взаємодії з іншими структурами. Оцінка діяльності медичного персоналу включає опитування клієнтів та їх рідних про якість послуг, період лікування, умови, устаткування й компетентності персоналу. Для одержання професійних знань студенти повинні під час практики

попрацювати в різних відділеннях. Важливими є й знання, куди і як виписувати клієнта після лікарні.

Знання, необхідні для роботи з клієнтами вдома

Крім знань про ролі соціального працівника, функції та інтервенції, соціальні працівники, що надають послуги з догляду вдома, повинні знати про гострі, хронічні, невиліковні хвороби, а також про тимчасові або довічні стани інвалідності. Ці фахівці повинні знати про нормальне протікання хвороби, терапевтичні інтервенції, про адаптацію, яку потребують пацієнти та їх сім'ї.

Практики мусять знати про проблеми специфічних категорій населення. Соціальні працівники зобов'язані мати уявлення про ті захворювання, які мають тривалий або постійний характер, результатом якого будуть функціональні втрати, соціальна ізоляція, економічний пресинг. Усі ці фактори впливатимуть на здатність індивіда й сім'ї впоратися з хворобою та з існуючими проблемами.

Догляд вдома частіше має геронтологічний і гендерний характер. Клієнтами, як правило, є жінки літнього віку. За чоловіками, зазвичай, доглядають неформальні представники (дружина, рідні).

Соціальні працівники повинні знати основні характеристики структури, що їх наймає. Державна або приватна структура, релігійного або нерелігійного характеру, прибуткова або неприбуткова, вимоги й очікування стосовно фахівця. Обмеження в політиці служби згідно з її релігійними догмами, культурними пріоритетами тощо.

У співтоваристві соціальні працівники повинні знати формальні й неформальні ресурси. Неформальні ресурси можуть існувати для певних релігійних груп як доповнення до не завжди ефективних формальних структур, фахівців, груп.

При проведенні досліджень з догляду вдома фахівці повинні вміти зробити якісний аналіз догляду вдома. Дослідження повинні ґрунтуватися на 3 квалітативних контрольних вимірах: процес, результат і структура догляду.

Необхідні результати будуть залежати від догляду. Якщо це перелом ноги, то самостійне ходіння вже буде результатом. Якщо в людини цукровий діабет або серцево-судинні захворювання, то

усвідомлене й контрольоване прийняття ліків теж будуть важливим результатом.

У випадку роботи з психічними хворими, де результат важко виміряти, більш доцільно вивчати процес доставки послуг, широту спектра послуг, їх частоту у відповідності зі стандартами.

Існують короткі форми й інструментарій, які стандартизують та оцінюють 8 сфер стану здоров'я і функціонування:

- Фізичне функціонування.
- Рольових обмежень через виникнення фізичних проблем.
- Соціальне функціонування.
- Болючі синдроми.
- Психічне здоров'я.
- Рольові обмеження через емоційні проблеми.
- Життєздатність.
- Загальне сприйняття здоров'я.

Оскільки проблеми зі здоров'ям передбачають поєднання біопсихосоціальних факторів, то й інтервенції повинні мати біопсихосоціальний підхід. Перший крок дослідження – опис того, що роблять різні професіонали в співтоваристві, порівняння ефективності їхньої діяльності у вирішенні певних ситуацій. Це вимір якості життя, задоволеність клієнта, соціальне функціонування при догляді вдома, hospісний догляд.

Дослідники зауважують, що існує ряд характеристик, які необхідно знати при визначенні результатів догляду вдома. Вони пропонують при організації досліджень використати 5 варіативних:

- Характеристики клієнта. Стан здоров'я, економічний статус, соціальна підтримка, соціокультурне й домашнє оточення.
- Організаційні характеристики. Структура закладу, спонсори, мотиви роботи з догляду вдома, організаційна культура й оточення в співтоваристві.
- Характеристика того, хто доглядає вдома (фахівця). Спеціальність, освіта, вік, стать, національність, досвід роботи.
- Характеристика інтервенції. Ціна, якість, складність, інструментарій, бажання клієнта.

➤ Оцінка досягнутого. Функціональний статус, задоволення якістю життя, медичні показники, проблеми, що виникли в соціального працівника при догляді за клієнтом.

Відповіді на ці питання покажуть, які галузі роботи були більш успішними, інтервенції більш ефективними, а це допоможе надалі встановлювати й регулювати стандарти надання допомоги.

Знання, необхідні для роботи в будинках для людей похилого віку

Тут важливо знати про соціальні й емоційні потреби пацієнтів, пов'язаних з медичними аспектами здоров'я. Знати, як скласти план клієнта в його адаптації до соціальних і емоційних аспектів хвороби, лікування й перебування в установі. Будинок для людей похилого віку, який має понад 120 ліжко-місць, повинен мати соціального працівника.

Знання повинні включати відомості про процес старіння, фармакологію, неврологічні дефіцити, біопсихосоціальні процеси, цикли життя, керування поведінкою дезорієнтованих й/або агресивних пацієнтів.

Соціальні працівники зобов'язані знати такі методи: комунікації, інтерв'ювання, інтервенції (особливо кризові інтервенції, керування стресом, інтервенції сімейної та групової роботи), планування часу, робота з даними.

Знання при роботі в співтоваристві повинні включати знання про те, які національні й місцеві програми функціонують для людей похилого віку. При проведенні досліджень знати, як працювати зі статистичними техніками, оцінкою програм, проводити дослідження.

Фахівці повинні знати, як працювати в мультидисциплінарній команді в будинках для людей похилого віку. Згідно з дослідженням, добровільний переїзд у будинок для людей похилого віку та участь у вирішенні проблем підвищують рівень задоволеності людей.

Фахівці повинні знати, як навчати, а потім залучати до своєї роботи людей, що проживають у будинку для літніх, у програмах «Рівний – рівному».

Крім цього, вони повинні знати й користуватися тими законодавчими актами, які регулюють прийом і виписку людей з

будинку для людей похилого віку. При надходженні бажано (у закордонних країнах, зокрема в Канаді, США та ін. це обов'язково), щоб був присутній не тільки лікар, але й психіатр і соціальний працівник. Це дає можливість визначити рівень розладів, яку допомогу потребує людина й при необхідності спрямувати у відповідний заклад.

Працюючи в будинках для людей похилого віку, соціальні працівники повинні мати знання про такі захворювання як шизофренічні розлади, шизофренія, параноя, атипічні психози за діагностикою 08M-111.

Соціальний працівник повинен уміти працювати в програмах Ombudsman. Багато країн мають програми Ombudsman, які здійснюють нагляд за утриманням людей похилого віку в інституційних закладах. Тут працюють соціальні працівники або навчені волонтери.

Представники цих програм мають право відвідувати будинки для людей похилого віку, проводити розслідування скарг, що надійшли, надавати технічну допомогу й навчання, адвокатську підтримку в поєднанні з іншими соціальними структурами, навчання в співтоваристві, керування програмами й розвитком соціальних програм.

Хоспіси

На відміну від клієнтів інших лікувальних закладів, тут усі люди приречені на смерть. Термін перебування, як правило, не перевищує 6 місяців. Тому перед тим, як почати працювати в такому закладі, соціальний працівник повинен відпрацювати почуття із приводу власної смерті. Тут недостатньо знань основних теорій роботи з помираючими хворими, знань підходів і фактів, необхідно розвивати емпатію.

Професійні навички

Професійні навички дозволяють успішно втілювати знання в практику. Рівень необхідних навичок відображає рівень складності й стабільності включеного феномена. Складність передбачає множинність факторів. Рівень стабільності включає динаміку, тобто сталість або мінливість. Тобто, якби люди і їх проблеми були абсолютно подібними й усі клієнти однаково реагували в процесі надання допомоги, то соціальна робота представляла б собою простий механічний процес.

Інша характеристика навичок – вони завжди цовинні ґрунтуватися на професійних цінностях та етиці. Тобто, є речі, які ми могли б зробити, але не будемо робити через свої професійні переконання, якщо це йде врозріз із професійними етичними нормами. Професійні навички не є чимсь механічним, але припускають поведінку соціального працівника відповідно до комплексу знань, набору етичних принципів в умовах, що часто змінюються.

Цим навичкам не можна навчитися тільки в результаті простого спостереження за поведінкою інших професіоналів, вони ґрунтуються на знаннях про поведінку людини та її соціальне оточення, політику соціального добробуту, на програмах, що працюють у співтоваристві, методах практики соціальної роботи, методах дослідження й оцінки, а також на цінностях та етиці соціальної роботи.

Професійні навички мають особливі характеристики. По-перше, це процес усвідомлення того, що робить сам фахівець. По-друге, навички мають цілеспрямований характер. Фахівець знає, чого він хоче досягти. По-третє, дії професіонала мають контрольований характер. По-четверте, ці дії виконуються відповідально і в межах цінностей та етики професії.

Значення навичок у соціальній роботі

Навички в соціальній роботі є додатком до знань, цінностей та етики практичної діяльності. Фактично всі види діяльності соціального педагога (чи то прямі послуги клієнтам, консультації, зв'язок зі співтовариством, планування програм, формування політики й розвиток співтовариства, навчання, дослідження, оцінка) вимагають певних навичок, виражених в усвідомленій, спрямованій, дисциплінованій і відповідальній діяльності.

Загальні навички в соціальній роботі найчастіше проявляються в прямих послугах клієнтам. Те, як вони категоризуються, відображає основні етапи й асоціюється з діяльністю в процесі надання допомоги.

Навички в процесі надання допомоги	Етапи процесу допомоги
Включеність	Включеність
Спостереження	Збір інформації
Оцінка	Оцінка

Спільне планування	Планування інтервенцій
Моделювання інтервенцій	Реалізація планів
Дослідження/оцінка	Оцінка досягнень
Закінчення	Закінчення
Спілкування	Під час усього періоду роботи
Емпатія	Під час усього періоду роботи

Крім наведених вище навичок, існують такі, які необхідні для роботи зі спеціальними групами і в інтервенції в співтоваристві.

У практиці соціальної роботи використовуються також техніки. Навички ширші, ніж техніки. Навички є категорією здатності визначити, що ви робите, а техніки являють собою специфічну поведінку, тобто відповідають на питання «як це робити?». Наприклад, активне слухання – це техніка. У кожній категорії навичок існують свої техніки чи поведіння, які застосовуються в роботі.

Навички, використовувані фахівцями в роботі у сфері охорони здоров'я, асоціюються зі знаннями в таких галузях:

- населення й проблемні зони;
- організаційні структури;
- характеристика співтовариства і його ресурси;
- специфічні моделі інтервенцій;
- методи дослідження; оцінка програм; ведення документації відповідно до установи.

Розглянемо кожен галузь окремо.

Населення й проблемні зони

1) Знання про населення й проблемні зони допомагають у системі охорони здоров'я при лікуванні захворювань. Роль біологічних, психологічних і соціокультурних факторів у виникненні, розвитку й результаті порушень; роль людських варіативних чинників у поведінці пацієнта й сім'ї щодо здоров'я, реакції на хворобу, на роль хворого. Усі ці вміння покращують навички соціального працівника в таких галузях його діяльності:

- включення, спостереження, оцінка, спільне планування, інтервенція, підведення підсумків, закінчення, спілкування й емпатія в процесі надання допомоги пацієнтам і сім'ям;

➤ спілкування з представниками інших професій у медичних закладах (оскільки ви говорите їхньою мовою, то вони позитивно сприймають ваші навички і сензитивність до певних груп населення й проблемних зон).

Організаційні структури

Знання характеристик організаційних структур: державні або суспільні заклади; релігійні або секулярні; їх місій і функцій; рівень інтервенції в охороні здоров'я; тип управління; склад фахівців у медичній установі медичного й немедичного профілю; організаційна політика установи; правила, механізми регулювання роботи; принципи роботи в міждисциплінарній команді; очікування від соціальних працівників. Ці знання допоможуть соціальному працівникові розвинути навички в таких галузях практичної діяльності:

а) розвиток ролі соціального працівника в організаційній системі так, щоб вона стала значимим, додатковим, інтегрованим і ефективним компонентом цієї системи. Роль повинна відповідати організаційним вимогам, пріоритетам та очікуванням;

б) фасилітаторські навички в мультидисциплінарній команді.

в) інформування штату про проблеми клієнтів та їх соціальний захист.

Характеристики співтовариства й ресурси

Знання характеристик, ресурсів і потреб у ресурсах певного співтовариства допоможе в розвитку тих чи тих навичок у практичній діяльності соціальних працівників:

а) взаємодія між агентствами;

б) поєднання клієнта з ресурсами;

в) створення програм у співтоваристві/плануванні політичних заходів у галузі соціального захисту й розвитку співтовариства;

г) взаємодія соціальних служб і співтовариства.

Специфічні моделі й інтервенції

Сюди входять знання про інтервенційні методи/підходи, які найбільш прийнятні для роботи з певними категоріями населення, проблемними зонами, організаціями, що допоможуть відробити навички ефективної допомоги клієнтові у вирішенні його проблем.

Методи дослідження, оцінка програм, ведення документації у відповідності з установою

Ці знання допоможуть соціальному працівникові розвинути навички в таких галузях:

а) розробка й проведення дослідження, що допоможе розширити знання соціальних працівників у системі охорони здоров'я;

б) оцінка ефективності соціальних програм у медичній структурі як основа подальшого розвитку програм;

в) документування потреб для одержання додаткового фінансування в певній установі;

г) мотивувати взаємодію різних професіоналів шляхом документування роботи з клієнтами в медичних картках для ознайомлення зі своєю діяльністю інших фахівців.

У такий спосіб при підготовці фахівців у межах навчального курсу «Соціальна робота в галузі охорони здоров'я» студенти повинні володіти певними загальними й спеціальними знаннями, уміннями й навичками щодо роботи з клієнтами та їхнім оточенням. Крім цього, для успішного здійснення своєї професійної місії фахівець повинен дотримуватися певних етичних навичок.

Далі розглянемо лише деякі форми й методи роботи, подані в курсі «Соціальна робота в галузі охорони здоров'я», зокрема: як проводити оцінку в соціальній роботі (тема 7) і як вести записи роботи з клієнтами (тема 8).

4.2.Форми й методи роботи соціального працівника

Тема 7. Оцінка в соціальній роботі

Оцінка проблеми клієнта має, як правило, багаторівневий характер. Така оцінка містить у собі деякі основні моменти. По-перше, визнання проблеми. Тут соціальні працівники повинні взяти активну участь у визначенні проблем, які впливають на повсякденне життя людини. А також навчити клієнта навичкам зміни небажаної поведінки. Важливо, щоб клієнт визнав наявність

проблеми, бо як тільки він це зробить, то зрозуміє чіткі межі своєї проблеми, і тоді можна буде розглядати шляхи її розв'язання.

По-друге, проблема повинна бути чітко визначена. Тобто, клієнт бачить проблему як суттєву, бо саме йому потрібно буде змінити небажану поведінку. Дуже часто, працюючи в системі охорони здоров'я, запит про зміну поведінки може надійти від одного із фахівців міждисциплінарної команди. Це може стати відправним моментом для розгляду проблеми. Тоді можна аналізувати, проблему з різних точок зору і проектувати основу інтервенції.

Але все це у підсумку повинно бути погоджено й прийнято самим клієнтом.

По-третє, розробка стратегії й плану інтервенції. Згідно з дослідженнями, план дій є «мостом між оцінкою та інтервенцією». Соціальний працівник повинен допомогти визначити цілі й завдання, які слід виконати в ході інтервенції. Наприкінці планування акцентується на передбачуваному результаті.

По-четверте. Вироблений план повинен бути здійсненим. Обґрунтована багаторівнева оцінка є важливим першим кроком у забезпеченні якісними послугами клієнтів.

Сьогодні в системі охорони здоров'я існує велика кількість різних методик з оцінки клієнта і його проблеми. Одна з найчастіше вживаних методик має назву «Класифікаційна система оцінки людини в оточенні» (Person-in-Environment (PIE) Classification System). Вона була розроблена Американською асоціацією соціальних працівників.

Ґрунтується ця методика на двох основних припущеннях: це визнання соціального заохочення й розгляду людини в оточенні. Ці припущення є основними в практиці соціальної роботи.

На думку розробників, ця система, використовуючи оцінку соціального працівника, переводить інформацію в кодування проблеми клієнта в соціальному функціонуванні. Соціальне функціонування – це здатність клієнта виконувати дії, необхідні для щоденного виживання (наприклад, добування їжі, житло, транспортування) і виконання основних соціальних ролей, які передбачені для людини її культурою та співтовариством.

Ця методика була розроблена у відповідь на потреби у визначенні проблем клієнтів так, щоб професіонали в галузі

медицини могли легко її зрозуміти. Як форма класифікації системи для дорослих вона надає:

- загальну мову для всіх соціальних працівників у всіх соціальних службах для опису проблем клієнта в соціальному функціонуванні;

- загальний підсумований опис соціального феномена, що може покращити інтервенцію;

- основу збору даних, необхідних для виміру потреб у службах і розробки програм для соціальних служб з метою оцінки їх ефективності;

- механізм для покращення спілкування між соціальними працівниками й адміністраторами, дослідниками та ін.;

- базу для визначення місця соціальної роботи в галузі служб, що займаються соціальними проблемами людей.

Ця методика розбиває проблеми клієнта на чотири певні категорії або фактори.

Фактор 1. Тут соціальна роль за кожною проблемою визначається і вивчається. Перший фактор має п'ять категорій, де перша – соціальна роль – поділяється на чотири підкатегорії: сімейні ролі, тобто ті ролі, які людина відіграє у сім'ї (наприклад, роль батька, роль чоловіка, роль дитини, роль рідного, інші сімейні ролі й роль значимої людини); інші міжособистісні ролі, де присутні взаємини людей, що не є рідними (наприклад, роль друга, роль коханого, роль сусіда, роль члена організації та інші ролі в міжособистісному плані); професійні ролі, які можуть бути як оплачувані, так і неоплачувані (наприклад, роль робітника – оплачувана робота, робота вдома – неоплачувана, роль волонтера – неоплачувана, роль студента та інші професійні ролі); і різні ролі в житті (роль покупця, пацієнта/клієнта, іммігранта, біженця, ув'язненого та інші специфічні ролі).

Друга категорія, що розглядається в першому факторі – тип соціальних проблем, з якими мають справу люди. У першій категорії акцентується на виділенні соціальних ролей, які викликають проблеми. У другій категорії наголошується на характері проблем. Вважається, що існує 9 типів труднощів при взаємодії, де соціальний працівник може виступити посередником у розв'язанні проблем. Це питання влади, амбівалентності,

відповідальності, залежності, втрати, ізоляції, віктимізації, змішані та інші питання.

Третя, четверта й п'ята категорії були розроблені, аби допомогти соціальному працівникові визначити, чи відчуває потребу клієнт в інтервенції, наскільки сильна деструкція, який її рівень і як швидко необхідно надати допомогу. Тому були розроблені три показники: показник складності, показник тривалості й показник здатності впоратися з завданням. У показниках складності розглядається перспектива зміни. Фактор змін є важливою та функціональною складовою життя. Але якщо зміни відбуваються занадто швидко або раптово, клієнтові необхідно допомогти пристосуватися й упоратися з ними.

Натепер прийнято виділяти шість рівнів визначення показника складності. За цією шкалою чим вища оцінка, тим більший ступінь складності. Наприклад, а) немає проблем; б) низький рівень складності; в) помірний рівень складності; г) високий рівень; д) дуже високий; е) катастрофічний.

Коли в людини немає проблем (а), то це означає, що клієнт і практик не бачать проблему як деструктивну. Низький рівень складності (б) проблема не розглядається клієнтом як деструктивна. Практик може помітити деструкцію. Тут інтервенція бажана, але не обов'язкова. На середньому рівні (в) інтервенція може виявитися корисною. Тут проблема розглядається як деструктивна, яка заважає функціонуванню клієнта. На високому рівні (г) клієнт чітко сприймає деструкцію й рекомендується рання інтервенція. І коли в людини дуже високий рівень складності – (д) необхідно негайно почати інтервенцію.

Тут необхідно внести цілу низку важливих змін у довкілля людини. І при катастрофічному стані справ (е) потрібна термінова інтервенція, тому що стан справ у клієнта раптово змінився в негативний бік, що може призвести до непоправних наслідків.

Показник тривалості характеризує тривалість проблеми. Він допомагає зрозуміти, наскільки проблема набула хронічного характеру. А тривалість існування проблеми може вплинути на прогнози. Показник тривалості має шість рівнів: а) більше 5 років; б) від 1 до 5 років; в) від 6 місяців до 1 року; г) від 1 до 6 місяців; д) від 2 до 4 тижнів; е) 2 і менше тижнів.

Показник здатності впоратися з завданням унаочнює, які внутрішні ресурси має клієнт, аби вирішити проблему. Цей показник є «визначенням соціальним працівником здатності клієнта вирішувати проблеми, уміння діяти самостійно, його/її сильних сторін та інтелектуальних можливостей».

Тут теж передбачено шість рівнів: а) виняткові здатності, тобто вміння клієнта діяти самостійно при вирішенні проблем, використовуючи свої інтелектуальні здібності; б) здатності вищі за середні; в) адекватні здатності, клієнт уміє адекватно впоратися з проблемами; г) деякі неадекватні навички, де клієнт у цілому може впоратися з проблемами, але часто йому важко вирішити поточні проблеми; д) у клієнта неадекватні навички вирішення проблем, не може впоратися із проблемами; е) у клієнта відсутні навички вирішення проблем, не вміє приймати рішення самостійно.

Фактор 1

Тип	Визначення
Соціальні ролі	Де знаходиться кожна проблема (чотири категорії)
Тип соціальних проблем	З'ясування проблем, які виникають при взаємовідносинах відповідно до соціальних ролей (дев'ять типів)
Складність проблеми	Ранжирування складності проблем за шкалою від 1 до 6
Тривалість	Визначення тривалості й частоти проблеми за шістьма категоріями
Показник здатності впоратися із завданням	Вимір здатності клієнта впоратися із завданням (шість рівнів)

Друга особливість, на яку слід звернути увагу – це фактор 2. Якщо перший фактор допомагає пояснити проблему клієнта в межах міжособистісного спілкування, то фактор 2 розглядає соціальні системи, які можуть впливати на клієнта. Це такі галузі: економічна (задоволення основних потреб); освітня (система навчання); юридична(правова); охорона здоров'я (система

соціальних служб; система волонтерських асоціацій; система емоційної підтримки).

У кожній із цих систем можуть виникнути специфічні проблеми, які категоризуються у підсистему, унаочнену в таблиці нижче. Фактор 2, як і фактор 1, включає оцінку складності проблеми, її тривалість.

Фактор 2

Тип	Визначення
Системи довкілля	Шість типів проблем у системах, які перебувають поза контролем індивіда
Економічна (задоволення основних потреб)	Стосується виробництва, розподілу й споживання економічних систем (їжа, житло, зайнятість)
Освітня (система навчання)	Стосується здатності співтовариства задовольнити завдання освітніх систем (доступ до освіти, підтримка інтелекту, забезпечення якісними освітніми програмами)
Юридична (правова)	Належить до факторів, пов'язаних із системою правосуддя й системою соціального контролю за нею (недолік відповідної системи нагляду, неадекватний захист, органи охорони порядку, що працюють незадовільно)
Охорона здоров'я (система соціальних служб)	Належать до факторів у співтоваристві, які стосуються здоров'я й безпеки людей (відсутність відповідних служб для людей із психічними захворюваннями, стихійні лиха)
Система волонтерських асоціацій	Належать до форм задоволення потреб у співтоваристві шляхом участі в соціальних і релігійних групах (відсутність яких-небудь релігійних організацій у певному співтоваристві)

Система емоційної підтримки	Клієнт занадто залучений або не бере участі у системі підтримки в сім'ї, у розширеній родині, з друзями, знайомими та ін.)
Визначення типу проблем у кожній системі	Визначення складностей у системі
Складність проблеми	Ранжирування складності проблем за шкалою від 1 до 6
Тривалість	Визначення тривалості й частоти проблеми за шістьма категоріями

Фактор 3 наведеної класифікації розглядає проблеми, пов'язані з психічним здоров'ям. При діагностиці психічних захворювань використовується Довідник з діагностики й статистики психічних відхилень (Diagnostic and Statistical Disorders, DSM-1B). Клінічні синдроми описуються в секції № 1, відхилення в розвитку розглядаються в секції № 2.

Фактор 3

Тип	Визначення
Клінічні синдроми	Визначення подане в DSM-1B, секція № 1
Відхилення в розвитку	Визначення подане в DSM-1B, секція № 2

Фактор 4 цієї класифікації аналізує фізичні проблеми. Тут розглядаються хвороби, які звичайно діагностуються лікарем, а також проблеми зі здоров'ям, на які звертають увагу клієнти й вагомій йому люди. Дуже важливо для соціального працівника при роботі в системі охорони здоров'я звертати увагу на фізичний стан людини.

Фактор 4

Тип	Опис
Діагностика фізичного стану	Належить до хвороб, виявлених лікарем. Визначення подане в DSM -1 У. Секція № 3
Інші проблеми, пов'язані зі здоров'ям	Стан здоров'я, що може позначитися на функціонуванні людини. Про нього повідомляє клієнт або важливі люди

Крім вищезгаданого довідника, соціальний працівник повинен уміти використовувати систему діагностичних класифікацій за назвою Міжнародна класифікація хвороб (International Classification of Diseases (ICD-9).

Використання «Класифікаційної системи оцінки людини в оточенні» допомагає соціальному працівникові кодувати і враховувати численні фактори довкілля, які впливають на ситуацію клієнта. Ця класифікаційна система сприяє соціальному працівникові у систематизації соціальних факторів у контексті оточення клієнта.

У соціальній роботі такі терміни як «оцінка» й «діагностика» використовуються як синоніми. У зв'язку з тим, що ми розглядаємо діяльність соціальних працівників у системі охорони здоров'я, то цілком припустимо використовувати термін «діагностика». Він більше співвідноситься із медичним середовищем. Деякі соціальні працівники вважають, що діагностика – це процес пошуку прихованих причин, а оцінка більше пов'язана з аналізом наявної інформації.

Діагностика в системі охорони здоров'я повинна враховувати три основні фактори: біомедичний, психологічний і соціальний. Соціальний працівник повинен добре розуміти вплив цих факторів на людину. Крім цього, необхідно дотримуватися рівноваги між біомедичними, психологічними й соціальними чинниками. Але це не означає, що їхній вплив буде абсолютно однаковим, тут може відбутися перехід від одного фактора до іншого. Залежно від ситуації клієнта, соціальний працівник визначає, на який фактор слід звернути увагу в першу чергу.

Наприклад, людина була діагностована на ВІЛ-інфекцію. Реакція виявилася позитивною. У клієнта відразу виникає багато питань на біомедичному рівні: «Чи справді результат позитивний? Наскільки хвороба прогресує? Яких змін можна очікувати на біомедичному рівні? Як саме треба тепер боротися з інфекціями?» тощо.

Після того, як людина одержала інформацію про свій фізичний стан, у неї виникають питання іншого змісту. У зв'язку з тим, що це захворювання передається статевим шляхом, партнера необхідно попередити про це. Перед клієнтом стоїть дилема: як

краще сказати про це своєму партнерові і які будуть наслідки в їхніх подальших взаєминах.

Тут основна увага буде приділятися тому, як сказати про це важливим і близьким людям. Потім фокус інтервенції може зміститися на клієнта. На цьому рівні більше буде приділятися увага психологічним питанням, тобто що ця хвороба значить для клієнта і як ці та інші питання будуть розв'язані. У діагностиці важливо увесь час пам'ятати про біопсихосоціальний підхід.

Дослідник Carlton (1984), використовуючи за основу роботи Flack (1981), пропонує 14 основних особливостей, які необхідно враховувати при проведенні діагностики. Вони важливі й при роботі у сфері охорони здоров'я та в професії «соціальна робота». Ці 14 критеріїв включають стадії життя, стан здоров'я, сім'ю й приналежність до якої-небудь групи, расову або етнічну приналежність, соціальний клас, професію, фінансову ситуацію, страховку, транспорт, житло, психічне здоров'я, рівень когнітивного розвитку, рівень самосвідомості й самопомоги.

Наведена нижче таблиця містить усі наведені складові, необхідні для проведення діагностики. При зіставленні переконуємося, що більшість із цих пунктів були наведені й при розгляді оцінки в соціальній роботі. Відповідно до біопсихосоціального підходу галузі поділені на три основні категорії: біомедичні, психологічні й соціальні фактори. Оскільки соціальний працівник надає ряд конкретних послуг, і визнання цих факторів є частиною оцінки медичного соціального працівника, то була додана ще одна галузь – функціональні(ситуаційні) фактори, які впливають на діагностичний процес.

Галузь	Опис
Біомедичні фактори	
Загальні медичні показники	Опис фізичного стану або хвороби клієнта
Медичний статус	Клієнт повинен описати свій медичний статус і рівень функціональних здатностей

Загальний рівень функціонування	Що може зробити сам клієнт для задоволення своїх потреб. Робиться оцінка й записуються спостереження щодо можливості подальших змін
Підтримка здоров'я	Визначаються функціональні здатності й інтерес до превентивної медицини й інтервенції
Психологічні фактори	
Стадії життя	Описується віковий цикл, на якому перебуває клієнт
Психічне здоров'я	Описуються здатності клієнта. Чи може клієнт брати участь в інтервенції, виходячи з його рівня підготовки?
Когнітивне функціонування	Наскільки клієнт уміє мислити? Чи може він брати участь у прийнятті рішень, які стосуються його власних інтересів?
Рівень самосвідомості й самопомоги	Чи розуміє клієнт, що з ним відбувається? Чи може він піклуватися сам про себе? Чи може клієнт сприйняти важливість інформації з питань здоров'я? Чи готовий клієнт до співробітництва з командою щодо надання йому послуг, пов'язаних зі здоров'ям?
Соціальні фактори	
Соціальна поведінка	Чи відкритий клієнт до допомоги ззовні? Чи готовий клієнт прийняти допомогу не від сім'ї й найближчих родичів?
Робота	Як хвороба клієнта вплинула на його роботу?

Система соціальної підтримки	Чи існує в клієнта система підтримки з боку сусідів, друзів, місцевих організацій? (церква, участь у професійних союзах, об'єднаннях)
Підтримка з боку сім'ї	Яку допомогу або підтримку можна чекати від членів сім'ї?
Підтримка з боку значимих людей	Чи розуміють значимі люди потреби клієнта і чи виражають вони бажання допомогти?
Етнічні або релігійні об'єднання	Чи є клієнт членом релігійної або етнічної громади? Чи буде ця організація допомагати медичній інтервенції?
Функціональні (ситуаційні) фактори	
Фінансовий стан	Як стан здоров'я позначився на матеріальному стані клієнта? Чи існують у клієнта ресурси або заощадження для лікування?
Страховка	Чи є в клієнта страховка, що покриє видатки на медичне обслуговування?
Транспорт	Чи є в клієнта транспорт? Чи потрібно йому допомогти в наданні транспорту?
Житло	Чи є куди повернутися клієнтові? Чи потрібно клієнту підібрати для нього альтернативне житло?
Тривалість надання послуг	Якщо клієнт передається іншій службі, то чи є про це домовленість з іншою службою? Чи одержав клієнт усі необхідні для нього послуги під час і після інтервенції?

Рис. 9. Галузі діагностики оцінки стану клієнта

Діагностика в системі охорони здоров'я повинна бути пов'язана з потребами клієнта й робиться для того, щоб допомогти пацієнтам краще зрозуміти себе. Отримані дані обговорюються з клієнтом, використовуються для того, щоб він міг надавати допомогу й підтримку сам собі.

Спочатку діагностика проводиться, щоб вивчити ситуацію й почати процес надання допомоги. Пізніше діагностичний процес працює на складання оцінки відповідно до отриманої інформації.

Медичний соціальний працівник повинен знати основні формальні методи діагностики й оцінки, особливо ті, які використовуються в системі охорони здоров'я.

Соціальному працівникові потрібні ці знання, щоб уміти відбирати, доповідати й систематизувати інформацію; знати й допомагати членам міждисциплінарної команди в діагностичному процесі; пояснювати клієнтам результати діагностики; допомагати клієнтам підбирати прийнятні для них моделі інтервенцій. У зв'язку з тим, що в медицині використовується медична модель, DSM-IV є формальною діагностичною системою. Цей довідник має коди всіх клінічних синдромів.

На практиці медичний соціальний працівник використовує велику кількість методів діагностик. Ми навели тільки три з найуживаніших: Класифікаційна система оцінки людини в оточенні (Person-in-Environment (PIE) Classification System), Довідник з діагностики й статистики психічних відхилень (Diagnostic and Statistical Disorders, DSM-1B) і Система діагностичних класифікацій під назвою «Міжнародна класифікація хвороб» (International Classification of Diseases (ICD-9)).

Працюючи в міждисциплінарній команді, соціальні працівники надають досить важливу інформацію про клієнта, його сім'ю, безпосереднє оточення. Саме так вони відповідають за психосоціальну оцінку клієнта.

Тема 8. Ведення письмової документації

Професійне ведення документації має багато цілей. У першу чергу, ведення документації дозволяє соціальному працівникові вести облік інформації, необхідної для практичної діяльності. Далі

інформація про вид послуг надається у страхові компанії, які оплачують перебування людини в лікувальному закладі. Тому при веденні документів необхідно чітко описувати цілі й завдання роботи з клієнтом, процес надання допомоги. У соціальній роботі записи повинні бути короткими й точними.

Існує жартівливий вислів: «Колись соціальний працівник помре, а записи його залишаться». Тобто клієнт може згодом і не користуватися послугами служби, соціальний працівник може піти з цієї роботи, а записи залишаться. Це є важливим і тому, що у випадку виникнення якихось сумнівів і питань клієнт може звернутися в суд, і тоді записи роботи з ним можуть мати вирішальне значення при встановленні, яка зі сторін мала рацію.

Добросовісно й грамотно оформлена документація буде мати велике значення в емпіричній практиці, під час якої записи роботи з клієнтами будуть сприяти відстеженню прогресу в лікуванні або його відсутності; визначенню необхідності змін у лікуванні; оцінці того, наскільки в клієнта зрушилося виконання поставлених завдань і змінюється поведінка; розгляду того, чи є необхідність повернутися на якусь попередню стадію інтервенції; оцінюванню факторів, які впливають на прогрес; визначенню, чи були досягнуті цілі та ін. Нарешті записи є доказом того, що послуги були надані за найрозумніші ціни.

Незалежно від того, як саме оформлюються записи, вони повинні містити таку інформацію: а) визначення, опис та оцінку ситуації клієнта; б) опис наданих клієнтові послуг; в) опис цілей і завдань, які необхідно досягти для зміни поведінки; г) розроблення плану інтервенції; д) оцінка процесу інтервенції й отриманих результатів.

Соціальний працівник є членом команди представників різних дисциплін, тому його записи дуже важливі при роботі з іншими фахівцями. Записи займають одне з головних місць при координації процесу лікування, як правило, вони відображають процес лікування й догляду за хворими з боку всієї команди. Ведення записів є обов'язковим для соціального працівника.

Типи записів.

Зі становленням соціальної роботи в системі охорони здоров'я більшість записів робилися за зразком нотаток у

бухгалтерських книгах або у формі оповідальних записів. Вони містили в собі інформацію про ситуації клієнта. Коли останнім надавалися соціальні послуги, то в записах був відсутній загальний клінічний аналіз. У другій половині XIX століття з'явився новий, більш науковий підхід. Це було вже не просте перерахування проблем клієнта, а опис потреб і ресурсів.

Інший тип записів, який став використовуватися медичними соціальними працівниками, – це запис процесу. Цей вид документування набув популярності в 20-х роках XX століття і був запозичений із соціології. Він був покликаний допомогти організувати процес надання допомоги й припускав форму діалогу. Такі записи використовувалися для збору інформації, яка б сприяла набуванню навичок практичної діяльності, а також для оцінки ефективності надання допомоги. Але цей вид записів проіснував недовго. Багато соціальних працівників вважали, що це дуже довгі докладні записи. І користуватися ними надалі досить складно.

Сьогодні цей тип записів не використовується в практичній діяльності, але його застосовують у навчанні, особливо при опануванні практики консультування й вироблення стратегій. Наприклад, під час навчання студентів просять скласти детальну хронологічну таблицю, що включає фактичну інформацію, мету, контракт, міркування клієнта, а також результати безпосередніх бесід і телефонних консультацій. Тобто в записах представлене все те, що було пророблено з клієнтами.

Записи результатів діагностики.

Розробляючи й використовуючи цей вид записів, Hamilton, наприклад, ґрунтувався на психосоціальной теорії. Записи почали містити в собі не тільки соціальні питання, але й психологічні моменти. Оцінка й інтерпретація проводилися навченими діагностами. Використання діагностичних записів зміцнило зв'язок між практикою, практиком, супервізором і записами. Формат таких записів може бути різним і не мати чіткої структури. У медичних закладах не дуже вітають цей тип записів, тому що в них дуже мало інформації про клієнта. І часто вони склалися на розсуд самого практика, тобто він записував тільки те, що вважав за необхідне.

Аудіо- й відеозаписи.

Сьогодні медичні соціальні працівники використовують

аудіо- і відеозаписи. Найчастіше ці записи застосовують для навчання. Причому не тільки для навчання соціальних працівників, але й медперсоналу, особливо коли йдеться про сімейну динаміку. Крім цього, записи прослуховуються або переглядаються командою фахівців у системі охорони здоров'я й при обговореннях висловлюються пропозиції щодо покращення якості обслуговування клієнтів. У практиці це не єдиний метод, що використовується сьогодні. Він зазвичай супроводжується й іншими методами.

Записи окремих консультацій.

Цей метод записів Bloom J. Fisher (1982) пропонували використати як метод опису й діагностики специфічної поведінки клієнта. Він може бути корисним у наданні інформації з досягнення цілей і виконання завдань.

При використанні цього методу отримані дані подаються графічно. Зібрана інформація пізніше аналізується статистично й візуально. Проте далеко не всі медичні соціальні працівники застосовують цей метод. Це пов'язано з тим, що не всі знають, як графічно відтворювати проблеми. Цей вид документування висвітлює тільки деякі аспекти проблеми або ситуації клієнта.

У цій схемі клієнт вивчається упродовж усього процесу лікування. Використовуючи цей метод, практик може відповісти на питання: «Наскільки ефективно те, що я роблю?». Привабливість цього методу в тому, що його можна застосовувати при роботі з індивідами, групами, сім'ями. Наведемо кілька прикладів роботи з клієнтом при використанні графічних записів.

1. Визначте, що Ви (або клієнт) хочете змінити (наприклад, не кусати нігті, кинути палити, почати займатися спортом, перестати себе критикувати, скинути вагу, даремно витратити час, відчувати занепокоєння з приводу іспитів тощо.)

2. Якщо проблема в тому, що людина не може змінити свою поведінку, спробуйте сформулювати це так, щоб зменшити небажану поведінку й збільшити бажану.

3. Допоможіть клієнтові сформулювати мету.

Моя мета _____ коли _____
(що Ви хочете) (у якій ситуації)

Наприклад, моя мета – їсти останній раз о четвертій годині. Або моя мета – навчитися тримати себе в руках при обговоренні складних (суперечливих) питань із колегами.

4. Допоможіть виділити ланцюг подій, які оточують саму подію.

A _____	B _____	B _____
Попередні дії	Поведінка	Наслідки події
Що відбулося?	Коли це відбулося?	Що Ви робили?
Думки або почуття в результаті?		
Приємне або неприємне?		Де Ви були?
Яка була внутрішня мова?		

Навчіть клієнта розуміти події й шукати шляхи зміни сценарію.

5. Записуйте інтенсивність, частоту й тривалість проблемної поведінки. Наприклад, клієнт може сам малювати графік своєї проблемної поведінки (рисунок 10) упродовж певного періоду. На вертикальній лінії відстежуються кількість проблемної поведінки, а на горизонтальній проставляються дні.

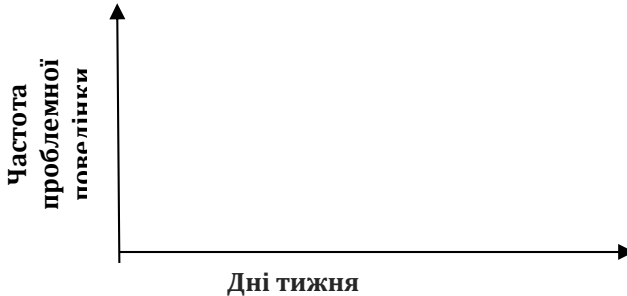


Рис. 10. Графічне відтворення проблемної поведінки

Інший приклад графічного зображення – вимір рівня самоконтролю щодо проблемної поведінки (Рисунок 11).



Рис. 11. Вимір рівня самоконтролю щодо проблемної поведінки

1. Виберіть собі заохочення й розробіть відповідний план заохочення. Домовтесь про заохочення з іншими людьми, якщо це можливо. Визначте для себе, як Ви себе заохотите, якщо мета не буде досягнута.

2. Відзначайте на графіку прогрес або його відсутність.

3. Наприкінці інтервенції визначте, що було зроблено й що можна було зробити інакше.

Наступна таблиця (рисунок 12) являє собою щоденник, який можна заповнювати, використовуючи цю техніку.

Дата й час	Поведінка	Місце	Думки або почуття	
			до	після

Рис. 12. Зразок щоденника

Комп'ютерні записи.

У зв'язку з повною комп'ютеризацією системи охорони здоров'я, починаючи з 2000-х років більшість записів зберігаються в комп'ютерних файлах. Однак суто конфіденційну інформацію намагаються тримати не у файлах, бо іноді буває досить важко дотримуватися конфіденційності, якщо інформація втримується в комп'ютерних програмах. Крім цього, доступ до інформації на файлах повинен бути дуже обмежений. Але сьогодні майже вся інформація зберігається в пам'яті комп'ютера.

Записи, сфокусовані на проблемі.

Цей метод з'явився в медичних закладах і мав такі цілі: сприяти медичній освіті й зміцненню міждисциплінарних зв'язків у системі охорони здоров'я. Цьому виду фіксування інформації навчають у медичних освітніх закладах, а також соціальних працівників, які працюють у системі охорони здоров'я. Такий вид записів сприяє команді фахівців, що працюють із пацієнтом. Це не тільки допомагає команді краще працювати, але й структурує записи. Тут, як і в багатьох інших терапіях, проводиться оцінка

ситуації, пропонується план інтервенції, відстежується його виконання. Таблиці, схеми орієнтовані на проблеми клієнта. Виділяються проблеми, плануються і виявляються послуги, виконуються ухвалені рішення.

Записи мають такі компоненти: дані про клієнта, список проблем, ранжирування проблем і їх відстеження під час вирішення. Основний документ містить план, покрокове вирішення завдань і дані про виконання. Наступна приблизна схема, що використовують у медичних закладах, може мати й варіанти, залежно від типу лікувальної установи, цілей і завдань структури.

Схема записів, сфокусованих на проблемі

Проблема, інтервенція, реакція на
інтервенцію, план

П = проблема/и, з якими працює соціальний працівник як член міждисциплінарної команди

I = інтервенція, що здійснюється соціальним працівником

Р = реакція на інтервенцію з боку клієнта

Пл = план роботи із проблемами клієнта

Дані, оцінка й план

Д = дані, зібрані для визначення проблеми

ПРО = оцінка клієнта з його погляду або дійсного стану проблеми

П л/і = план інтервенції й очікувані результати. Що необхідно зробити клієнтові, щоб покращити свій статус, пов'язаний зі здоров'ям.

П/ОБ = професійна освіта, що проводиться соціальним працівником

Документування інформації, аналіз проблеми,
проведення інтервенції та оцінка

Д = документування оціненої проблеми клієнта

А = аналіз проблеми

I = опис проведеної інтервенції

ПРО = оцінка проблеми після закінчення інтервенції

Незважаючи на популярність цього методу при веденні записів роботи з клієнтами, деякі фахівці виділяють слабкі його сторони. У першу чергу, це схема, що не дає можливості вийти за її межі. Тут немає можливості відбити сильні сторони клієнтів і

наявні в них ресурси, тому що наголошується тільки на вирішенні конкретної проблеми.

Записи, сфокусовані на індивіда або сім'ю. Це відносно новий вид записів у системі охорони здоров'я. Частіше його використовують при роботі з проблемами охорони здоров'я на рівні співтовариства. Сюди входять дані про клієнта, план лікування, оцінка, записи з приводу ефективності лікування. Особлива увага тут приділяється унікальності клієнта і його або її сім'ї, клімату й добробуту всієї сім'ї. У файл заносяться дані про всю родину. Відстежується прогрес упродовж певного часу й при роботі з різними структурами.

Створюючи записи незалежно від обраної форми, соціальні працівники повинні завжди пам'ятати про конфіденційність і захист прав своїх клієнтів. Часто записи містять інформацію, яка може нашкодити клієнтові, особливо якщо ці записи вимагають у суді. Хоча інколи соціальні працівники можуть бути звільнені від цієї відповідальності. На рівні співтовариства соціальних працівників іноді просять надати ту або ту інформацію.

Незалежно від того, який вид запису інформації буде використовувати соціальний працівник, головне, щоб інформація була точною, акуратною й повною.

Отже, нами були проаналізовані основні підходи у використанні оцінки при роботі з клієнтами на різних рівнях і з різними проблемами, розглянуті основні види записів, які використовуються фахівцями в ході роботи з клієнтами на різних рівнях. Ці форми й методи роботи застосовуються в різних інтервенціях, які будуть представлені в наступній темі.

4.3. Види інтервенцій/терапій у соціальній роботі

Тема 9. Консультування. Короткострокові інтервенції

У сучасному світі соціальні працівники перейшли на короткострокове консультування. Довготривале консультування найчастіше здійснюється психологами. Далі буде подано навчальний матеріал з питань короткострокових інтервенцій і кризових інтервенцій.

Сьогодні значно підвищилася вартість лікування й утримання людей у лікарнях. Зумовлено це, у першу чергу, розвитком новітніх технологій, дорогим обладнанням, підвищенням цін на медичні препарати. Щоб утримати стрімкі ціни, фахівці в галузі охорони здоров'я стали шукати шляхи скорочення ряду послуг. Наприклад, зменшився термін перебування людей у стаціонарі, знизилася вартість немедичних послуг. Нині інтервенція припускає зменшення кількості сесій з проблем міжособистісного і внутрішньоособистісного консультування. А це одна з важливих функцій соціального працівника – індивідуальне консультування. Хоча деякі фахівці в галузі охорони здоров'я вважають, що головна функція соціальних працівників – надавати більш конкретні послуги, поступово ця точка зору змінюється й інші спеціалісти визнають важливість задоволення психосоціальних потреб клієнтів соціальними працівниками.

Отже, соціальні працівники повинні вибрати найефективніші методики з урахуванням того, що вони мусять бути нетривалими, а це, у свою чергу, ускладнює завдання надання максимально ефективної допомоги. Споживачі послуг позитивно ставляться до того, щоб скоротити кількість консультацій або сесій із соціальним працівником. У багатьох клієнтів часто немає часу, бажання або грошей для тривалих інтервенцій (особливо у малозабезпечених людей).

У практиці соціальної роботи більшість сесій сьогодні варіюється від 6 до 8, хоча іноді кількість зустрічей може сягати 20. У деяких галузях охорони здоров'я є можливість проводити велику кількість терапевтичних зустрічей, однак сьогодні найчастіше це одна або дві сесії.

Короткострокові інтервенції бувають двох типів: традиційне короткочасне консультування й переривисте короткочасне консультування. У традиційному короткочасному консультуванні є початок і кінець консультування. У переривистому короткотерміновому консультуванні, що набуває зараз популярності, за одне консультування формуються цілі й завдання, а потім, через якийсь час, відбувається оцінювання отриманих результатів.

Сесій небагато, але вони повторюються через якийсь проміжок часу. Тобто, якщо з'являється потреба в

консультуванні – воно здійснюється, якщо проблема не виникає – воно не проводиться. Це заощаджує час, ресурси й гроші. Короткочасне консультування мусить включати конкретні й досяжні цілі, план з виміру ефективності процесу й точне визначення відведеного часу.

Для того, щоб скласти план інтервенції, що, як правило, включає аспекти роботи з різними фахівцями, необхідно визначити мету й завдання, що стосуються поведінки людини. Тобто, мета – це те, що Ви і Ваш клієнт хочете досягти. Завдання – це досягнення мети за допомогою якихось покрокових дій. Цілі й завдання дають можливість чітко сформулювати клієнту й практику результат, якого вони прагнуть досягти. Це дуже важливий момент для пацієнта в лікарні, оскільки є частиною загального плану реабілітації після хвороби або інвалідності.

У плануванні надання служб у короткочасній терапії суттєвим є те, щоб клієнт міг мати доступ до цих служб. Крім цього, практик повинен мати достатньо знань і навичок, аби допомогти клієнту досягти гомеостазу. Чітко поставлені цілі й завдання допоможуть фахівцеві визначити, який вид інтервенції краще застосувати, а також виміряти ефективність досягнутого результату.

Brower та Nurius (1993) підкреслюють важливість установлення цілей, які були прийняті двома сторонами, тобто клієнтом і соціальним працівником. Практик повинен виступати посередником при наданні допомоги клієнтові в досягненні ним рівноваги. А клієнт повинен ставити цілі в контексті власних цінностей і культури. Соціальний працівник зобов'язаний допомогти структурувати й розробити стратегію інтервенції. Але все це повинно узгоджуватися з клієнтом.

Цілі й завдання завжди повинні бути визначені позитивно й реалістично, тоді в людини буде досить висока мотивація їх досягти. Зазвичай на початковій стадії роботи з клієнтом установлюється сприятливий клімат, клієнт починає відчувати, що йому допоможуть у вирішенні його проблеми. Важливо, щоб соціальні працівники володіли навичками спілкування й могли встановити рапорт. Часто соціальні працівники починають спілкування з клієнтом у приймальні лікувального закладу або

біля ліжка хворого. Незалежно від того, де почнеться процес спілкування, важливо, щоб клієнт почував себе в безпеці, комфортно й міг вільно говорити про свою ситуацію. Соціальні працівники часто дуже зайняті, поспішають і це може перешкодити хорошим довірливим стосункам із клієнтом, що є основою успішної роботи надалі.

Далі соціальний працівник повинен допомогти клієнтові оформити свою проблему в конкретні терміни. Коли клієнтові це вдасться, то він зможе закласти базу для формулювання подальших конкретних цілей і завдань. У такий спосіб відбувся первинний контакт. Не має значення й те, чи буде це письмовий документ, чи усна угода. На ранніх фазах інтервенції соціальний працівник починає проводити оцінку й шукати шляхи надання допомоги клієнтові, пов'язані зі зміною поведінки. Для оцінювання індивіда, групи або соціального функціонування необхідно використати систему оцінки. Причому доцільно здійснювати оцінювання спочатку і наприкінці консультування.

Далі слід заздалегідь домовитися про час проведення окремого консультування. Клієнти повинні знати, що вони можуть очікувати від соціальних працівників, а також скільки часу фахівець може приділити окремому клієнтові і його проблемі.

Друга фаза консультування – виконання того плану, що був розроблений на першому етапі. Це вважається найбільш активним етапом, тому що тут відбуваються основні зразки зміни в поведінці. На цьому етапі завчасно планується кожна сесія й підсумовується попередня. Обидві сторони повинні бути відкриті до змін, якщо в цьому буде необхідність у процесі роботи над вирішенням проблеми.

Планування наступних зустрічей часто проходить поза оплачуванім соціальним працівником часу. До цього повинні бути готові соціальні працівники. І підготовка до консультування іноді виходить за межі відведеного часу, бо соціальний працівник повинен відібрати або підготувати методичні матеріали.

Попереднє планування сесій включає ознайомлення соціальним працівником зі станом хворого. Дуже часто медичні показники хворого зумовлюють зміни психосоціального стану. Тому соціальні працівники повинні ґрунтовно ознайомитися з

біологічною специфікою свого клієнта, аби допомогти йому в задоволенні його потреб.

Пацієнти, як правило, приймають ліки. Соціальні працівники повинні знати, як ліки впливають на організм людини, оскільки медикаменти можуть вплинути на поведінку людини у відношеннях до членів сім'ї або значимих людей, а також на взаємостосунки з іншими. Це надзвичайно важливий аспект. Адже все більше людей постійно вживають медикаменти.

Незалежно від того, скільки буде проведено сесій, соціальний працівник після кожної сесії підводить підсумки. Це дає можливість клієнтам осмислити, що було сказано під час консультування і як це співвідноситься з тими цілями й завданнями, які були вироблені на початку процесу інтервенції. Клієнти мусять використати свої слова й вислови для визначення проблеми. Коли клієнт сам підводить підсумки, він ніби бере на себе відповідальність за свої дії. Повторення дозволяє проговорити ще раз найважливіші моменти, а це сприятиме підвищенню мотивації для подальшої роботи. Підсумовування дає можливість клієнтові й практикові зрозуміти, що вони працюють над однаковою проблемою й що терапевтичне оточення залишається відкритим для змін.

Відповідно до досліджень, проведених свого часу Resnik C. та Dziegielewski S.F. соціальні працівники мають потребу у зворотному зв'язку. Зворотний зв'язок дає можливість зрозуміти фахівцям, як почувають себе клієнти. Крім цього, зворотний зв'язок сприяє підвищенню рівня задоволеності своєю роботою професіоналів.

На останніх стадіях інтервенції проводиться планування подальших взаємин: чи будуть підтримуватися зустрічі або контакти за допомогою телефонного зв'язку. Телефоном соціальні працівники можуть відстежувати зміну статусу клієнта, наявний прогрес. Рекомендується супроводжувати клієнтів після інтервенцій від 1 до 4 місяців. Соціальний працівник повинен заздалегідь готуватися до таких зустрічей, щоб продовжити роботу й підтримувати зміни.

Короткочасні консультації та традиційна психотерапія

Чимало психотерапевтів переконані, що короткочасні інтервенції недостатньо ефективні, оскільки для того, щоб в

особистості відбулися зміни, необхідний час. А короткочасні терапії можуть лише ускладнити проблеми клієнтів. Ідеї психотерапії не нові в практиці соціальної роботи в системі охорони здоров'я.

Але сьогодні соціальні працівники використовують короткочасні інтервенції для пацієнтів лікувальних закладів як найбільш ефективні. Вони відповідають сучасним умовам утримання хворих, а також часовим межам знаходження людей у лікувальних закладах.

Існують принципи розходження в цих терапіях. По-перше, по-різному розглядається клієнт. Традиційна психотерапія часто пов'язує індивідуальні проблеми клієнта з патологією особистості. У короткочасній терапії клієнт сприймається як людина здорова, яка бажає особистих або соціальних змін.

Короткочасні терапії можуть бути успішними, коли людина має справу з критичними моментами у своєму житті. Традиційна психотерапія проводиться упродовж більш тривалого періоду. Далі в короткочасній терапії цілі й завдання визначаються спільно клієнтом і практиком, у той час як у традиційній психотерапії терапевт спочатку визначає мету, а потім погоджує її з клієнтом.

У короткотривалій терапії чітко визначаються мета й завдання, які можуть виходити за рамки справжньої проблеми. Дуже часто сюди входить домашнє завдання, бібліотерапевтична інтервенція (читання). У медичних закладах у терапію входить і контроль за вживанням лікарських препаратів. Термін «бібліотерапія» включає медичні інтервенції, тобто читання матеріалів про захворювання й техніки короткого втручання.

Традиційні психотерапевти здебільшого працюють з подіями, які відбулися з клієнтом поза сесіями. Це пов'язано з тим, що присутність терапевта розглядається як сильний каталізатор, який необхідний для змін. Клієнтові потрібні такі директиви, які допоможуть здійснити зміни.

У короткочасних інтервенціях не так багато аналізується внутрішній стан клієнта. І терапія не орієнтована на зміну внутрішнього світу, що є важливим у традиційній терапії, бо тут зовнішні зміни можуть відбутися, якщо відбулися внутрішні зрушення. У короткочасній терапії консультант активний і директивний. Тут він іде далі, ніж просто використовує навички

активного слухання й консультування клієнта. Видається, що соціальний працівник поводить досить активно в керуванні процесом, який спрямований на зміни, результатом якого повинна стати розробка конкретних цілей і технік щодо вирішення проблеми. У психотерапії наголошується на внутрішньому задоволенні.

Що стосується тривалості терапії, то вона може бути й короткочасною. Тут тривалість обговорюється заздалегідь, можуть бути невеликі розбіжності, але вони незначні. У звичайній психотерапії завчасно не домовляються про кількість сесій, це не є суттєвою частиною процесу психотерапії.

У цій частин діяльності соціальному працівнику важливо орієнтуватися на результат, тобто на те, що він отрає наприкінці інтервенції, незалежно від того, наскільки часто йому доведеться зустрічатися з клієнтом. Необхідно збирати матеріал про ефективність проведеної роботи. Це допоможе й самому працівникові отримати зворотний зв'язок, і соціальній службі виміряти ефективність роботи.

Працюючи з клієнтом, завжди необхідно починати з того місця, де перебуває клієнт. Що клієнт говорить про проблему? Dziegielewski S. F. пропонує поставити перед клієнтом такі питання:

Не могли б Ви коротко визначити проблему, над якою необхідно працювати?

Які події у Вашому житті зумовили ці проблеми?

Як відреагували інші, коли виникла ця проблема?

Як ця проблема вплинула на Ваше життя?

Як інші люди вплинули на виникнення цієї проблеми?

Такі питання допомагають сконцентруватися на проблемі й виборі стратегій. Як тільки проблема визначена, соціальні працівники повинні допомогти клієнтові вивчити альтернативи й вибрати варіанти вирішення проблеми. Далі з'ясовується, чи вважає клієнт, що він сам може контролювати проблему? Якщо так, то як він це робив у минулому? Які подібні або модифіковані стратегії він може застосовувати в майбутньому?

Методи короткострокових інтервенцій

У короткочасній терапії часто використовуються такі методи:

- міжособистісний психотерапевтичний/психодинамічний підхід;
- стратегії або методи, орієнтовані на прийняття рішень;
- когнітивно-біхевіористичний підхід;
- кризові інтервенції;
- консультування з проблем здоров'я, освіти й благополуччя.

У соціальній роботі досить часто використовувалися й використовуються різні психодинамічні підходи. Окремі їх моделі базувалися на минулих подіях клієнтів, які вважалися основами теперішніх проблем. У більшості сучасних моделей розглядається можливість швидкого доступу й зміни несвідомого. Міжособистісна терапія психотерапії (МТП) – один із таких підходів, що виявляє психодинамічні аспекти терапевтичної практики. Ця терапія досить популярна в медичних колах, де важливим є навчитися виокремлювати особистісні проблеми і визначати засоби, необхідні для їх вирішення.

У терапіях, орієнтованих на прийняття рішень, виокремлюється рішення (або ланцюг дій) і здійснюються кроки до досягнення мети. У когнітивно-біхевіористичному підході акцентовано на розумінні складних взаємин між соціалізацією й заохоченням, і на тому, як вони впливають на думки й почуття в певній ситуації.

Кризові інтервенції висвітлюють використання кризи для посилення терапевтичного ефекту. П'ята терапія теж віднедавна застосовується в соціальній роботі. У цій формі короточасної терапії соціальні працівники зосереджують увагу на консультуванні з питань здоров'я, а освіта ґрунтується на принципах створення й підтримки благополуччя.

Розглянемо детально ці терапії. Сьогодні досить поширена міжособистісна психотерапія, що використовується в медичних закладах для зменшення симптомів і вирішення міжособистісних проблем. Традиційно вона впроваджувалася як короточасна й застосовувалася для клієнтів у стані депресії. Ця терапія успішно діяла при лікуванні хворих з наркотичною залежністю, зокрема кокаїною.

Така форма терапії була визнана дієвою медичними працівниками: лікарями й медсестрами, особливо тими, які

працюють у команді. У цій моделі терапевт розглядається як активний агент, що підтримує і динамізує терапевтичний процес. Міжособистісна психотерапія використовується з індивідами, сім'ями й групами. Результативна вона й при лікуванні депресій у людей літнього віку, при допомозі клієнтам, у яких проблеми зі значимими людьми, з роботою, із соціальними ролями, зі змінами в житті. Основний акцент у цій терапії – на «зараз», тобто на теперішню, поточну ситуацію клієнта, на те, щоб поєднати стресові ситуації в минулому з сучасним станом клієнта.

При наданні допомоги оцінка включає діагностику й психологічну історію клієнта. Особливу увагу звернено на зміни у взаєминах, які відбулися безпосередньо на початку симптомів. Розглядається міжособистісна ситуація клієнта. Акцент в інтервенції – на проблемні ситуації у взаєминах, наприклад, горе, боротьба за владу, перехід ролей або їх дефіцит. Дослідження цих міжособистісних взаємин допоможе соціальному працівникові виділити проблемні сфери в міжособистісному й соціальному контексті.

Встановивши цілі й завдання, починається процес надання допомоги. Наприклад, якщо існує рольовий конфлікт між клієнтом і його/її сім'єю через обмеження, що пов'язані з певними медичними умовами, терапія почнеться з вивчення природи конфлікту. Обговорення може початися з пояснення медичних умов, які дуже часто перебувають поза контролем клієнта. Обмеження, які зумовлюють найбільші проблеми, будуть визначені й варіанти їх розв'язання будуть розглянуті. Якщо рішення прийняти неможливо, аналізуватимуться інші стратегії або альтернативи. Іноді клієнтам пропонують методичні матеріали, що стосуються проблем міжособистісного спілкування.

Розглянуті варіанти рішень обговорюються з перспективою використання їх надалі. Хоча не завжди терапевт може розв'язати всі проблеми клієнта, пов'язані з міжособистісним спілкуванням. Тому до кінця терапії може скластися ситуація, що не всі проблеми вирішені, і вони залишаються на розгляд клієнта: чи забажає він надалі працювати над ними.

Соціальний працівник у цій терапії допомагає клієнту виділити найважливіші проблеми й показує, як саме вони можуть бути вирішені. Практик також допомагає клієнтові навчитися

розпізнавати необхідність у наданні подальшої допомоги. Особливо, якщо проблема досить серйозна й сам клієнт не в змозі її розв'язати. Соціальний працівник повинен створити досить комфортні умови для клієнта, щоб він не боявся звернутися за додатковою допомогою, якщо буде потреба. Це може бути хорошим підґрунтям для продовження терапії й надання допомоги клієнту у випадку такої необхідності.

Сьогодні цей метод досить часто використовують із клієнтами, які перебувають на стаціонарному лікуванні або проходять курс реабілітації в інституційному закладі, де працюють, як правило, команди, що складаються з різних фахівців.

Стратегія інтервенції, спрямованої на вирішення питань

У цій стратегії клієнт розглядається як здоровий індивід. Усі клієнти мають необхідні навички для розв'язання своїх проблем, і вони здатні вносити зміни. При застосуванні цієї стратегії у галузі охорони здоров'я основне завдання полягає не в тому, щоб вирішити проблему, оскільки важливіше саме знайти проблему, визначити й побачити альтернативні рішення.

У цій терапії практик активно допомагає знайти й виділити сильні сторони клієнта в його або її поведінці. Тут відбувається діалог, більше спрямований на зміну поведінки, ніж на обговорення проблеми. У такому діалозі розглядаються позитивні аспекти проблеми, обговорюються шляхи успішного її розв'язання та альтернативи. Коли клієнту вдалося зробити невеликі зміни, він підбадьорений успіхом і намагається робити й більш значні зміни.

Основні положення аналізованої терапії такі: а) що саме клієнт сприймає як проблему; б) дозволити клієнтові виявити для себе, чого він хоче досягти; в) починати аналізувати й виробляти рішення, ґрунтуючись на сильних сторонах клієнта, які можна використати в роботі; г) розробити й втілити план дій; д) надати допомогу у виконанні плану і, при необхідності, у подальшому супроводі. Отже, в інтервенції, спрямованій на ухвалення рішення, наголошується на конструюванні можливих варіантів розв'язання проблеми. Вважається, що легше сконструювати рішення, ніж змінити усталену проблемну поведінку. Встановленню причини

проблеми приділяється небагато часу, основний акцент в інтервенції – повернутися від минулого до сьогодення й до майбутнього виживання. Здебільшого існує більше ніж одне рішення до будь-якої проблеми, тому перед соціальним працівником і клієнтом стоїть завдання разом розробити конструктивні альтернативи й можливий сценарій допомоги.

Частиною цієї інтервенції, як і будь-якої іншої, є оцінка. Однією з методик визначення специфічних аспектів життя клієнта може бути оціночна шкала. Наприклад, якщо клієнт перебуває в стані депресії через свою хворобу, то це можна визначити за оціночною шкалою. Шкала може бути складена так: 0 – немає депресії, від 3 до 4 – середній рівень депресії, 7 і більше – сильна депресія. До цієї шкали можна повертатися під час роботи над проблемою.

Когнітивно-біхевіористичні підходи в інтервенції

На початку 70-х років ХХ століття досить активно вивчався метод заохочення і його вплив на поведінку людини. Проте багато теоретиків уважали, що однієї поведінки недостатньо і що люди поводяться й реагують відповідно до аналізу ситуації, думок, що виникають з якогось приводу. Тому далі розглянемо, як процес виникнення думок і когнітивний процес впливає на емоції.

Фундаментальні роботи з когнітивної терапії належать Аарону Беку. Бек і його колеги використовували цю терапію при лікуванні хворих із проблемами психічного здоров'я. Але вони були переконані, що її можна застосувати, працюючи з різними категоріями населення.

При роботі в техніці когнітивної терапії передбачений розвиток схеми, яка включає те, як індивіди бачать певні аспекти свого життя, серед іншого і взаємини, наприклад, наскільки вони адекватні, наскільки інші можуть їх любити. Коли ці схеми сформульовані як складова нормального розвитку, індивід буде підготовлений до критичних моментів у своєму житті. Ці критичні моменти будуть мати відповідну інтерпретацію, а, отже, реакція людини буде трохи інша.

Люди розробляють для себе різні схеми переробки інформації на основі власного життєвого досвіду. Ці схеми можуть

впливати на реакцію людини як відповідь на якусь життєву ситуацію або подію. Когнітивно-біхевіористська терапія ґрунтується на сьогоденні й прагне замінити деструктивні думки на конструктивні з чітко визначеними цілями.

При когнітивно-біхевіористському підході формулювання цілей і постановка завдань є ключовим моментом у вимірі ефективності інтервенції. У цій терапії важливе визначення цілей у позитивному ключі, і вони повинні бути реалістичні, що підвищить мотивацію їх досягнення. Процес буде ефективніший, якщо цілі будуть визначені в конкретних термінах. Основна увага повинна зосереджуватися не на процесі, а на бажаному результаті.

Цей підхід може бути корисний медичним соціальним працівникам, які працюють із хворими, що страждають від медичних проблем, які виникають досить швидко, і в людей може виникнути почуття фрустрації, оскільки вони не можуть адекватно прийняти рішення у сфері, з якою вони мало знайомі. Коли люди отримують проблеми зв'язані з здоров'ям, вони можуть негативно поставитися до ситуації, а це часто призводить до конфліктів на різних рівнях: фізичному, міжособистісному й соціальному. Тут використовуються спеціальні техніки: розпізнавання ірраціональних думок, когнітивне реструктурування. Поведінкові репетиції й систематична дисенситизація допоможуть клієнтові пристосуватися до нового життєвого статусу. Якщо в клієнта відбуваються фізичні зміни, необхідність відреагувати на це більша, ніж при психологічних проблемах. Фізичні або біологічні зміни можуть змусити людину негайно змінити спосіб життя, наприклад при інвалідності.

Когнітивні й поведінкові техніки можуть допомогти клієнтові не тільки розпізнати необхідність змін, але й скласти план, спрямований на зміну подальшої поведінки, підтримання здоров'я й здорового функціонування.

Тема 10. Консультування. Кризові інтервенції

Кризові інтервенції використовуються, коли виникають вкрай гострі ситуації, й тоді вони можуть допомогти індивіду пристосуватися до певної життєвої стадії, трагічних подій або

проблем, зумовлених кризовими ситуаціями. Сьогодні кризові інтервенції застосовуються при роботі з індивідами, сім'ями, різними групами та у співтоваристві. Кризові інтервенції використовуються в лікарнях, особливо при швидкій допомозі, у хоспісах, у соціальних службах, пов'язаних з охороною здоров'я. Ці інтервенції використовуються при роботі з жертвами насильства, з людьми з психічними розладами й іншими хворобами, які загрожують життю людей.

Важливою ознакою такого виду терапії є те, що вона короткочасна. Адже й стан гострої кризи досить нетривалий. Тобто за мінімально короткий період людина отримує максимально ефективну терапевтичну допомогу. Для цього необхідно використати додатково соціальні ресурси і сфальцьовані техніки інтервенції. Кризова форма інтервенції – це динамічна форма, що охоплює велику кількість феноменів, що впливають на рівновагу індивіда, сім'ї або групи.

Термін «криза» визначається як тимчасовий стан дисбалансу й виражається в нездатності індивіда впоратися з певною ситуацією. На думку Gilliland та James, криза – це сприйняття ситуації або події як надзвичайно складної, коли не спрацьовують раніше використовувані механізми вирішення проблеми або ресурси індивіда. Це досить уразливий стан. Розуміння кризи є доволі суб'єктивним: те, що однією людиною сприймається як криза, іншим індивідом може нею не вважатися.

Використовуючи техніку кризової інтервенції, можна кризову ситуацію переформулювати в контексті росту: передбачається, що клієнт знайде правильне рішення, у результаті чого він буде почувати себе сильнішим, довірятиме собі, відчуватиме волю. У кризовій інтервенції соціальний працівник допомагає клієнтові усвідомити, що кризовий стан можна визначити, проконтролювати й зменшити. Крім цього, він повинен навчити клієнта самостійно успішно вирішувати емоційні кризові ситуації. Медичний соціальний працівник може допомогти клієнтові в стані кризи досягти позитивних змін.

Стадії кризових інтервенцій

Працюючи з кризовою інтервенцією, соціальний працівник використовує психосоціальну оцінку, яка допомагає визначити, що зумовило чи спровокувало проблему або подію та призвело до

гострої кризи. У службі швидкої допомоги, у роботі з хворими після хірургічних втручань, при вирішенні складних психологічних проблем застосовується модель кризової інтервенції Робертса. Вона складається з семи стадій:

- оцінка летальності й потреби в безпеці;
- установлення рапорта й хороших взаємин із клієнтом;
- визначення основних проблем;
- робота з почуттями й надання допомоги;
- вивчення можливих альтернатив;
- вироблення і втілення плану дій;
- подальший супровід.

Ця модель використовується при різних видах криз у системі охорони здоров'я й рекомендується соціальним працівникам як основа для короткчасних інтервенцій.

Тут застосовуються такі важливі підходи: «зараз»; інтервенція має короткочасний характер (від 6 до 12 сесій); поведінка клієнта розглядається як нормальна реакція на стрес; практик виконує активну й спрямовальну функції; інтервенція збільшить мобілізацію клієнта й допоможе йому повернутися до попереднього рівня функціонування.

Перша стадія – визначення природи захворювання й те, наскільки воно загрожує життю клієнта, у тому числі й захворювання психічного характеру. Друга стадія містить у собі надання допомоги у визначенні пріоритетів, того, що хвилює найбільше. Перша й друга стадії інтервенції часто ведуть до так званої середньої фази.

У середній фазі підхід кризової інтервенції повинен бути зосереджений на тому, щоб клієнт захотів розповісти практикові про подію; міг зрозуміти й концептуалізувати значення події; інтегрувати когнітивний, афективний і поведінковий компоненти кризи. Третя фаза інтервенції передбачає допомогу кризовому клієнту у вирішенні проблеми й пошуку ефективних моделей рішення.

У середній фазі інтервенції соціальний працівник повинен розглядати психологічну кризу як небезпеку й можливість. Коли людина перебуває у фазі кризи, вона відкрита до майбутнього і в неї можна підвищити мотивацію в пошуку нових методів роботи з кризовими ситуаціями. Важливо пам'ятати, що вихід із кризової

ситуації може призвести до позитивних або негативних змін. Незважаючи на те, що це ситуація дискомфорту, вона може спричинити важливі для людини зміни. Необхідно оцінити особистісні ресурси клієнта, навички вирішення проблеми, пристосованість до раптових сильних стресових подій у житті та систему соціальної підтримки.

На останній фазі інтервенції (чи це консультування віч-на-віч, чи телефонне консультування (кризові лінії), клієнт повинен бути готовим до того, що знову можуть виникнути проблеми, пов'язані з попередніми подіями. Наприклад, жертва насильства через якийсь час буде знову згадувати події, пов'язані з насильством. Тому необхідно клієнта готувати до того, що такі реакції – досить поширене явище.

Тут важливо допомогти людині підібрати фахівця, до якого б він хотів звернутися, якщо виникне така ситуація й треба буде попрацювати з постраumatичними реакціями, навіть якщо на момент консультування така проблема не проглядається. Основна ж мета цієї фази – робота над теперішньою травматичною подією та інтегрування себе.

На останній фазі інтервенції акцентується на здатності індивіда адаптуватися або відновитися до стану рівноваги. При використанні кризової інтервенції важливо враховувати, що психологічна травма може бути сприйнята як «нещастя від безпорадності». Загроза життю й здоров'ю призводить до того, що людина втрачає здатність до адаптації, а це зумовлює зайву симптоматологію. Важливо, щоб клієнт міг визначити ці симптоми як показники сили. Симптоми, які сприймаються колишньою жертвою як техніки виживання, можуть підвищити самооцінку клієнта.

У медичних закладах у зв'язку з обмеженими ресурсами, не докінця визначеною роллю й функціями соціальних служб кризові інтервенції проводяться рідко. Соціальні працівники далеко не завжди можуть приділити стільки часу клієнту, скільки це необхідно при роботі в межах цієї терапії. У таких випадках доцільно визнати проблему й оцінити безпосередню небезпеку, оскільки більшість людей, потрапивши в лікарню, а також перед операцією перебувають у стані гострої кризи. Якщо є можливість,

слід провести кризову інтервенцію з використанням семи стадій. Соціальний працівник повинен діяти швидко й конфіденційно. Розглянемо детальніше кожен із семи стадій.

Перша стадія. Оцінка летальності. У житті людини існує достатньо небезпечних, ризикованих подій, які можуть викликати травматичні реакції. Нижче наводяться деякі події або ситуації, що можуть бути пов'язані з визнанням або переживанням їх як травматичних. Ці події можуть викликати в клієнтів реакцію занепокоєння, тому вони починають звертатися по допомогу навіть у тому випадку, якщо травматична подія не відразу визначається як критична.

Сьогодні суспільство вже більше усвідомлює, що травматична подія призводить до кризи. Люди звертаються по допомогу, бо реагують на те, як хтось із близьких теж виступав жертвою; тому що звична система підтримки з боку значимих людей не працює; тому що певні знаки, звуки, заходи провокують драматичні події з минулого.

У зв'язку з тим, що збільшилася кількість самогубств серед людей, інтервенція припускає ретельну оцінку схильності до суїцидальної поведінки і, при необхідності, госпіталізацію клієнта або надання йому медикаментозних засобів. Оцінка схильності до такої поведінки включає з'ясування питань, пов'язаних з депресією, суїцидальними думками, порушеннями апетиту, скаргами на соматичний стан, порушення сну, сексуальними дисфункціями, зловживанням наркотичними або алкогольними речовинами, психічними розладами, нанесенням собі травми, поверненням до минулого, панічними атаками.

Зважаючи на вік клієнта й історію травми, соціальний працівник повинен оцінити, наскільки безпечний стан клієнта й чи існує адекватна система його підтримки. Соціальному працівнику, можливо, доведеться провести кілька сесій з клієнтом, щоб допомогти йому пережити минулі події й зрозуміти, що травми, що відбулися, були поза контролем клієнта.

Мета терапевтичної інтервенції на перших сесіях (1-3 сесії) – визнання травматичної події та усвідомлення того, що насправді відбулося. Триває обговорення тих стресових моментів, які тривожать клієнта й заважають йому досягти душевної рівноваги.

Досить часто пацієнти не розуміють причини кризи, тому консультант повинен допомогти їм усвідомити справжні причини занепокоєння (реальна причина візиту). Під час таких консультацій клієнт усвідомлює й погоджується з тим, що він отримав травму. Після цього клієнт переходить у більш уразливу стадію, бо наслідки цієї події тривожать н і практик разом із ним намагається знайти прийнятні для клієнта шляхи розв'язання проблеми.

Якщо цього не відбувається, то в клієнта росте почуття занепокоєння й тривоги, а індивіди не можуть ефективно функціонувати. На перших сесіях важлива оцінка як попередньої, так і теперішньої поведінки, яка допомагає впоратися з проблемою. Проте акцент під час інтервенцій буде на «зараз». Терапевт намагається не працювати з минулими проблемами, за винятком тих випадків, коли вони безпосередньо пов'язані з травматичними подіями.

Друга стадія. Установлення рапорта й хороших взаємин.

Дуже часто людина, яка пережила травму, може відчувати, що її відштовхує родина й друзі, або що вона покарана за щось. Такі інтерпретації можуть призвести до того, що в людини виникне необґрунтоване почуття сильної провини. Можливо, в неї буде порушене почуття довіри, яке призвело до негативної самооцінки й низької самоповаги. Негативна самооцінка й низька самоповага можуть збільшити в людини страх подальшої віктимізації. Такі люди стають уразливими й у результаті можуть знову стати жертвами. У зв'язку з цим дуже важливо налагодити з такими клієнтами рапорт.

Працювати з такими людьми треба так, щоб самі клієнти вибирали швидкість лікування. Варто дозволити людині бути лідером у такій терапії, конфронтація й форсування подій їй не допоможуть. Якщо дозволити клієнту вибрати швидкість, тоді це може допомогти встановити атмосферу довіри. Тим самим практик ніби говорить клієнтові: «Подія вже пройшла, Ви вижили і Вас тут не скривдять». Корисними є переконавання клієнта в тому, що його симптоми є здоровими реакціями на нездорове оточення.

Люди, що звернулися по терапію, повинні розуміти, що вони вижили в жахливих умовах і продовжують жити й боротися.

Жертвам насильства потрібна позитивна орієнтація на майбутнє й розуміння того, що вони можуть перебороти теперішні проблеми й опинитися в щасливому й безпечному завтра.

Такі клієнти більше, ніж інші, потребують під час кожної сесії підтримки, позитивної оцінки й турботи. Це особливо важливо для створення робочих взаємин, оскільки в минулому вони часто мали справу з відсутністю підтримки й негативним ставленням до них. Терапевтичні відносини розглядаються як засоби подальшого росту, розвитку навичок долати проблеми, здатності жити далі, перебороти травматичну подію.

Стадія 3. Визначення основних проблем.

Як тільки виокремлені основні проблеми, що стосуються травматичних подій, можна говорити про допомогу й підтримку. Тут доречно використати групову терапію, ведення щоденника, техніки релаксації, фізичні вправи й розуміння того, що жертва повинна ставитися до себе позитивно.

У наступні кілька сесій (з 3 по 6 сесії) соціальний працівник повинен взяти на себе активну роль. Спочатку необхідно виділити найважливіші проблеми. Аналізується, як ці проблеми впливають на поведінку клієнта. Можна поговорити з людиною про ефект і наслідки такої поведінки. Необхідно обговорити кризові фактори, особливо якщо це було в минулому.

Повне усвідомлення того, що відбулося, може допомогти клієнту потрапити в активний ступінь кризи, що привів до дисбалансу, дезорганізації й нерухомості. Коли клієнт переживе це, у нього з'являться нові сили, щоб вирішувати проблеми. Ці зміни стимулюються помірним рівнем занепокоєння та відродженням надії й очікуванням. Це почуття дисбалансу може тривати від 4 до 8 сесій або доти, поки не буде знайдений тип адаптивного або неадаптивного рішення.

Стадія 4. Робота з почуттями й надання допомоги.

Енергія, вироблена при роботі з почуттями, переживаннями й сприйняттям клієнта, рухає терапевтичний процес. Суттєвим є вираження емпатії практиком і розуміння ним почуттів жертви. Ці симптоми є функціональними й виступають засобами, які можуть допомогти уникнути насильства й болю. Навіть сильні симптоми, зокрема такі як дисоціативні реакції, повинні розглядатися як

конструктивний метод повернення себе із хворобливої ситуації та вивчення альтернативних механізмів захисту.

Людина повинна зрозуміти, що вона не винна, що стала жертвою. На цій стадії (6-8 сесії) вона починає реінтегруватися. Клієнт поступово починає досягати нового рівня рівноваги. За кожною кризовою ситуацією (наприклад, тип і тривалість інцеста, насильства тощо) може йти ряд стадій, які можна передбачити й спланувати. Позитивним є опрацювання кризової ситуації на третій стадії, бо саме тоді клієнт готовий отримати допомогу.

Коли кризова ситуація опрацьована, обговорені ідеї й уявлення з приводу того, що сталося, слід відкорегувати й оновити інформацію, щоб клієнт краще зрозумів, що з ним відбулося. Жертва повинна пережити свої біль і злість, щоб розробити стратегії, як із цим впоратися надалі. Збільшене усвідомлення того, що сталося, допомагає людині реагувати на прямо протилежні емоції (злість/любов, страх/лють та ін.) без умовного рефлексу уникнути їх. Необхідно наголошувати на мужності клієнта при його роботі з проблемою.

Стадія 5. Вивчення можливих альтернатив.

На цій стадії необхідно пройти через процес горя. Як правило, це відбувається на 8-10 сесіях. Смуток, горе з приводу втрати необхідно опрацювати. Вираження горя супроводжується відчуттям зради, відсутністю захисту. Саме на цій стадії клієнт починає виявляти цілий спектр почуттів: йому дозволяється висловити ці почуття, вони приймаються, опрацьовуються, клієнтові дається можливість змиритися з минулим.

Стадія 6. Вироблення й втілення плану дій.

На цій стадії соціальний працівник повинен бути активним і допомагати людині визначити, які цілі терапевтичної інтервенції будуть досягнуті. Практика моделювання та інші техніки, зокрема поведінкові репетиції, рольові ігри, записування пережитих почуттів і план дій стають важливими компонентами у виконанні плану інтервенції. Часто жертва під ЧС інтервенції дійде висновку, що вона не винна й не треба себе звинувачувати в тому, що сталося. Усе менше клієнт говорить про свою провину й сором за те, що сталося. Він починає визнавати, що під час кризової ситуації в нього не було достатньо сил, щоб допомогти собі або змінити події.

Проте в людини часто виникає почуття злості через свою безпорадність, яку вона відчуває під час кризової ситуації. Роль соціального працівника на цій стадії полягає в тому, щоб допомогти клієнтові оцінити наслідки його гніву та в плануванні відповідних дій.

Основна мета останніх декількох сесій (10-12 сесії) – допомогти індивідові реінтегрувати отриману інформацію, переробити її в гомеостатичний баланс (рівновага), аби клієнт знову зміг адекватно функціонувати. На цих сесіях розглядається подальша робота з клієнтом, тобто чи потребує він додаткової індивідуальної терапії, групової терапії, сімейного та подружнього консультування.

Стадія 7. Подальший супровід.

Ця стадія в цілому важлива в процесі інтервенції, але про неї часто забувають. При успішній роботі в клієнта відбуваються важливі зміни, покращується рівень функціонування й уміння долати проблеми. У зв'язку з цим варто проконтролювати, чи закріпилися отримані навички. Іноді досить телефонного дзвінка, щоб з'ясувати, як ідуть справи в клієнта. Корисно це робити упродовж першого місяця після інтервенції.

Можна використати більш складні або трудомісткі методи відстеження. Це може бути анкетування до й після інтервенції. Корисними будуть простіші шкали, де вимірюється рівень депресії, травми та ін. Часто після закінчення певного терміна клієнт може відчувати потребу в додатковому консультуванні. Після того, як клієнт адаптувався до кризи й навчився долати проблеми, він може зрозуміти, що бажає одержати додаткові знання й навички, необхідні для виживання в суспільстві.

Але найголовніше в цій терапії – повернення жертви до попереднього стану рівноваги. Якщо це відбудеться, то соціальний працівник може допомогти клієнтові побачити надалі різні можливості в продовженні терапії й емоційного росту. Для цього клієнту можна запропонувати відвідати групові заняття для людей з подібними проблемами, індивідуальні консультування щодо особистісного росту, сімейні терапевтичні групи.

Медичні соціальні працівники іноді стають першими фахівцями, які бажають допомогти людям у розв'язанні

психологічних проблем. Досить часто тльки вислухавши людину, соціальні працівники допомагають клієнтам отримати рівновагу.

Утім важливо оцінити ту небезпеку, яку відчувають клієнти. Індивіди в стані кризи відчувають почуття й емоції, з якими вони не в змозі впоратися звичайними механізмами захисту. Це означає, що необхідно шукати нові розв'язання, які б могли надалі допомагати людині впоратися з подібними ситуаціями. Роль соціального працівника, отже, полягає в тому, аби за допомогою інтервенції, чи плануванням роботи з іншими структурами або службами допомогти людині впоратися зі стресом.

Соціальний працівник, отже, надзвичайно важливий при формуванні здорової життєдіяльності суспільства. Функції соціального працівника полягають в тому, щоб навчити людину впоратися з життєвими труднощами, розвивати адаптивні здібності до змін, виробляти навички самопомоги. Соціальний працівник вчить людину контролювати власне життя й гідно жити, бути самостійним і незалежним, навіть якщо він обмежений в своїх можливостях.

СЛОВНИК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ

Адаптація соціальна – процес пристосування індивіда до зміненого соціального середовища. Засобом соціальної адаптації є прийняття індивідом норм і цінностей нового соціального середовища (наприклад, до житлових умов внаслідок хвороби або інвалідності, організації, в яку він приходить), форм соціальної взаємодії, що склалися в ньому (наприклад, стилю керівництва, кола спілкування) і характерних для нього форм діяльності (способів виконання професійних обов'язків).

Алкоголізм – систематичне непомірне вживання спиртних напоїв в дозах, що викликають алкогольне сп'яніння.

Амнезія – порушення пам'яті, у вигляді втрати здатності зберігати і відтворювати раніше набуті знання.

Артрит – запалення одного або декількох суглобів. Виникає як прояв різних захворювань. Найчастіше супроводжує ревматизм, остеоартроз, ревматоїдний артрит і багато інших захворювань.

Арттерапія – сукупність методів, в яких використовуються прийоми художньої діяльності – малюнок, танець, музика, поезія, театральна гра, читання, риторика – спрямовані на подолання або компенсацію дефекту.

Аутизм – занурення в світ особистих переживань з ослабленням або втратою контакту з дійсністю, втратою інтересу до реальності, відсутністю прагнення до спілкування з оточуючими людьми, мізерністю емоційних проявів; ознака психічного розладу.

Бібліотерапія – спеціальний корекційний вплив на особу з обмеженнями за допомогою читання спеціально підібраної літератури з метою нормалізації або оптимізації його психічного стану.

Біль – 1) своєрідний психофізіологічний стан людини, що виникає в результаті впливу надсильних або руйнівних подразників, що викликають органічні або функціональні порушення; є інтегративною функцією організму, мобілізує різноманітні функціональні системи для захисту організму від впливу шкідливих факторів; 2) суб'єктивно тяжке відчуття, що

відображає психофізіологічний стан людини, яке виникає в результаті впливу надсильних або руйнівних подразників.

Благодіяння – дія, спрямована на благо іншої людини, соціальної групи, схвалене громадською моральністю; доброзичливість, щедрість, розуміння іншої людини, співучасть в його долі, співчуття до нього; робити, творити і приносити добро, служити безкорисливо іншим, дбати про щастя ближнього.

Будинок-інтернат для громадян похилого віку та інвалідів – стаціонарна установа для людей похилого і старечого віку, які з різних причин не можуть жити вдома і потребують спеціального догляду та медичного обслуговування.

Булімія – патологічне, різко посилене відчуття голоду, нерідко супроводжується загальною слабкістю і болями в животі; спостерігається при гіперінсулінізмі, ураженнях головного мозку.

Втручання (інтервенція) – означає заплановану дію, що виконується або пропонується патронажним або соціальним працівником разом або від імені підопічного.

Галюцинації – розлади сприйняття у вигляді відчуттів і образів, виникають мимоволі без реального подразника (об'єкта) і набувають для хворого характер об'єктивної реальності.

Геріатрія – розділ клінічної медицини, що вивчає особливості захворювань у людей похилого і старечого віку, і розробляє методи їх лікування та профілактики, організацію медичної та соціальної допомоги.

Група інвалідності – категорія ступеня тривалої або постійної непрацездатності, що встановлюється медико-соціальною експертизою (МСЕ).

Група соціального ризику – різновид соціальної номінальної групи, яка об'єднує людей, які в силу свого соціального стану і способу життя схильні до небезпечного негативного впливу і в результаті цього становлять загрозу нормальній життєдіяльності суспільства.

Деменція – стійке зниження (спрощення) психічної діяльності з ослабленням пізнавальних процесів, збіднення емоцій і порушеннями поведінки. Внаслідок порушень функцій мозку можуть проявлятися характерні симптоми захворювання:

порушення уваги і пам'яті, зниження здатності до абстрактно-логічного мислення, порушення розуміння мови, можливість мовного вираження і практичних дій.

Депресія – хворобливий стан, що виявляється психічними (пригнічений настрій, уповільнення психічних процесів) і фізичними (зниження загального тону, сповільненість рухів, порушення сну) розладами.

Депривація – психічний стан, що виникає в результаті позбавлення або обмеження можливостей задоволення будь-яких потреб суб'єкта в достатній мірі і протягом тривалого часу. Виникнення депривації обумовлено недоліком соціальних і сенсорних стимулів, коли людина живе в соціальній ізоляції.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – захворювання незрілого мозку, яке виникає під впливом різних шкідливих чинників, що діють в період внутрішньоутробного розвитку дитини, в момент пологів і на першому році його життя.

Діагностика соціальна – аналіз стану соціальних об'єктів і процесів з метою виявлення проблем їх функціонування і розвитку. Діагностика соціальна ґрунтується на ряді принципів:

Дозвілля – частина вільного від участі в суспільному розподілі праці часу, яку індивід використовує на власний розсуд і не на непорушні обов'язки, а на реалізацію індивідуальних інтересів.

Етика соціального працівника – сукупність етичних норм, що формулюються співтовариством соціальних працівників і регулюють їх діяльність.

Здоров'я – стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб або анатомічних дефектів (зі Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я).

Здоровий спосіб життя (ЗСЖ) – активна діяльність людей, спрямована на збереження і поліпшення здоров'я, як умови і передумови здійснення та розвитку інших сторін і аспектів способу життя, на подолання «факторів ризику» виникнення і розвитку захворювань, оптимального використання в інтересах охорони і поліпшення здоров'я соціальних та природних умов і факторів способу життя.

Ігрова терапія – це комплекс реабілітаційних ігрових методик. Нерідко іґротерапія розглядається як засіб для розкріпачення патологічних психічних станів людини.

Інвалідність – будь-яке обмеження або відсутність (внаслідок дефекту) можливості здійснювати певний клас дій, таким чином, або в таких рамках, які прийнято вважати нормальними.

Індивідуальна програма реабілітації осіб з інвалідністю – розроблений на основі рішення Державної служби медико-соціальної експертизи комплекс оптимальних для особи з інвалідністю реабілітаційних заходів, що включає в себе окремі види, форми, обсяги, терміни і порядок реалізації медичних, професійних та інших реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення, компенсацію порушених або втрачених функцій організму, відновлення, компенсацію здібностей особи з інвалідністю до виконання певних видів діяльності.

Інсульт мозковий – гостре порушення кровообігу в головному мозку з розвитком стійких уражень центральної нервової системи.

Інтеграція – процес, при якому члени суспільства, які мають обмежені можливості здоров'я, інтелекту та ін., не є соціально відокремленими або ізольованими, а беруть участь у всіх видах і формах соціального життя разом і нарівні з іншими.

Клієнтоцентрована терапія – (терапія, орієнтована на клієнта) – напрям психологічної допомоги, розвинений К. Роджерсом і його послідовниками, який заснований на переконанні в тому, що людина, яка звертається за психотерапевтичною допомогою (клієнт), зазвичай володіє достатніми ресурсами, щоб самому знайти рішення своєї проблеми і впоратися з нею.

Корекція – система педагогічних і лікувальних заходів і процесів, спрямованих на подолання або послаблення недоліків психічного і фізичного розвитку, що наступили в результаті захворювання.

Лікарня – лікувально-профілактичний заклад, що надає населенню стаціонарну, а при наявності поліклінічного відділення – і позалікарняну медичну допомогу.

Лікарня психіатрична – спеціалізований лікувально-профілактичний заклад, призначений для надання стаціонарної психіатричної допомоги та проведення стаціонарних психіатричних експертиз.

Логопедія – наука про порушення мови, про методи їх попередження, виявлення та подолання засобами спеціального навчання і виховання.

Маргінальні групи населення – особи, звільнені з місць позбавлення волі і не мають певного місця проживання; громадяни, які потребують громадського нагляду за соціальними факторами (алкоголізм, безпритульність і т.д.); молодь, яка не включена в трудову діяльність; особи з відхиленням поведінки.

Матеріальна допомога – надається громадянам, які перебувають у важкій життєвій ситуації, у вигляді 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 інвалідів та осіб, які потребують постійного стороннього догляду.

Медико-соціальна експертиза – визначення в установленому порядку потреб особи, що обстежується, в межах заходів соціального захисту, включаючи реабілітацію, на основі оцінки обмежень життєдіяльності, викликаних стійким розладом функцій організму.

Милосердя – любов на ділі, готовність надати допомогу, проявити поблажливість з жалю, людинолюбства, а також сама допомога.

Моторика (дрібна/тонка) – рухи в основному рук і пальців. Сюди входять: рухи, що виконуються, коли предмет захоплюють рукою і випускають; рухи пальцями; координація «око-рука»; «Пінцетне захоплення» предмета; малювання і письмо.

Музикотерапія – це технологія соціокультурної реабілітації, що використовує різноманітні музичні засоби для психолого-педагогічної і лікувально-оздоровчої корекції особистості хворого, розвитку його творчих здібностей, розширення кругозору, активізації соціально-адаптивних здібностей.

Насильство в сім'ї – форма деструктивної соціальної взаємодії в сім'ї, що відображає її загальне неблагополуччя і порушення в ціннісно-нормативній сфері індивідів, що її утворюють.

Обмеження життєдіяльності – повна або часткова втрата особою здатності або можливості здійснювати самообслуговування, самостійно пересуватися, орієнтуватися, спілкуватися, контролювати свою поведінку, навчатися або займатися трудовою діяльністю.

Олігофренія – психічне, головним чином, розумове, недорозвинення.

Особа з інвалідністю – (лат. – слабкий, німецький) – особа, яка має порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму, обумовлене захворюваннями, наслідками травм або дефектами, що призводить до обмеження життєдіяльності та викликає необхідність її соціального захисту.

Особа з обмеженими можливостями – людина з інвалідністю, яка страждає тимчасовими або постійними, вродженими або набутими вадами, що не дозволяють їй самостійно і в повній мірі реалізувати свій потенціал.

Патронаж – форма правового захисту особистих і майнових інтересів громадян. Патронаж встановлюється над повнолітнім дієздатним громадянином, який за станом здоров'я не може самостійно здійснювати і захищати свої права і виконувати обов'язки. Патронаж є різновидом піклування.

Первинна профілактика – система соціальних, медичних, гігієнічних та виховних заходів, спрямованих на запобігання захворюванням шляхом усунення причин і умов їх виникнення і розвитку, а також на підвищення стійкості організму до впливів несприятливих факторів навколишнього природного середовища.

Профілактика – сукупність заходів, спрямованих на попередження певних хвороб чи патологічних станів.

Психіатрія – галузь клінічної медицини, що вивчає етіологію, патогенез, клініку і поширеність психічних хвороб, та розробляє методи їх діагностики, лікування і профілактики, порядок і методи експертизи та реабілітації психічно хворих.

Психодрама – вид групової психологічної, не лікарської психотерапії та діагностики внутрішньоособистісних і внутрішньогрупових конфліктів, в якому учасники групи по черзі виступають в якості акторів і глядачів.

Ресоціалізація – процес повторної соціалізації індивіда, який здійснюється за умови, що знання і навички, набуті раніше в

ході соціалізації, не сприяють соціокультурної адаптації або, обумовлюють соціально неприйнятну поведінку.

Самотні люди – громадяни, які втратили або не мають тісного зв'язку з суспільством, соціальною групою, сім'єю і окремими людьми.

Спосіб життя – розподіл людиною протягом життєвого циклу його фундаментальних життєвих ресурсів – часу і енергії між основними формами соціокультурної життєдіяльності: життєзабезпечення, соціальна комунікація, рекреація, соціалізація.

Трудотерапія – активний лікувальний метод відновлення або компенсації втрачених функцій за допомогою роботи.

Хвороба – порушення нормальної життєдіяльності організму, обумовлене функціональними або морфологічними змінами.

Хвороби психічні – специфічні хвороби людини, що виникають в результаті порушення або зміни діяльності всього організму, переважно мозку, і проявляються різноманітними розладами психічної діяльності.

Хвороби психосоматичні – патологічні розлади функцій організму і систем, обумовлені впливом психотравмуючих чинників. Емоційний стрес здатний викликати або спровокувати виникнення значної частини соматичних захворювань.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Белєвцова Я. С. Механізм підвищення якості соціальних послуг на рівні місцевих органів влади : автореф. дис. канд. наук з держ. упр. 25.00.02. Харків, 2011. 20 с.
2. Болаги В. Соціальна робота в клініках Бельгії, Соціум 1998, № 2. С. 11-14.
3. Бурая Н. П. Соціальна робота: навч. посібн. Харків. Університет внутрішніх справ, 1995, 104 с.
4. Буригіна П. О., Заїченко Н. І. Досвід Франції у реформуванні системи соціальних послуг і в розбудові соціальної політики *Проблеми соціальної роботи в аспекті реформування соціальних відносин*: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (27 березня 2008 року, м. Чернігів, за ред. Н. І. Кривоконь Чернігів : Чернігівський державний інститут права, соціальних технологій та праці, 2008. Т. І. С. 292-296.
5. Валентик Ю. В., Зыков О. В., Мартыпенко А. В., Теория и практика медикосоциальной работы в наркологии. М.: Центр программно-технич. управл. Федер. системы информ. обеспеч. молодежи, 1996, 224 С.
6. Введення у соціальну роботу: навч. посіб. К.: Фенікс, 2001. 288 с.
7. Волинець Л. Британська модель соціальної допомоги дітям *Соціальна політика і соціальна робота*. 2000 – № 1
8. Вороніна О.В. Роль і функції керівника практики у підготовці соціальних працівників у Бельгії // *Науковий вісник Ужгородського державного університету*. 1999. Вип. 2. С. 98 – 100.
9. Все про соціальну роботу: навч. енциклопед. словник-довідник за ред. В. М. Пічі. Вид. 2-ге, виправлене, перероблене та доповнене. Львів: «Новий Світ-2000», 2013. 616 с.
10. Гайдук Н. М. Львівський досвід професійної підготовки соціальних працівників. Вісник Академії праці і соціальних відносин Федерації профспілок України. Серія «Право та державне управління». К. : Академія праці і соціальних відносин Федерації профспілок України. 2012. № 1. С. 4-13.
11. Григорьева Н. С. Опыт зарубежных стран в реформировании системы здравоохранения. М.: Альфа-Принт, 1999. 369 с.

12. Джек Р. Відкрите навчання в підготовці соціальних працівників. Соціальна політика і соціальна робота. 2000. № 3.
13. Джо Лукас. Етнічні принципи та цінності соціальної роботи. Соціальна робота в Україні : перші кроки. К., 2000. С. 29.
14. Догляд за літніми людьми в Швеції (матеріали шведського інституту соціальних досліджень) Соціальна політика і соціальна робота. № 1. 2001.
15. Дорогіна О. В. Роль і функції практики у підготовці соціальних працівників в Бельгії. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Сер. Педагогіка. Соціальна робота. 1999. Вип. 2. С.98-100.
16. Дубич К. В. Сучасна система надання соціальних послуг в Україні Електронне. наукове фахове видання «Державне управління: удосконалення та розвиток». 2015. № 3.
17. Жуков В. І. Соціальна політика: світові тенденції та моделі застосування їх в Україні. Соціальна політика та менеджмент у соціальній роботі. К.: Науковий світ, 2001. С. 8-22.
18. Закон України «Про соціальні послуги» (№966-IV від 19.06.2003 р.).
19. Ляш О. Щодо перспективних напрямів підвищення якості соціальних послуг в Україні. Аналітична доповідь: Електронний ресурс. Нац. ін-т стратег. досліджень: веб-сайт. 2014.
20. Кандиба М. Б. Зарубіжний досвід підготовки соціальних працівників у контексті соціально-медичного спрямування. Наукові записки Ніжинського державного університету ім. Миколи Гоголя. Сер. : Психолого-педагогічні науки. 2012. № 3. С. 154-158. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nzspp_2012_3_42
21. Капська А.Й. Соціальна робота як механізм реалізації соціальної політики. Соціальна політика та менеджмент у соціальній роботі. К.: Науковий світ, 2001. С. 3-7.
22. Карлсон М. Управління якістю соціальних послуг: теорія та практика. Досвід мікропроектів УФСІ з інноваційних соціальних послуг. К.: Укр. Фонд соц. інвестицій, 2007. 99 с.
23. Клос Л. Є. Дидактичні особливості соціально-медичної компоненти професійної підготовки фахівців соціальної роботи. Наукові записки. Серія «Психолого-педагогічні науки» Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя. Ніжин : Видавництво НДУ ім. М. Гоголя, 2009. № 6. Ч. 2. С. 92-97.

24. Клос Л. Є. Компетентність збереження здоров'я майбутніх соціальних працівників Електронний ресурс Вісник Академії праці і соціальних відносин федерації профспілок України. Серія «Право та державне управління». К. : Академія праці і соціальних відносин Федерації профспілок України, 2012. № 1. С. 18-23.
25. Кубіцький С. О. Історія соціальної роботи в зарубіжних країнах : навч. посіб. К.: ДАКККіМ, 2009. 298 с.
26. Кулікова А. Є. Фактори впливу на систему підготовки соціальних працівників у вищих навчальних закладах Швеції. Наукова скарбниця Донеччини. 2008. № 1. С.125-129.
27. Лехан В. Стан і напрями розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Соціальна політика і соціальна робота. 200. №2. С. 3-22.
28. Лисичин Ю. П., Стародубов В. И., Савельева Е. Н. Медицинское страхование. М.: Медицина, 1996. 237 с.
29. Лукашевич М. П., Мигович І. І., Шнчук І. М. Соціальна робота в Україні: теоретико-методичні засади. К.: УДИССМ-МАУП'ІГ 2001. 411 с.
30. Мигович І. І. Проблеми формування соціальної політики України. Ужгород, 1997.
31. Новіков В. Організація і розвиток соціальної сфери (зарубіжний і вітчизняний досвід). К.: Інститут економіки НАН України, 2000. 246 с.
32. Про затвердження Державного стандарту соціального супроводу сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах): Наказ Міністерства соціальної політики України № 318 від 31.03.2016 р.
33. Про затвердження Державного стандарту соціальної адаптації: Наказ Міністерства соціальної політики України № 514 від 18.05.2015 р.
34. Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги консультування: Наказ Міністерства соціальної політики України № 678 від 02.07.2015 р.
35. Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги кризового та екстреного втручання: Наказ Міністерства соціальної політики України № 716 від 01.07.2016 р.

36. Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги соціальної інтеграції випускників інтернатних закладів (установ): Наказ Міністерства соціальної політики України № 1067 від 26.09.2016 р.

37. Про соціальні послуги: Закон України від 19 черв. 2003 р. № 966-IV (із змінами, внесен. згідно із 8 Законами в 2004-2012 рр.). Офіц. вісн. України. – 2003. 1 серп. № 29. С. 52. Ст. 1435.

38. Романишина Л. М. Підготовка фахівців із соціальної роботи як соціально-педагогічна проблема. Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету ім. Володимира Гнатюка. Серія «Педагогіка» гол. ред Г. Терещук; редкол.: Л. Вознюк, В. Кравець, В. Мадзігон та ін. Тернопіль, 2011. № 5. С. 85-90.

39. Скрипник О. В. Соціальна, правова держава в Україні: проблеми теорії і практики. К.: Інститут держави і прав ім. В. М. Корецького НАН України, 2000. 600 с.

40. Соціальна робота в Україні: перші кроки Під ред. Полтавця В. К., 2000. 198 с.

41. Стандарти соціальних послуг: зб. документів. Кн. 2 За ред. Л. Л. Сідельнік. К.: ТОВ «ЛДЛ», 2007. 232 с.

42. Студеняк І. П. Основи стандартизації та сертифікації товарів і послуг К.: Кондор, 2007. 152 с.

43. Тименко В. М. Тенденції розвитку європейської системи професійної освіти соціальних працівників. Соціальна педагогіка: теорія та практика. Луганськ: Вид-во ЛНПУ ім. Т. Шевченка «Альма-матер». 2012. № 1. С. 99-103.

44. Формування здорового способу життя молоді: стратегія розвитку українського суспільства. Частина 1 О. О. Яременко (кер. авт. кол.), О. В. Вакуленко, Ю. М. Галустян та ін. К.: Державний інститут проблем сім'ї та молоді, Український ін-т соціальних досліджень, 2004. 164 с. (Серія «Формування здорового способу життя молоді»: у 14 кн., кн. 1).

45. Шурыгина Ю. Ю. Содержание и методика социально-медицинской работы (с региональным компонентом) : учебно-методическое пособие Улан-Уда : Изд-во ВСГТУ, 2004. 121 с.

46. Anderson J. D. Social work with groups in the generic base of social work practice. Social work with groups, 2.

47. Heinonen T. Social work in health and mental health issues? Developments, and actions. Canadian Scholars Press Inc., 2005. 410 p.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК 1

Завдання практики для студентів Соціальна робота в закладах охорони здоров'я

Послуга догляду:

1. Допомога в самообслуговуванні (дотримання особистої гігієни, рухового режиму, прийом ліків, годування), формування та підтримка навичок самообслуговування;
2. Закупівля і доставка продуктів харчування, ліків та інших товарів,
3. Спостереження за станом здоров'я; сприяння наданню медичних послуг;
4. Психологічна підтримка особи та членів сім'ї;
5. Організація розпорядку дня, у тому числі денної зайнятості, дозвілля;
6. Представництво інтересів; допомога в організації взаємодії з іншими фахівцями та службами; надання інформації з питань соціального захисту населення; допомога в отриманні безоплатної правової допомоги.
7. Організація та підтримка груп самодопомоги.

Послуга соціальної адаптації:

1. Допомога в аналізі життєвої ситуації, визначенні основних проблем, шляхів їх вирішення, складання плану виходу із складної життєвої ситуації; залучення отримувача до вирішення власної складної життєвої ситуації;
2. Допомога в оформленні документів.

Послуга соціальної реабілітації:

1. Навчання, формування, розвиток та підтримка соціально-побутових навичок (самообслуговування, комунікації, позитивної поведінки, приготування їжі, користування грошима, орієнтування тощо);
2. Допомога у забезпеченні технічними засобами реабілітації, навчання навичкам користування ними;

3. Організація дозвілля, спортивно-оздоровчої, технічної та художньої діяльності, працетерапії; арт-терапії;

4. Організація збереження особистих речей;

5. Комплексна соціально-педагогічна та медична реабілітація дітей з проблемами інтелектуального та фізичного розвитку (спільно з іншими фахівцями центру);

Послуга консультування:

1. Допомога в аналізі життєвої ситуації, визначенні основних проблем, шляхів їх вирішення, складання плану виходу із складної життєвої ситуації; психологічне консультування; сприяння в отриманні правової допомоги

2. Первинна психологічна допомога жінкам, які народжують дітей з вадами розвитку;

3. Забезпечення психологічної підтримки і консультування з правових питань хворих, які зазнали каліцтва з боку інших осіб;

4. Здійснення соціально-психологічної підтримки людей похилого віку та невиліковно хворих в стаціонарних закладах охорони здоров'я, хоспісах;

5. Реалізація спеціальної соціальної програми для особливих категорій пацієнтів – наркозалежних, психічно хворих, Віл-інфікованих у наркологічних і психіатричних лікарнях, центрах боротьби та профілактики СНІДу та ін..

Послуга соціального супроводу:

1. Обстеження, оцінка потреб, визначення шляхів вирішення основних проблем;

2. Організація спеціальної тренінгової роботи, що сприяє ранній реадaptaції та реабілітації пацієнтів.

Послуга представництва інтересів:

1. Ведення переговорів від імені отримувача соціальних послуг; допомога в оформленні або відновленні документів; сприяння в реєстрації місця проживання або перебування; допомога у розшуку рідних та близьких, відновленні родинних та соціальних зв'язків; сприяння у забезпеченні доступу до ресурсів і послуг за місцем проживання/перебування, встановленні зв'язків з іншими фахівцями, службами, організаціями, підприємствами, органами, закладами, установами тощо.

2. Виконання функції посередника між хворою дитиною і лікарем чи родичами дитини і лікарем.

3. Пошук шляхів отримання коштів для придбання медикаментів, оплати лікування хворих. Для цієї мети він залучає спонсорів (як приватних осіб, так і організацій), а також знаходить можливість звернення по допомогу до широкого кола громадськості

Послуга соціальної профілактики:

1. Організація навчання та просвіти.

2. Довідкові послуги; розроблення та розповсюдження рекламно-інформаційних матеріалів щодо надання соціальних послуг.

3. Участь у програмах первинної профілактики залежності від психоактивних речовин.

Послуга фізичного супроводу осіб:

1. Надання допомоги при переміщенні у громадських місцях і транспорті.

2. Заповнення бланків, написання заяв, читання інформації під час такого відвідування та інше.

ДОДАТОК 2

Оцінка діяльності студента на практиці

Оцінка діяльності студента оцінюється за 10-бальною шкалою, де 1 – дуже погано, 10 – дуже добре.

1. Професійна зацікавленість.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Робота не цікавить. На першому місці власні інтереси.		Робота інколи цікавила. Але власні інтереси переважають.		Доручення виконувалися задовільно.		Показав відповідальність при виконанні роботи. Добре використав робочий час.		Постійно відповідально виконував свою роботу. Успішно використовував робочий час.	

2. Урівноваженість і самоконтроль.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
В цілому не зміг підтримувати професійний самоконтроль, навіть в не стресовій ситуації.		Іноді втрачав рівновагу і самоконтроль навіть у звичайній ситуації.		У звичайній ситуації показує навички самоконтролю, але в стресовій ситуації губиться.		Володіє собою навіть у стресовій ситуації.		Постійно володіє собою, особливо в екстремально стресовій ситуації.	

3. Активність.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
В цілому не зміг підтримувати професійний самоконтроль, навіть в не стресовій ситуації.		Іноді втрачав рівновагу і самоконтроль навіть у звичайній ситуації.		У звичайній ситуації показує навички самоконтролю, але в стресовій ситуації губиться.		Володіє собою навіть у стресовій ситуації.		Постійно володіє собою, особливо в екстремально стресовій ситуації.	

4. Ініціативність.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ніколи не проявляє ініціативи.		Рідко проявляє ініціативу.		Звичайно сам планує і виконує прості завдання.		Часто проявляє ініціативу, інколи в складних ситуаціях.		Постійно проявляє ініціативу, особливо в складних ситуаціях.	

5. Здатність знайти і використати ресурси.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Не показав здібностей в роботі з ресурсами.		Інколи може знайти ресурси і використати їх.		Звичайно може знайти ресурси і використати їх.		Показав здатність знайти ресурси, там де інші їх не бачили.		Дуже відповідально підходить до пошуку ресурсів та їх розробці за своєю ініціативою.	

6. Здатність встановлювати зв'язки з різними групами людей.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Не може спілкуватися на професійно му рівні.		Відчуває певні труднощі у встановленні і відносин, комфортно спілкується тільки в знайомому оточенні.		Звичайно встановлює продуктивні взаємовідносини, але бувають складності в незнайомій ситуації.		Звичайно встановлює продуктивні взаємовідносини в знайомій та незнайомій ситуації.		Весь час формує продуктивні взаємовідносини з усіма.	

7. Навички інтерв'ювання

А) Активне слухання

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Не показав навичку активного слухання.		Інколи показує навичку активного слухання.		Володіє навичкою активного слухання.		Ефективно використовує в більшості ситуацій.		Завжди ефективно використовує навичку активного слухання.	

Б) Відповідна реакція на невербальну поведінку клієнтів

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Не показав.		Інколи показує.		Володіє навичкою.		Ефективно використовує.		Завжди ефективно використовує	

В) Відповідна реакція на вербальну поведінку клієнтів

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Не показав.		Інколи показує.		Володіє навичкою.		Ефективно використовує.		Завжди ефективно використовує.	

Г) Володіння навичкою конкретизації

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Не показав.		Інколи показує.		Володіє навичкою.		Ефективно використовує.		Завжди ефективно використовує.	

Д) Володіння навичкою емпатії

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Не показав.		Інколи показує.		Володіє навичкою.		Ефективно використовує.		Завжди ефективно використовує.	

8. Володіня навичкою прийняття

А) Повага до клієнта, визнання його значущості

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Не показав.		Інколи показує.		Володіє навичкою.		Ефективно використовує.		Завжди ефективно використовує.	

Б) Дбайливе ставлення до клієнтів

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Не показав.		Інколи показує.		Володіє навичкою.		Ефективно використовує.		Завжди ефективно використовує.	

В) Безоцінкове судження

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Не показав.		Інколи показує.		Володіє навичкою.		Ефективно використовує.		Завжди ефективно використовує.	

Г) Конфіденційність

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Не показав.		Інколи показує.		Володіє навичкою.		Ефективно використовує.		Завжди ефективно використовує.	

Д) Відносини з колегами (студентами)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Не показав.		Інколи показує.		Володіє навичкою.		Ефективно використовує.		Завжди ефективно використовує.	

9. Ефективність надання допомоги

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Не показав.		Інколи показує.		Володіє навичкою.		Ефективно використовує.		Завжди ефективно використовує.	

ДОДАТОК 3

ДЕРЖАВНІ СОЦІАЛЬНІ СТАНДАРТИ ТА ГАРАНТІЇ

	2018 рік			2019 рік		
	з 1 січня	з 1 липня	з 1 грудня	з 1 січня	з 1 липня	з 1 грудня
Прожитковий мінімум (ПМ) в розрахунку на місяць на одну особу	1700	1777	1853	1853	1936	2027
для дітей віком до 6 років	1492	1559	1626	1626	1699	1779
для дітей віком від 6 до 18 років	1860	1944	2027	2027	2118	2218
для працездатних осіб	1762	1841	1921	1921	2007	2102
для осіб, які втратили працездатність	1373	1435	1497	1497	1564	1638
Мінімальна заробітна плата	3723	3723	3723	4173	4173	4173
<i>(у % до ПМ для працездатних осіб)</i>	211,3	202,2	193,8	217,2	207,9	198,5
Мінімальна пенсія	1452	1452	1497	1497	1564	1638
<i>(у % до ПМ для осіб, які втратили працездатність)</i>	105,8	101,2	100,0	100,0	100,0	100,0
Мінімальна пенсія для осіб старше 65 років, які мають повний страховий стаж	1489,20	1489,20	1497,00	1669,20	1669,20	1669,20
<i>(у % до ПМ для осіб, які втратили працездатність)</i>	108,5	103,8	100,0	111,5	106,7	101,9

Виплати, які здійснюються відповідно до Закону України „Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття“:

	2018 рік			2019 рік		
	з 1 січня	з 1 липня	з 1 грудня	з 1 січня	з 1 липня	з 1 грудня
мінімальна допомога по безробіттю: - застрахованим особам, у яких розмір виплат залежить від страхового стажу	1440	1440	1440	1630	1630	1630
<i>(у % до ПМ для працездатних осіб)</i>	81,7	78,2	75,0	84,9	81,2	77,5
- особам, виплати яким призначаються без урахування страхового стажу	544	544	544	610	610	610
<i>(у % до ПМ для працездатних осіб)</i>	30,9	29,5	28,3	31,8	30,4	29,0
допомога на поховання для безробітних	1700	1777	1853	1853	1936	2027
<i>(у % до ПМ на одну особу)</i>	100	100	100	100	100	100

Виплати, які здійснюються відповідно до Закону України „Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування“ (для застрахованих осіб):

	2018 рік			2019 рік		
	з 1 січня	з 1 липня	з 1 грудня	з 1 січня	з 1 липня	з 1 грудня
допомога на поховання для працюючих та членів їх сімей	4100	4100	4100	4100	4100	4100
<i>(у % до ПМ для працездатних осіб)</i>	232,7	222,7	213,4	213,4	204,3	195,1

Щомісячна адресна допомога внутрішньо переміщеним особам для покриття витрат на проживання, в тому числі на оплату житлово-комунальних послуг (відповідно до постанови КМУ від 01.10.2014 № 505 (зі змінами)) *

	2018 рік			2019 рік		
	з 1 січня	з 1 липня	з 1 грудня	з 1 січня	з 1 липня	з 1 грудня
для працездатних осіб на одну особу (члена сім'ї)	442	442	442	442	442	442
для осіб, які отримують пенсію, дітей, студентів денної форми навчання ЗВО та учнів закладів ПТО, які досягли 18-річного віку (до закінчення закладів освіти, але не довше ніж до досягнення ними 23 років)	884 1000 (з 20.01.2018)	1000	1000	1000	1000	1000
для осіб з інвалідністю I групи та дітей з інвалідністю	1784,90	1865,50	1946,10	1946,10	2033,20	2129,40
для осіб з інвалідністю II групи	1578,95	1650,25	1721,55	1721,55	1798,60	1883,70
для осіб з інвалідністю III групи	1373	1435	1497	1497	1564	1638

* Загальний розмір допомоги на сім'ю у 2018 році розраховується як сума розмірів допомоги на кожного члена сім'ї та не може перевищувати 3 000 грн, для сім'ї, до складу якої входять особи з інвалідністю або діти з інвалідністю, – 3 400 грн, для багатодітної сім'ї – 5 000 гривень.

**Державна соціальна допомога, яка надається відповідно до законів:
„Про державну допомогу сім'ям з дітьми”**

	2018 рік			2019 рік		
	з 1 січня	з 1 липня	з 1 грудня	з 1 січня	з 1 липня	з 1 грудня
допомога при народженні дитини: (з липня 2014 р. у фіксованому розмірі відповідно до змін до ЗУ "Про державну допомогу сім'ям з дітьми")	41280	41280	41280	41280	41280	41280
- одноразова виплата на першу дитину	10320	10320	10320	10320	10320	10320
- щомісячна виплата на першу дитину	860	860	860	860	860	860
допомога на дітей одиноким матерям (максимальний розмір):						
до 6 років	1492	1559	1626	1626	1699	1779
(у % до ПМ для дітей віком до 6 років)	100	100	100	100	100	100
від 6 до 18 років	1860	1944	2027	2027	2118	2218
(у % до ПМ для дітей віком від 6 до 18 років)	100	100	100	100	100	100
від 18 до 23 років (за умови навчання)	1762	1841	1921	1921	2007	2102
(у % до ПМ для працездатних осіб)	100	100	100	100	100	100
допомога на дітей, які перебувають під опікою чи піклуванням (максимальний розмір):						
до 6 років	2984	3118	3252	3252	3398	3558
(у % до ПМ для дітей віком до 6 років)	200	200	200	200	200	200
від 6 до 18 років	3720	3888	4054	4054	4236	4436
(у % до ПМ для дітей віком від 6 до 18 років)	200	200	200	200	200	200

„Про державну соціальну допомогу малозабезпеченими сім'ям”
(Рівень забезпечення прожиткового мінімуму (гарантований мінімум) для визначення допомоги)

	2018 рік			2019 рік		
	з 1 січня	з 1 липня	з 1 грудня	з 1 січня	з 1 липня	з 1 грудня
для працездатних осіб	370,02	386,61	403,41	403,41	421,47	441,42
<i>(у % до ПМ для працездатних осіб)</i>	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0
для осіб, які втратили працездатність, та інвалідів	1373	1435	1497	1497	1564	1638
<i>(у % до ПМ для осіб, які втратили працездатність)</i>	100	100	100	100	100	100
для дітей віком: до 6 років	1268,20	1325,15	1382,10	1382,10	1444,15	1512,15
<i>(у % до ПМ для дітей віком до 6 років)</i>	85	85	85	85	85	85
від 6 до 18 років	1581,00	1652,40	1722,95	1722,95	1800,30	1885,30
<i>(у % до ПМ для дітей віком від 6 до 18 років)</i>	85	85	85	85	85	85
від 18 до 23 років (за умови навчання)	1497,70	1564,85	1632,85	1632,85	1705,95	1786,70
<i>(у % до ПМ для працездатних осіб)</i>	85	85	85	85	85	85

Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю”

	2018 рік			2019 рік		
	з 1 січня	з 1 липня	з 1 грудня	з 1 січня	з 1 липня	з 1 грудня
Особам з інвалідністю з дитинства I групи з надбавкою на догляд: - підгрупа А	2876,40	2960,40	3074,90	3074,90	3212,80	3364,60
- підгрупа Б	2178,00	2178,00	2245,50	2245,50	2346,00	2457,00
Особам з інвалідністю з дитинства II групи *	1452	1452	1497	1497	1564	1638
Одиноким особам з інвалідністю з дитинства II групи, які за висновком медико-соціальної експертної комісії потребують постійного стороннього догляду з надбавкою на догляд *	1452	1452	1497	1497	1564	1638
Особам з інвалідністю з дитинства III групи *	1452	1452	1497	1497	1564	1638
Одиноким особам з інвалідністю з дитинства III групи, які за висновком медико-соціальної експертної комісії потребують постійного стороннього догляду з надбавкою на догляд *	1452	1452	1497	1497	1564	1638
На дітей з інвалідністю (від 0 до 18 років) *	1452	1452	1497	1497	1564	1638
На дітей з інвалідністю до 6 років з надбавкою на догляд	1762,40	1795,90	1860,90	1860,90	1944,30	2036,10
На дітей з інвалідністю до 6 років з надбавкою на догляд (підгрупа А)	2508,40	2575,40	2673,90	2673,90	2793,80	2925,60

На дітей з інвалідністю від 6 до 18 років з надбавкою на догляд	1946,40	1988,40	2061,40	2061,40	2153,80	2255,60
На дітей з інвалідністю від 6 до 18 років з надбавкою на догляд (підгрупа А)	2876,40	2960,40	3074,90	3074,90	3212,80	3364,60
На дітей з інвалідністю, захворювання яких пов'язане з Чорнобильською катастрофою, без надбавки на догляд	1524,60	1524,60	1571,85	1571,85	1642,20	1719,90
На дітей з інвалідністю, захворювання яких пов'язане з Чорнобильською катастрофою, до 6 років з надбавкою на догляд	2270,60	2304,10	2384,85	2384,85	2491,70	2609,40
На дітей з інвалідністю, захворювання яких пов'язане з Чорнобильською катастрофою, до 6 років з надбавкою на догляд (підгрупа А)	3016,60	3083,60	3197,85	3197,85	3341,20	3498,90
На дітей з інвалідністю, захворювання яких пов'язане з Чорнобильською катастрофою, від 6 до 18 років з надбавкою на догляд	2454,60	2496,60	2585,35	2585,35	2701,20	2828,90
На дітей з інвалідністю, захворювання яких пов'язане з Чорнобильською катастрофою, від 6 до 18 років з надбавкою на догляд (підгрупа А)	3384,60	3468,60	3598,85	3598,85	3760,20	3937,90

„Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю”

(Рівень забезпечення прожиткового мінімуму (гарантований мінімум) для визначення допомоги)

	2018 рік			2019 рік		
	з 1 січня	з 1 липня	з 1 грудня	з 1 січня	з 1 липня	з 1 грудня
Особам з інвалідністю I групи, жінкам, яким присвоєно звання "Мати-героїня" *	1452	1452	1497	1497	1564	1638
<i>(у % до ПМ для осіб, які втратили працездатність)</i>	<i>105,8</i>	<i>101,2</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
На одну дитину померлого годувальника	1452	1452	1497	1497	1564	1638
<i>(у % до ПМ для осіб, які втратили працездатність)</i>	<i>105,8</i>	<i>101,2</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
На двох дітей померлого годувальника	1742,4	1742,4	1796,4	1796,4	1876,8	1965,6
<i>(у % до ПМ для осіб, які втратили працездатність)</i>	<i>126,9</i>	<i>121,4</i>	<i>120</i>	<i>120</i>	<i>120</i>	<i>120</i>
На трьох і більше дітей померлого годувальника	2178	2178	2245,5	2245,5	2346	2457
<i>(у % до ПМ для осіб, які втратили працездатність)</i>	<i>158,6</i>	<i>151,8</i>	<i>150</i>	<i>150</i>	<i>150</i>	<i>150</i>
Особам з інвалідністю II групи *	1452	1452	1497	1497	1564	1638
<i>(у % до ПМ для осіб, які втратили працездатність)</i>	<i>105,8</i>	<i>101,2</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
Особам з інвалідністю III групи *	1452	1452	1497	1497	1564	1638
<i>(у % до ПМ для осіб, які втратили працездатність)</i>	<i>105,8</i>	<i>101,2</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Священнослужителям, церковнослужителям та особам, які протягом не менше 10 років до введення в дію ЗУ "Про свободу совісті та релігійні організації" займали виборні або за призначенням посади у релігійних організаціях *	1373	1435	1497	1497	1564	1638
<i>(у % до ПМ для осіб, які втратили працездатність)</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
Особам, які досягли віку, встановленого Законом *	1373	1435	1497	1497	1564	1638
<i>(у % до ПМ для осіб, які втратили працездатність)</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

* Розміри з урахуванням постанови КМУ від 26.03.2008 № 265 (із змінами).

ДОДАТОК 4

Хронологічні етапи співробітництва кафедри соціальної педагогіки і соціальної роботи Глухівського НПУ ім. О. Довженка з університетом прикладних наук Циттау-Герліц (в рамках договору про співпрацю від 08.03.2013 р.)

2014 р.	18-19 вересня 2014 року кафедрою соціальної педагогіки і соціальної роботи було організовано Міжнародну науково-практичну інтернет-конференцію «Актуальні проблеми соціального включення в європейський освітній простір» за участю представників Університету Циттау Герліц (Німеччина) – Вольфа Бьомерса, Фрідріха Альбрехта, Норберта Штормера.
2015 р.	На конкурс Еразмус+: напрям Жан Моне було подано проект: «Теоретико-методичні основи підготовки соціального педагога до роботи в умовах інклюзивного навчання: європейський досвід соціального включення». Академічний координатор – Міщик Людмила Іванівна.
	5-7 травня 2015 року кафедрою соціальної педагогіки і соціальної роботи було організовано та проведено Міжнародний науково-практичний семінар «Європейський досвід освіти і соціальної інклюзії дітей/людей із синдромом Дауна та аутизму» за участі представників Університету Циттау Герлиц (Німеччина) – європейського координатора програм бакалаврату та магістратури із соціального включення, доктора, професора Вольфа Бьомерса, доктора, професора Норберта Штормера, студентки Міріам Альтман.
2016 р.	12-13 травня 2016 року на базі Глухівського НПУ ім. О. Довженка було організовано та проведено Міжнародну науково-практичну конференцію «Соціальні проблеми сучасної молоді» за участі представників Університету прикладних наук Циттау Герліц (Німеччина)

	<p>У травні 2016 року в рамках договору про співробітництво двоє студенток 22-СП гр. спеціальності «Соціальна педагогіка» під супроводом асистента кафедри соціальної педагогіки і соціальної роботи Курант О.Є. відвідали Університет прикладних наук Циттау Герліц (Німеччина) з метою створення умов для регулярного обміну досвідом, постійного контакту між студентами та викладачами обох університетів, розширення політичних та історичних знань з інклюзивної освіти.</p>
	<p>У період з 18.09 по 21.09.2016 р. п'ятеро студентів Університету прикладних наук Циттау-Герліц (Німеччина), під керівництвом професора Сюзанни Ромер перебуваючи в Глухівському НПУ ім. О.Довженка виступили з доповідями на Міжнародній науково-практичній інтернет-конференції «Теорія і практика використання технологій соціальної терапії у роботі з дітьми з особливими потребами», ознайомилися зі специфікою роботи Територіального центру Глухівської міської ради та Реабілітаційного центру для дітей-інвалідів. Брала активну участь у обговоренні перспектив подальшого співробітництва між університетами,</p> <p>Запропонували можливі варіанти фахового обміну і у проведенні тренінгу «Технології соціальної терапії у роботі з дітьми з особливими потребами: обмін досвідом».</p>
	<p>17 листопада 2016 р. було проведено «Круглий стіл» за участі студентів Університету прикладних наук Циттау-Герліц в режимі On-line, з метою узгодження подальшої програми співробітництва, зокрема відвідування студентами Глухівського НПУ ім. О.Довженка соціальних установ, можливості проходження практики в інклюзивних школах Німеччини.</p>

2017 р.	<p>В рамках договору про співробітництво між Глухівським НПУ імені О. Довженка та Університетом прикладних наук Циттау-Герліц (Німеччина) у період з 17 по 27 травня 2017 р. одинадцятьох студентів спеціальностей «Соціальна педагогіка», «Соціальна робота» та «Англійська мова» під супроводом асистента кафедри соціальної педагогіки і соціальної роботи Курант О.Є. перебували в Університеті прикладних наук Циттау-Герліц за «Програмою обміну 2017», з метою взаємної зустрічі для можливостей дослідити сприяння інклюзії на теоретичних, проектних і практичних заходах, а також взяти участь у навчанні, розвитку нових загальних проектних ідей.</p>
	<p>З 16 по 23 вересня 2017 р. Глухівський НПУ ім. О.Довженка відвідала делегація Університету прикладних наук Циттау-Герліц у кількості п'ятьох студентів, з метою створення умов для регулярного обміну досвідом, постійного контакту між студентами та викладачами обох університетів, розширення політичних та історичних знань.</p>
	<p>19 вересня 2017 р. кафедрою соціальної педагогіки і соціальної роботи було організовано та проведено Всеукраїнський науково-практичний семінар з міжнародною участю «Проблеми і перспективи розвитку інклюзії: вітчизняний та закордонний досвід» за участі студентів Університету прикладних наук Циттау Герліц (Німеччина).</p>
2018 р.	<p>В рамках договору про співробітництво між Глухівським НПУ імені О. Довженка та Університетом прикладних наук Циттау-Герліц (Німеччина) у червні 2018 р. було відряджено чотирьох студентів спеціальностей «Соціальна робота» та «Англійська мова» під супроводом асистента кафедри іноземних мов та методики викладання Бутової В.О. та асистента кафедри</p>

	<p>соціальної педагогіки і соціальної роботи Круподер М.В., з метою взаємної зустрічі для можливостей дослідження сприяння інклюзії на теоретичних, проектних і практичних заходах, а також студенти взяли участь у навчанні, розвитку нових загальних проектних ідей.</p>
	<p>Активізовано наукову роботу викладачів та студентів у розрізі тематики інклюзивного навчання (організація та участь у конференціях, семінарах; публікація статей, тез). Зокрема 25-26 жовтня 2018 р. кафедрою соціальної педагогіки і соціальної роботи проведено Міжнародну науково-практичну інтернет-конференцію «Медико-соціальні проблеми в теорії і практиці соціальної роботи» з участю європейського координатора програм бакалаврату та магістратури із соціального включення, доктора педагогічних наук, професора Університету прикладних наук Циттау-Герліц Вольфа Бльомерса.</p>
<p>2019 р.</p>	<p>У червні 2019 р. планується відрядження студентів спеціальностей «Соціальна робота» та «Англійська мова» Університетом прикладних наук Циттау-Герліц (Німеччина), під супроводом доктора педагогічних наук, професора, завідувача кафедри соціальної педагогіки і соціальної роботи Міщик Л.І. та асистента кафедри іноземних мов та методики викладання Бутової В.О., з метою взаємної зустрічі для можливостей дослідження сприяння інклюзії на теоретичних, проектних і практичних заходах, а також розвитку нових загальних проектних ідей.</p>

Наукове видання

МІЩИК ЛЮДМИЛА ІВАНІВНА

**ПІДГОТОВКА
СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА
ДО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ:
СТРАТЕГІЯ Й ДОСВІД**

Монографія

За редакцією автора.

Комп'ютерна верстка та упорядкування:

Смик А. С.

Підп. до друку 18.06.2019. Формат 60x84/16. Друк офсетний.

Ум. друк. арк. 13,49. Обл.-вид. арк. 11,68.

Тираж 100 пр.

Віддруковано у ТОВ «Видавничий дім «Ельдорадо»

40020, м. Суми, вул. Ковпака, 4.

(Зареєстровано виконавчим комітетом

Сумської міської ради 31.01.2011 № 10077357152)

Тел./факс: (0542) 22-34-37